

O DANO MORAL NOS CONTRATOS DE SEGURO DE VIDA

THE MORAL DAMAGES IN CONTRACTS OF LIFE INSURANCE

LEONARDO SANCHES FERREIRA¹

PASQUALINO LAMORTE²

RESUMO

O presente artigo visa analisar o contrato de seguro de vida como um contrato de massa e verificar a possibilidade de aplicação do deferimento judicial do pedido de dano moral por descumprimento contratual, em especial quando ocorre uma responsabilidade civil. Para tanto, relaciona o instituto do dano moral com inadimplemento nos contratos de seguro de vida. Inicialmente entende-se a estrutura e os elementos constitutivos deste tipo de contrato, pautados pelo princípio da boa-fé, para que, por meio da análise de julgados do Superior Tribunal de Justiça, que apreciam a especial ilicitude em comento, consiga-se alcançar o objetivo deste trabalho. Adota-se a metodologia de pesquisa bibliográfica, com base em livros, artigos e trabalhos que versam acerca do tema, e jurisprudencial, correlacionando o entendimento doutrinário com a realidade jurídica brasileira.

PALAVRAS-CHAVE: contrato de seguro; seguro de vida; dano moral; boa-fé.

ABSTRACT

This article aims to analyze the life insurance contract as a contract of mass and verify the possibility of applying the court's order granting moral damages for breach of contract, especially when a liability. To this end, the Institute relates damage to default on contracts for life insurance. Initially understand the structure and the elements of this type of contract, guided by the principle of good faith, so that, through the analysis judged the Superior Court to appreciate the wrongfulness special under discussion, we can reach the goal of this job. Adopt the methodology of literature review, based on books, articles and papers which focus on the subject, and jurisprudential, doctrinal understanding correlating with the legal reality in Brazil.

KEYWORDS: insurance; life insurance; damage; good faith.

INTRODUÇÃO

¹ Bolsista do CNPq. Membro do Grupo de Pesquisa “Cidadania Empresarial”, liderado pela Prof. Dra. Viviane Coêlho de Séllos-Knoerr, registrado no CNPq. Graduando em Direito pelo Centro Universitário Curitiba – UNICURITIBA.

² Advogado. Mestre em Direito Empresarial e Cidadania pelo Centro Universitário Curitiba – UNICURITIBA. Membro do Grupo de Pesquisa “Cidadania Empresarial”, liderado pela Prof. Dra. Viviane Coêlho de Séllos-Knoerr, registrado no CNPq.

O Código Civil Brasileiro em vigor, regulamenta o contrato de seguro nos artigos 757 a 802, estabelecendo assim, normas gerais e normas específicas.

Tratando do tema, prevê o Enunciado nº. 185 do CJF/STJ, aprovado na *III Jornada de Direito Civil*, que “a disciplina dos seguros do Código Civil e as normas de previdência privada que impõem a contratação exclusivamente por meio de entidades legalmente autorizadas não impedem a formação de grupos restritos de ajuda mútua, caracterizados pela autogestão”.

A atividade de segurador deve ser exercida, no contexto da norma, por sociedades anônimas, mútuas ou cooperativas (estas terão por objeto somente os seguros agrícolas), mediante autorização do Governo Federal, estando a matéria disciplinada pela Lei 8.177/1991 e pelos Decretos-lei 73/1966 e 2063/1940.

1 FINALIDADE E NATUREZA JURÍDICA DO SEGURO

A finalidade específica do seguro é restabelecer o equilíbrio econômico perturbado, sendo vedado por lei a possibilidade de revestir do aspecto de jogo ou dar lucro ao segurado. Portanto, está ligada à proteção dos indivíduos, da família e da própria sociedade, podendo assim, ser dita de natureza particular, mas que atinge, por consequência, objetivo de ordem social, ao preservar as condições de sustento individual do segurado.

A natureza jurídica do contrato de seguro é bilateral, pois gera obrigações para ambos os contratantes, existindo reciprocidade de obrigações, conhecido como sinalagma, isto é, cabe obrigações para as duas partes da relação obrigacional e contratual.

É característico também, como um contrato oneroso, pois o segurado passa a desfrutar da garantia no caso de sinistro e o segurado recebe o chamado prêmio.

