

Orientações sobre o submódulo de risco catastrófico de acidentes e doença

Introdução

1.1. Nos termos do artigo 16.º do Regulamento (UE) n.º 1094/2010 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 24 de novembro de 2010, que cria uma Autoridade Europeia de Supervisão («Regulamento EIOPA»)¹.

A EIOPA está a redigir Orientações sobre o submódulo de risco catastrófico de acidentes e doença. Estas Orientações dizem respeito ao artigo 105.º, n.º 4, da Diretiva 2009/138/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 25 de novembro de 2009, relativa ao acesso à atividade de seguros e resseguros e ao seu exercício (Solvência II),² assim como aos artigos 160.º a 163.º e Anexo VI do Regulamento Delegado (UE) n.º 2015/35, da Comissão, de 10 de outubro de 2014 (adiante designado Regulamento Delegado)³.

1.2. Estas Orientações são dirigidas às autoridades de supervisão ao abrigo do regime Solvência II.

1.3. Estas Orientações têm como objetivo facilitar a aplicação de práticas convergentes entre os Estados-Membros e ajudar as empresas a identificar e calcular adequadamente as quantidades envolvidas no cálculo do requisito de capital catastrófico de acidentes e doença em diferentes casos e situações possíveis.

1.4. Os cálculos para a determinação do requisito de capital para o submódulo de risco catastrófico de acidentes e doença devem ser consistentes com a criação e calibragem dos cenários subjacentes.

1.5. As empresas de seguros e resseguros podem enfrentar diferentes situações dependendo das características dos seus produtos e da legislação nacional.

1.6. Para efeito das presentes Orientações, foi elaborada a seguinte definição:

- «Sinistro único», um sinistro em consequência de um acontecimento particular relativo a uma pessoa segura identificada.

1.7. Se não forem definidos nestas Orientações, os termos aqui utilizados têm o significado que lhes é atribuído nos atos jurídicos referidos na introdução.

1.8. As Orientações aplicam-se a partir de 1 de abril de 2015.

Orientação 1 - Disposições gerais relativas ao cálculo de requisitos de fundos próprios catastróficos de acidentes e doença

1.9. Sempre que seja necessária a determinação da causa de um cenário catastrófico nos cálculos dos requisitos de capital relativos ao submódulo de risco catastrófico de acidentes e doença e sempre que os efeitos descritos nos cenários possam ter diferentes causas, as empresas devem utilizar, no cálculo, a causa que provoca a maior perda em fundos próprios de base. Em particular,

¹ JO L 331, 15.12.2010, p. 48-83

² JO L 335 de 17.12.2009, p. 1-155

³ JO L 12, 17.01.2015, p. 1-797

as empresas não devem excluir o cenário onde algumas causas potenciais do cenário catastrófico são excluídas pelos termos e condições da apólice (como o terrorismo).

Orientação 2 - Cálculo do capital seguro para prestações em caso de morte acidental

- 1.10. Sempre que um contrato de seguro prevê prestações em caso de morte, independentemente da causa, e prestações adicionais em caso de morte que resulta de um acidente, as empresas devem apenas ter em conta as prestações adicionais para o cálculo do valor das prestações referidas no artigo 161.º, n.º 3, alínea b), e artigo 162.º, n.º 4, alínea c) do Regulamento Delegado 2015/35, desde que estejam preenchidas as seguintes condições:
- (a) as prestações foram desagregadas;
 - (b) os riscos relacionados com as prestações em caso de morte, independentemente da causa, estão devidamente mensurados no módulo de risco específico de seguros de vida.
- 1.11. Sempre que estejam previstos pagamentos adicionais de prestações recorrentes em caso de morte que resulta de um acidente, as empresas devem basear o cálculo do valor das prestações a pagar em parâmetros da melhor estimativa (tábua de mortalidade e curva da taxa de desconto) tomando em conta características demográficas relevantes. No cálculo, as empresas devem também refletir a duração contratual dos pagamentos de prestações recorrentes.
- 1.12. Sempre que não estejam disponíveis dados demográficos ou esses dados sejam insuficientes, as empresas devem utilizar pressupostos realistas nos parâmetros demográficos, baseados em estatísticas públicas ou internas, para o cálculo do valor das prestações. As empresas devem conseguir justificar esses pressupostos a contento da autoridade de supervisão.
- 1.13. No cálculo do valor das prestações, as empresas devem ter em conta aumentos previstos no valor dos pagamentos de prestações recorrentes e nas despesas de gestão de sinistros.