O contrato de seguro tem como peculiaridade em natureza jurídica ser um contrato aleatório, pois a equivalência das obrigações fica a cargo da álea, isto é, o risco, pois é um contrato de depende do risco para determinar se existiu ou não o sinistro.

Constitui ainda, um típico contrato de aleatório, pois o risco é fator determinante do negócio da possibilidade de ocorrência de sinistro, caracterizando assim, evento futuro e incerto.

Por fim, é um contrato em regra, de adesão, pois é um contrato que possui cláusulas e condições pré-estabelecidas impossibilitando o debate entre as partes.

2 CONTRATO DE SEGURO

O Contrato de seguro é aquele pelo qual o segurador se obriga, mediante o pagamento de um prêmio, a garantir interesse legítimo do segurado, relativo à pessoa ou coisa, contra riscos predeterminados.

Conforme determina o artigo art. 757, que diz:

Art. 757. Pelo contrato de seguro, o segurador se obriga, mediante o pagamento do prêmio, a garantir interesse legítimo do segurado, relativo a pessoa ou a coisa, contra riscos predeterminados.

Isto implica em estabelecimento contratual expresso do objetivo segurado, das condições do seguro e dos termos de pagamento de indenizações aos favorecidos pré-determinados como beneficiários.

Observe-se o conceito de contrato de seguro, segundo Pontes de Miranda:³

Contrato de seguro é o contrato pelo qual o segurador se vincula, mediante pagamento, a ressarcir ao segurado, dentro do que se convencionou, os danos produzidos por sinistro ou a prestar capital ou renda quando ocorrer determinado fato concernente a vida humana ou o patrimônio (Pontes de Miranda, Tratado de Direito Privado, 1958).

O contrato de seguro constitui um contrato de adesão, pois o seu conteúdo é imposto por uma das partes, no caso, geralmente a empresa seguradora. Assim, prevê o Enunciado n.º 370 do CJP/STJ, aprovado na IV Jornada de Direito Civil, que diz:

³ MIRANDA, Pontes de, CAVALCANTE, Francisco. Tratado de Direito Privado, Borsói, 1958, t.45 Tratado de Direito Privado, Borsói, 1958, t.46

Nos contratos de seguro de adesão, os riscos predeterminados indicados no art. 757, parte final, devem ser interpretados de acordo com os arts. 421, 422, 424, 759 e 799 do Código Civil Brasileiro e 1º, III da Constituição Federal.

O contrato de seguro, via de regra, considera-se um contrato de consumo, pois o art. 3º., § 2º. , da Lei 8.078/1990 inclui entre outros serviços por ela abrangidos os de natureza securitária. Isso inclui o seguro de vida, tratados por determinados artigos do Código Civil Brasileiro de 2.002.

Desde o seu surgimento o contrato de seguro vem crescendo ao longo dos anos, incorporando-o assim, à vida econômica e financeira do brasileiro, chegando aos dias de hoje como atividade de caráter de absoluta necessidade, dado o alto índice de sinistro em diversas cidades, tanto do ponto de vista patrimonial como de vida.

3 ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DO CONTRATO DE SEGURO

Os elementos constitutivos dos contratos de seguros, que depende de um evento incerto ou com data incerta (morte), que independe da vontade das partes contratantes, quais sejam:

Art. 760 - A apólice ou o bilhete de seguro serão nominativos, à ordem ou ao portador, e mencionarão os riscos assumidos, o início e o fim de sua validade, o limite da garantia e o prêmio devido, e, quando foro o caso, o nome do segurado e o do beneficiário.

Destarte, a lei é clara. São elementos essenciais ao contrato de seguro: o risco, o segurado, o estipulante, o beneficiário, a seguradora, o prêmio e a indenização.

3.1 O RISCO

O risco é a expectativa de sinistro. Sem risco não pode haver seguro. O que se transfere a seguradora é o risco. Não se faz seguro de vida, em sim do evento morte. O risco é o objeto do seguro. Não se faz seguro do automóvel, mas sim dos riscos que poderiam causar dano ou perda do veículo.

Para Flávio Ulhoa Coelho por “risco se entende a possibilidade de

ocorrer ou não evento futuro e incerto de consequências relevantes aos interesses do contratante do seguro”.⁴ Por tal razão, embora haja a certeza do risco, o sinistro é que será objeto de pagamento.

3.2 O SEGURADO

O segurado que é toda pessoa física ou jurídica que possui interesse legítimo, relativo a pessoa ou bem, e que transfere à seguradora, mediante pagamento do prêmio, o risco de um determinado evento atingir o bem ou pessoa de seu interesse.

Sinteticamente, o segurado é a pessoa em nome de quem se faz o seguro.

Pedro Alvim conceitua o elemento segurado:⁵

O segurado é a denominação técnica e jurídica do titular do risco. E o seguro que ele faz se diz por conta própria em oposição ao seguro por conta de outrem, também conhecido por seguro por conta de terceiro, quando alguém assume a posição de estipulante perante o segurador. O contexto da apólice esclarece, de um modo geral, se o seguro é por conta própria ou de outrem, seja expressamente por declaração do contratante, seja tacitamente por suas disposições.

3.3 ESTIPULANTE

O estipulante que é pessoa física ou jurídica que contrata apólice coletiva de seguros, ficando investida de poderes de representação dos segurados perante a sociedade seguradora.

Conforme a Superintendência de Seguros Privados – SUSEP – estipulante em suas considerações iniciais, assim define estipulante:

Estipulante: pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do segurado, nos termos da legislação e regulação em vigor, sendo identificado como estipulante-instituidor quando participar, total ou parcialmente, do custeio do plano, e como estipulante-averbador quando não participar do custeio.

⁴ COELHO, Flávio Ulhoa. Curso de Direito Civil, vol. 3. São Paulo: Saraiva, 2005. P. 342.

⁵ Alvim, Pedro. O Contrato de Seguro. 3a. Ed. Rio de Janeiro. Forense, 1999, p. 547

A Resolução do CNSP⁶ nº. 107/04 dispõe sobre a responsabilidade e obrigações do estipulante e seguradoras:

Art. 1º. Estipulante é a pessoa física ou jurídica que contrata apólice coletiva de seguros, ficando investido dos poderes de representação dos segurados perante as sociedades seguradoras, nos termos desta Resolução.

A SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, no uso das atribuições que lhe confere o art. 26 do Regimento Interno aprovado pela Resolução CNSP nº 14, de 3 de dezembro de 1991, torna público que o CONSELHO NACIONAL DE SEGUROS PRIVADOS – CNSP, em Sessão Ordinária realizada nesta data, no uso de suas atribuições, tendo em vista o disposto no art. 21, § 3º, do Decreto-Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966, e o que consta do Processo CNSP nº 17/2000 - na origem e do Processo SUSEP nº 15414.001173/2003-10, de 25 de março de 2003.

Assim, tanto é possível figurar como estipulante, pessoa física ou pessoa jurídica, nos termos normatizados.

3.4 BENEFICIÁRIO

O Beneficiário que é a pessoa física ou jurídica designada pelo segurador para receber as indenizações devidas pelo segurador, ou as pessoas legalmente reconhecidas como habilitadas para este fim.

Conforme circular da SUSEP nº. 302, de 19 de setembro de 2005, beneficiário é assim definido:

Art. 37. São as pessoas físicas ou jurídicas designadas para receber os valores dos capitais segurados, na hipótese de ocorrência do sinistro.

⁶ Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP) - órgão responsável por fixar as diretrizes e normas da política de seguros privados; é composto pelo Ministro da Fazenda (Presidente), representante do Ministério da Justiça, representante do Ministério da Previdência Social, Superintendente da Superintendência de Seguros Privados, representante do Banco Central do Brasil e representante da Comissão de Valores Mobiliários. Dentre as funções do CNSP estão: regular a constituição, organização, funcionamento e fiscalização dos que exercem atividades subordinadas ao SNSP, bem como a aplicação das penalidades previstas; fixar as características gerais dos contratos de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro; estabelecer as diretrizes gerais das operações de resseguro; prescrever os critérios de constituição das Sociedades Seguradoras, de Capitalização, Entidades de Previdência Privada Aberta e Resseguradores, com fixação dos limites legais e técnicos das respectivas operações e disciplinar a corretagem de seguros e a profissão de corretor.

Parágrafo único. Nos seguros prestamistas, em que os segurados convencionam pagar prestações ao estipulante para amortizar dívida contraída ou para atender a compromisso assumido, o primeiro beneficiário é o próprio estipulante, pelo valor do saldo da dívida ou do compromisso, devendo a diferença que ultrapassar o saldo, quando for o caso, ser paga a um segundo beneficiário, indicado pelo segurado, ao próprio segurado ou a seus herdeiros legais.