Orientação 3 - Cálculo do capital seguro para prestações de incapacidade permanente

- 1.14. Sempre que as prestações de invalidez possam ser concedidas como pagamento único ou em pagamentos recorrentes, as empresas devem seguir uma abordagem de três passos para determinar o valor das prestações referidas no artigo 161.º, n.º 3, alínea b), e artigo 162.º, n.º 4, alínea c) do Regulamento Delegado:
- (a) Passo 1: determinação da proporção prevista dos pagamentos de prestações na forma de um pagamento único.

- (b) Passo 2: determinação, para cada pessoa segura, das prestações no caso de pagamento único e da melhor estimativa das prestações recorrentes.
 - (c) Passo 3: cálculo da média dos dois valores determinados no passo 2 ponderada pela proporção calculada no passo 1.
- 1.15. Não obstante o n.º 1 da presente Orientação, quando a escolha entre um pagamento único e pagamentos recorrentes recai sobre o beneficiário, a empresa deve utilizar o máximo dos dois valores em vez da média ponderada.
- 1.16. As empresas devem justificar os pressupostos subjacentes ao cálculo das proporções referidas no n.º 1. Sempre que não consigam justificar o cálculo das proporções a contento da autoridade de supervisão, as empresas devem calcular o valor das prestações como o máximo entre o pagamento único e a melhor estimativa das prestações recorrentes.
- 1.17. Sempre que o montante dos pagamentos de prestações de invalidez depende do grau de incapacidade das pessoas sinistradas, as empresas devem calcular o valor das prestações para todas as pessoas da seguinte forma:
- (a) estimar uma distribuição dos graus de incapacidade entre as pessoas sinistradas;
 - (b) calcular os custos com sinistros associados a cada grau de incapacidade;
 - (c) aplicar a distribuição dos graus de acordo com os custos com sinistros associados.
- 1.18. As empresas devem justificar os pressupostos subjacentes ao cálculo da distribuição dos graus referidos no n.º 4. Sempre que não consigam justificar o cálculo das proporções a contento da autoridade de supervisão, as empresas devem utilizar, para todas as pessoa seguras, o custo com sinistro máximo de todos os graus de incapacidade.
- 1.19. No cálculo da melhor estimativa dos pagamentos de prestações recorrentes para o tipo de acontecimento «Incapacidade permanente que resulta de um acidente», as empresas devem assumir que os pagamentos são efetuados ao longo do período de prestação completo especificado nos termos e condições da apólice, mas que podem ocorrer saídas em caso de morte.
- 1.20. Para o cálculo as empresas devem estabelecer pressupostos realistas sobre as taxas de mortalidade para pessoas com incapacidade permanente com base em estatísticas públicas ou internas. As empresas devem conseguir justificar esses pressupostos.
- 1.21. No cálculo do valor das prestações, as empresas devem tomar em conta aumentos previstos no valor dos pagamentos de prestações recorrentes e nas despesas de gestão de sinistros.

Orientação 4 - Cálculo do capital seguro para prestações de incapacidade com uma duração de 10 anos e incapacidade com uma duração de 12 meses

- 1.22. Sempre que o beneficiário possa receber um pagamento único ou pagamentos de prestações recorrentes no caso dos tipos de acontecimentos «Incapacidade com uma duração de 10 anos que resulta de um acidente» ou «Incapacidade com uma duração de 12 meses que resulta de um acidente», as empresas devem aplicar a mesma abordagem tal como definida na Orientação 3.
- 1.23. Sempre que o montante dos pagamentos de prestações de invalidez depende do grau de incapacidade das pessoas sinistradas, as empresas devem aplicar a mesma abordagem tal como definida na Orientação 3, n.ºs 4 e 5.
- 1.24. Ao calcular a melhor estimativa dos pagamentos de prestações recorrentes para o tipo de acontecimento «Incapacidade com uma duração de 10 anos que resulta de um acidente» ou «Incapacidade com uma duração de 12 meses que resulta de um acidente», as empresas devem excluir qualquer causa de saída e ter em conta todos os pagamentos futuros entre:
 - (a) o final de qualquer período deferido;
 - (b) o final do período de 10 anos ou 12 meses ou o final do período de cobertura, caso ocorra mais cedo.
- 1.25. No cálculo, as empresas devem ter em conta aumentos previstos no valor dos pagamentos de prestações recorrentes e nas despesas de gestão de sinistros.