O beneficiário de seguro, tal qual o estipulante, pode ser a pessoa jurídica e não somente pessoa física.

3.5 SEGURADORA

A seguradora é a pessoa jurídica que assume a responsabilidade por riscos contratados e paga a indenização ao segurado ou ao seu beneficiário, no caso de ocorrência de sinistro coberto.

A seguir descreve-se o conceito de seguradora dado por Antônio Carlos Otoni Soares:⁷

A sociedade seguradora é a parte que na relação contratual se obriga a efetuar uma indenização, resultante do prejuízo de um sinistro. Só pode ser pessoa jurídica, legalmente autorizada para operar no ramo de seguros. Exercem com exclusividade as operações de seguros privados, compreendendo os seguros de coisas, bens, pessoas, obrigações, responsabilidades, direitos e garantias, mas não atuam com seguros sociais, os quais ficam a cargo do INSS.

A seguradora, na linguagem consumerista, é a fornecedora do serviço de seguro, responsável pelos pagamentos das devidas indenizações.

3.6 PRÊMIO

O prêmio é o custo do seguro. O pagamento que deve ser efetuado pelo segurado ou estipulante ao segurador.

A palavra prêmio vem do latim “premier”, que significa primeiro, ou seja, primeiro paga-se, e após, recebe a devida indenização.

⁷ SOARES, Antonio Carlos Otoni. Fundamento Jurídico do Contrato de Seguro. Ed. Manuais Técnicos de Seguros Ltda, p.34

Quanto ao prêmio de seguro, ele é a importância paga, em moeda corrente, pelo segurado ou estipulante ao segurador que, então, passará a se obrigar pela indenização na eventualidade da ocorrência de sinistro previsto no contrato.

3.7 A INDENIZAÇÃO

Entende-se como indenização o pagamento devido pela seguradora ao segurado ao beneficiário, no caso de ocorrência, concretização do risco assumido.

4 DA BOA FÉ NOS CONTRATOS DE SEGURO

A boa-fé deve estar sempre presente na formação das obrigações, sendo que, o contrato de seguro talvez seja o melhor exemplo de se aplicar a boa-fé em contratos estabelecidos entre partes.

Embora classificada como objetiva e subjetiva, é a boa-fé objetiva que aqui nos interessa, determinada pelo padrão de comportamento de um homem médio, visando honrar a palavra empenhada em seus compromissos.

O contrato de seguro se funda principalmente nas mútuas declarações que fazem os estipulantes, o que importa sejam as declarações firmadas dentro da veracidade e autenticidade.

Sobre boa-fé objetiva, o conceito abrangente de Claudia Lima Marques:⁸

Boa fé objetiva significa, portanto, uma atuação “refletida”, uma atuação refletindo, pensado no outro, no parceiro contratual, respeitando-o, respeitando seus interesses legítimos, suas expectativas razoáveis, seus direitos, agindo com lealdade, sem abuso, sem obstrução, sem causar lesão ou desvantagem excessiva, cooperando para atingir o bom fim das obrigações: o cumprimento do objetivo contratual e a realização dos interesses das partes.

⁸ MARQUES, Cláudia Lima. Boa Fé nos serviços bancários, financeiros, de créditos e securitários e o código de defesa do consumidor: Revista do Direito do Consumidor. V 11, nº. 43. São Paulo, jul./set. 2002.

Por isso, a boa-fé objetiva deve estar presente em todas as fases do contrato de seguro. Nesse ponto, o contrato de seguro é privilegiado, pois não há norma semelhante para os demais contratos.

Nesse sentido, dispõe o artigo 765, do Código Civil Brasileiro:

Art. 765. O segurado e o segurador são obrigados a guardar na conclusão e na execução do contrato, a mais estrita boa-fé e veracidade, tanto a respeito do objeto como das circunstâncias e declarações a ele concernentes.

O STJ entendeu que a empresa seguradora que nega o pagamento de indenização sem qualquer fundamento desrespeita a boa-fé objetiva, diante de uma expectativa gerada:

“DIREITO DO CONSUMIDOR. CONTRATO DE SEGURO DE VIDA INSERIDO EM CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE. FALECIMENTO DA SEGURADA. RECEBIMENTO DA QUANTIA ACORDADA. OPERADORA DO PLANO DE SAÚDE. LEGITIMIDADE PASSIVA PARA A CAUSA. PRINCÍPIO DA BOA-FÉ OBJETIVA. QUEBRA DE CONFIANÇA. Os princípios da boa-fé e confiança protegem as expectativas do consumidor a respeito do contrato de consumo. A operadora de plano de saúde, não obstante figurar como estipulante no contrato de seguro de vida inserido no contrato de plano de saúde, responde pelo pagamento da quantia acordada para a hipótese de falecimento do segurado, se criou, no segurado e nos beneficiários do seguro, a legítima expectativa de ela, operadora, ser responsável por esse pagamento”⁹

Sobre o presente tema, foi aprovado, na IV Jornada de Direito civil do Conselho da Justiça Federal e do Superior Tribunal de Justiça, o Enunciado n. 372, pelo qual, “em caso de negativa de cobertura securitária por doença preexistente, cabe à seguradora comprovar que o segurado tinha conhecimento inequívoco daquela.” Assim sendo, não se pode concluir pela má-fé do segurado, o que vem sendo aplicado pela jurisprudência.¹⁰

A boa-fé objetiva está claramente disposta no art. 768 do Código Civil Brasileiro, que diz: “o segurado perderá o direito à garantia se agravar intencionalmente o risco objeto do contrato”.

⁹ STJ, REsp 590.336/SC, Rel. Min. Fátima Nancy Andrigui, j. 07.12.2004, 3ª. Turma, DJ 21.02.2005, p. 175.

¹⁰ STJ, AgRg no Ag 1.138.740/SC, Rel. Min. Massami Ueda, 3a. Turma, j. 09.06.2009, Dje 18.06.2009.

A previsão legal do princípio da boa-fé, como cláusula geral, visando a criação de deveres, está contida no nosso Código Civil, no título reservado aos Contratos em Geral.

Artigo 422, que diz:

Art. 422. Os contratantes são obrigados a guardar, assim na conclusão do contrato, como em sua execução, os princípios da probidade e da boa-fé.

Dispõe ainda, o artigo 133 do Código Civil:

Art. 133. Os negócios jurídicos devem ser interpretados conforme a boa-fé e os usos do lugar e da sua celebração.

Julgado do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul aborda a questão com clareza:¹¹

Pois bem. Inexiste, nos autos, prova de má-fé da segurada (cujo ônus era da seguradora, visto que a boa-fé se presume), nem de que tivessem sido prestadas informações falsas, inverídicas ou incompletas, circunstâncias que afastam a aplicação do art. 766 do Código Civil. Assim o é, primeiro, porque o seguro em tela foi compulsoriamente contratado pelos servidores da Prefeitura Municipal de Porto Alegre, além de não ter sido feita declaração individual de saúde de cada empregado.

Ora, se não houve a necessidade de os servidores prestarem quaisquer informações acerca do seu estado de saúde, não pode a seguradora, agora, no memento de honrar sua parte do contrato, escusar-se, sob o argumento de preexistência da doença causadora do evento danoso, qual seja, incapacidade permanente.

É necessário frisar que a boa-fé é presumida, portanto “ onde há presunção juris tantum, há inversão do ônus da prova, de sorte que caberá ao segurador a prova da má-fé do segurado, para eximir-se do pagamento da indenização”.

Sobre a boa-fé objetiva, o artigo 769¹² traz o dever de informar como uma forma de demonstrar através do dispositivo legal, o dever que as partes

¹¹ TJRS. Apelação Cível nº. 70022231666. Relator: Umberto Guaspari Sudbrack.

¹² “Art. 769. O segurado é obrigado a comunicar ao segurador, logo que saiba, todo incidente suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto, sob pena de perder o direito à garantia, se provar que silenciou de má-fé.

devem manter na feitura de um contrato de seguro relativo às informações fornecidas.

A regra disposta no Código Civil de 2002 traz o dever de informar do segurado, sob pena de perder o direito a indenização, relacionando isto com a boa-fé objetiva.

Quando descreve Judith Martins-Costa, na obra *A Boa-Fé no Direito Privado*¹³, exemplo jurisprudencial retirado do Tribunal de Alçada do Paraná, verifica-se algumas características da boa-fé objetiva.