Orientação 5 - Cálculo do capital seguro para tratamento médico provocado por acidente

- 1.26. As empresas devem calcular os montantes médios no caso do tipo de acontecimento «Tratamento médico provocado por acidente» como prestações para tratamentos médicos provocados por um acidente observado em anos anteriores, incluindo despesas relacionadas, divididos pelo número de sinistros únicos correspondentes a essas prestações.
- 1.27. As empresas devem garantir que o período de observação é suficientemente extenso a fim de minimizar erros estatísticos.
- 1.28. Para o cálculo dos montantes médios, as empresas devem ajustar os dados anteriores de acordo com a taxa de inflação dos pagamentos médicos.
- 1.29. Sempre que um tratamento médico tenha uma duração prevista superior a um ano, as empresas devem ter em conta a taxa de inflação prevista para os pagamentos médicos.
- 1.30. As empresas devem discriminar adequadamente entre prestações pagas para tratamentos médicos provocados por um acidente e outras prestações com base em observações anteriores. Sempre que necessário, as empresas devem complementar esta análise através de apreciação crítica de peritos. As empresas devem basear todas as estimativas em estatísticas públicas ou internas. As empresas devem conseguir justificar esses pressupostos a contento da autoridade de supervisão.

Orientação 6 - Cálculo do capital seguro no submódulo de risco de concentração de sinistralidade

- 1.31. Para o cálculo do valor das prestações referidas no artigo 162.º, n.º 4, alínea c), do Regulamento Delegado 2015/35, as empresas devem aplicar os mesmos princípios definidos nas Orientações 2 a 4.
- 1.32. Sempre que uma pessoa segura esteja coberta por dois ou mais contratos com pagamentos de prestações no caso do tipo de acontecimento e e que não sejam mutuamente exclusivos, as empresas devem adicionar os pagamentos de prestações para os diferentes contratos a fim de determinar $SI(e,i)$, tal como referido no artigo 162.º, n.º 4, alínea c), do Regulamento Delegado.

Orientação 7 - Cálculo da proteção de rendimento face ao risco pandémico

- 1.33. Sempre que o contrato inclui pagamentos de prestações recorrentes, as empresas devem calcular a melhor estimativa dos pagamentos de prestações no caso de incapacidade profissional permanente provocada por uma doença infecciosa segundo o disposto no artigo 163.º, n.º 2, alínea b), do Regulamento Delegado, tal como estabelecido na Orientação 3 para a melhor estimativa dos pagamentos de prestações no caso do tipo de acontecimento «Incapacidade permanente provocada por um acidente».

Orientação 8 - Cálculo da melhor estimativa dos montantes de despesas médicas

- 1.34. As empresas devem calcular a melhor estimativa dos montantes a pagar referentes a cuidados médicos do tipo h , tal como referido no artigo 163.º do Regulamento Delegado, como o produto do:
- (a) número esperado de tratamentos de cuidados médicos h para uma pessoa segura;
 - (b) custo médio esperado com sinistros para um único tratamento de cuidados médicos do tipo h
- sempre que o número esperado de tratamentos de cuidados médicos tenha pelo menos um valor de 1.
- 1.35. As empresas devem realizar uma estimativa exata, com base na sua própria experiência, do:
- (a) número esperado de utilizações de cada tratamento de cuidados médicos do tipo h ;
 - (b) custo com sinistros médio para uma única utilização de cada tratamento de cuidados médicos do tipo h .
- 1.36. Quando as empresas conseguem justificar que a experiência passada não permite realizar uma estimativa exata, as mesmas devem utilizar um valor de 1 como o número esperado de tratamentos de cuidados médicos para os tipos de cuidados médicos «Hospitalização» e «Nenhum cuidado médico formal exigido» e para os cuidados médicos do tipo «Consulta médica», um valor de 2.

1.37. As empresas devem ajustar a estimativa do custo com sinistros médio à taxa de inflação de pagamentos médicos e complementá-la através de apreciação crítica de peritos, caso seja necessário. O período de observação deve ser suficientemente extenso para evitar erros estatísticos.

Regras de cumprimento e de reporte

1.38. O presente documento contém Orientações emitidas nos termos do artigo 16.º do Regulamento da EIOPA. Ao abrigo do disposto no artigo 16.º, n.º 3, do Regulamento EIOPA, as autoridades nacionais competentes devem desenvolver todos os esforços para dar cumprimento às orientações e recomendações.

1.39. As autoridades competentes que cumpram ou tencionem cumprir as presentes Orientações devem incorporá-las no seu enquadramento regulamentar ou de supervisão de modo apropriado.

1.40. As autoridades competentes devem confirmar à EIOPA, no prazo de dois meses a contar da emissão das versões traduzidas, se cumprem ou tencionam cumprir as mesmas, indicando as razões da sua decisão no caso de não darem ou não tencionarem dar cumprimento.

1.41. Na falta de resposta no prazo referido, as autoridades competentes serão consideradas incumpridoras da obrigação de reporte e declaradas como tal.

Disposição final relativa à revisão das orientações

1.42. As presentes Orientações ficam sujeitas a revisão pela EIOPA.