Assim, transcrevemos alguns exemplos jurisprudenciais citados pela autora.

A jurisprudência relativa aos contratos de seguro está permeada por referências à boa-fé, entendida também subjetivamente, no mais das vezes na acepção de crença errônea e também excusável.

Exemplificativamente, tem-se o seguinte acórdão:

“Seguro de vida em grupo. Informação do segurado sobre o seu estado de saúde. Boa-fé. Dever de veracidade. Quando o segurado, ao preencher o cartão-proposta de seguro de vida, respondeu segundo o conhecimento que, então tinha a respeito do seu próprio estado de saúde, há cumprimento do dever de veracidade e guarda estrita da boa-fé. Se o segurado era portador de grave mal, de que não tinha ciência, a matéria se encarta no risco normal da seguradora, que, ademais, nessa modalidade, não fez exame médico prévio do candidato ao seguro, contentando-se com o questionário. Apelação desprovida”¹⁴

Segunda a autora, a prova dos autos indicou que o segurado, ao responder ao questionário proposto pela seguradora, para saber se nos últimos três anos fora paciente de alguma moléstia, não falseara a verdade ao declarar encontrar-se em perfeito estado de saúde, motivo pelo qual foi determinado o pagamento do seguro à viúva, beneficiária.

Neste caso, foi pressuposto a boa-fé do segurado nas declarações prestadas no contrato entabulado com a seguradora.

§ 1º. O segurador, desde que o faça nos quinze dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco sem culpa do segurado, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de resolver o contrato.

§ 2º. A resolução só será eficaz trinta dias após a notificação, devendo ser restituída pelo segurador a diferença do prêmio.

¹³ MARTINS-COSTA, Judith. *A Boa-fé no direito privado*. São Paulo: RT, 1999.

¹⁴ Ap. Civ. 43.795-9, rel. Jiz Pacheco Rocha, j. em 09.06.1992, Tribunal de Justiça do Paraná, in RT 688, p. 164.

Assim, para a referida autora, enquanto fonte normativa, a boa-fé objetiva desempenha funções técnicas específicas, que se evidenciam em cada relação contratual concretamente considerada.

5 SEGURO DE VIDA

Dentre os seguros de pessoas, os mais comuns são os seguros de vida e os de acidentes pessoais.

O seguro de vida tem sido de grande utilidade para a sociedade de uma forma geral, tendo em vista seu caráter de garantia para os familiares que utilizam o seguro quando da perda de uma determinada pessoa, neste caso geralmente um ente familiar.

Conforme circular da SUSEP¹⁵ n.º 302, de 19 de setembro de 2005, dispõe sobre as regras complementares de funcionamento e os critérios para operação das coberturas de risco oferecidos em plano de seguro de pessoas, e dá outras providências.

À presente circular dispõe sobre as regras para operação das coberturas em plano de seguro de pessoas¹⁶.

A seguir, dispõe as regras complementares de funcionamento nas disposições iniciais da circular:

DAS DISPOSIÇÕES INICIAIS:

Art. 1º Estabelecer as regras complementares de funcionamento e os critérios para operação das coberturas de risco oferecidas em plano de seguro de pessoas.

Parágrafo único. Para efeito desta Circular, define-se como indenização o valor a ser pago pela sociedade seguradora na

¹⁵ A SUSEP é o órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro. Autarquia vinculada ao Ministério da Fazenda, foi criada pelo Decreto-lei nº 73, de 21 de novembro de 1966, que também instituiu o Sistema Nacional de Seguros Privados, do qual fazem parte o Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP, o IRB Brasil Resseguros S.A. - IRB Brasil Re, as sociedades autorizadas a operar em seguros privados e capitalização, as entidades de previdência privada aberta e os corretores habilitados. Com a edição da Medida Provisória nº 1940-17, de 06.01.2000, o CNSP teve sua composição alterada.

¹⁶ O SUPERINTENDENTE DA SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, na forma do art. 36, alínea "b", do Decreto-Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966, e tendo em vista o que consta do Processo SUSEP nº 15414.000608/2005-62,

R E S O L V E :

CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES INICIAIS

Art. 1º Estabelecer as regras complementares de funcionamento e os critérios para operação das coberturas de risco oferecidas em plano de seguro de pessoas.

ocorrência do sinistro, limitado ao valor do capital segurado da respectiva cobertura contratada.

Art. 2º As peças promocionais e de propaganda deverão ser divulgadas com autorização expressa e supervisão da sociedade seguradora, respeitadas rigorosamente as condições gerais e especiais e a nota técnica atuarial submetidas à SUSEP.

Art. 3º Além das disposições desta Circular, as condições contratuais e demais operações de seguro de pessoas deverão observar a legislação e a regulamentação específica em vigor, aplicáveis a cada matéria.

A circular descreve sobre os riscos cobertos e em especial no artigo 10 da define a cobertura de morte: *“Art. 10. A denominação de qualquer plano de seguro como de vida, exceto quando prevista a cobertura por sobrevivência, está condicionado ao oferecimento da cobertura de morte por causas naturais e acidentais”*.

Conforme Silvio Rodrigues:

O contrato de seguro é aquele pela qual o segurador, mediante o recebimento de um prêmio pelo segurado, fica obrigado ao pagamento de certo capital contratado, quando da ocorrência do sinistro, ao beneficiário ou na falta, seguindo-se a ordem da vocação hereditária, como já mencionado em momento oportuno.¹⁷

Entendimento sobre o contrato de seguro de vida, Conforme a Fundação Escola Nacional de Seguros:

(...) Contrato de seguro de vida é aquele em que a duração da vida humana serve de base para cálculo do prêmio devido ao segurador, para que este se obrigue a pagar uma indenização de forma de um capital ou uma renda determinada ao beneficiário, por morte do segurado(...)¹⁸

No seguro de vida para o caso de morte, conforme o artigo 797 do Código Civil Brasileiro é lícito estipular-se um prazo de carência, durante o qual o segurador não responderá pela ocorrência do sinistro.¹⁹

¹⁷ RODRIGUES, Silvio. Direito Civil: dos contratos e das declarações unilaterais de vontade, p.345.

¹⁸ FUNDAÇÃO ESCOLA NACIONAL DE SEGUROS. Seguro de pessoas: vida individual, vida em grupo e acidentes pessoais. Supervisão e Coordenação metodológica da Diretoria de Ensino e Produtos; assessoria técnica de Danilo de Souza Sobreira. 8ª. ed. Rio de Janeiro: Funenseg, 2006, p. 17.

¹⁹ . Art. 797. No seguro de vida para o caso de morte, é lícito estipular-se um prazo de carência, durante o qual o segurador não responde pela ocorrência do sinistro. *Parágrafo único. No caso deste artigo o segurador é obrigado a devolver ao beneficiário o montante da reserva técnica já formada.*

6 DO DANO MORAL

Como primeira afirmação, é possível considerar que o dano moral está vinculado à dor, angústia, sofrimento e tristeza. Todavia, atualmente não é mais cabível restringir o dano moral a estes elementos, uma vez que ele se estende a todos os bens personalíssimos.

Definição de dano moral segundo o doutrinador Aguiar Dias.²⁰

O dano moral é o efeito não patrimonial da lesão de direito e não a própria lesão, abstratamente considerada. O conceito de dano é único, e corresponde a lesão de direito. Os efeitos da injúria podem ser patrimoniais ou não, e acarretar, assim, a divisão dos danos em patrimoniais e não patrimoniais. Os efeitos não patrimoniais da injúria constituem os danos não patrimoniais.

A necessidade de conceituação de dano moral está ligada diretamente a decidibilidade do caso concreto, restando, portanto, a sua importância.

Em verdade, a indenização por dano moral repousa numa interpretação sistemática de nosso direito, abrangendo o próprio artigo 186 do Código Civil que, ao aludir a “violação de um direito” não está limitado à reparação ao caso de dano material apenas.

A extensão do significado dano moral exige acuidade, inteligência e preparo, pois do seu conteúdo é que se discute as diversas hipóteses de ressarcibilidade.

A Constituição Federal em seu artigo 5º, inciso V, assim preleciona “é assegurado o direito de resposta proporcional ao agravo, além da indenização por dano material, moral ou à imagem”.

É por uma necessidade dos nossos meios humanos, sempre insuficientes e, não raro, grosseiros, que o direito se vê forçado a aceitar que se computem em dinheiro o interesse de afeição e outros interesses morais.

Presentemente, o Código de Defesa do Consumidor, inscreve, no artigo 62, como direito básico deste, “a efetiva prevenção e reparação de danos patrimoniais e morais, individuais, coletivos e difusos”.

²⁰ DIAS, José de Aguiar. Da responsabilidade civil. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1987, v. 2. P. 852.

Quando se fala em caracterização do dano moral discute-se os pressupostos necessários para sua ressarcibilidade.

Nessa discussão, duas correntes encontram-se presentes: a dos que defendem a necessidade de se comprovar a dor; e a dos que entendem a necessidade de se comprovar o nexo causal entre o ato praticado pelo agente e o dano que por sua vez se presume.

A primeira corrente defende que não se pode restringir apenas à narrativa dos fatos, deve o autor demonstrar a extensão da lesão sofrida, até porque, será o parâmetro para a fixação da indenização na hipótese de condenação. Alguns mais extremistas chegam inclusive, a suscitar na possibilidade de se realizar uma prova pericial psicológica.

A segunda corrente defende que não se está em questão a prova do prejuízo, e sim a violação de um direito constitucionalmente previsto. Essa última corrente vem encontrando guarida no Superior Tribunal de Justiça, que assim já decidiu:

“A concepção atual da doutrina orienta-se no sentido de que a responsabilização do agente causador do dano moral opera-se por força do simples fato da violação (*damnum in re ipsa*), não havendo que se cogitar da prova do prejuízo” (REsp. nº. 23.575-DF, Relator Ministro César Asfor Rocha, DJU 01/09/97); “Dano moral – Prova. Não há que se falar em prova do dano moral, mas sim, na prova do fato que gerou a dor, o sofrimento, sentimentos íntimos que os ensejam (...)” (Resp nº. 86.271-SP, Relator Ministro Carlos ^a Menezes, DJU 09/12/97).

O artigo 186, sua autonomia, conferindo ao ofendido a possibilidade de pleitear ação de reparação exclusivamente por danos morais.

O citado artigo estabelece: “Art. 186. Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito”.

Mais uma vez, vale notar que o instituto está presente também no Código de Defesa do Consumidor, que, no artigo 6º, nos seus incisos VI e VII, aos consumidores, como direito básico:

A efetiva prevenção e reparação de danos patrimoniais e morais e o acesso aos órgãos judiciários e administrativos com vista à prevenção ou reparação de danos patrimoniais e morais.

Na Constituição Política de 1988 a aceitação da reparação do dano moral foi plena, até mesmo porque a Carta Magna trouxe no seu corpo, expressamente a possibilidade da reparação do dano moral.

Essa manifestação está prevista no art. 5º, incisos V e X, da Constituição Federal, que estabelecem:

“Art. 5º, V: é assegurado o direito de resposta, proporcional ao agravo, além da indenização por dano material, moral ou à imagem” e “Art. 5º, X: são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação”.

Atualmente, na reciclagem periódica do tema da reparação do dano moral, a presente fase é de superação das antinomias anteriores, com sua consagração definitiva, em texto constitucional e enunciado sumular que a asseguram.²¹

Notamos que a fase de discussão sobre reparabilidade já foi superada, o instituto atinge agora a sua maturidade e afirma a sua relevância, esmaecida de vez a relutância daqueles juízes e doutrinadores então vinculados ao equivocado preconceito de não ser possível compensar a dor moral com dinheiro.

7 O DANO MORAL DOS CONTRATOS DE SEGURO DE VIDA NA JURISPRUDÊNCIA DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

O presente tópico passa a analisar julgados do Superior Tribunal de Justiça referente ao arbitramento de dano moral em virtude de responsabilidade civil através de ato ilícito por descumprimento contratual.

Assim, o dano moral é estudado em contratos de seguro a partir de duas situações: a) Dano moral por responsabilidade pré-contratual face à recusa da contratação; e b) Dano moral por responsabilidade contratual e pós-contratual face ao não pagamento do seguro pela seguradora.

²¹ CAHALI, Youssef Said. Dano moral. São Paulo. Revista dos Tribunais, 2011, p.19.

7.1 Dano moral por responsabilidade pré-contratual face à recusa da contratação.

A decisão que passará a ser analisada trata da responsabilidade civil da seguradora na fase pré-contratual dos seguros de vida, ou seja, quando lhe é proposto o risco de morte, tem a seguradora o direito, sob a pecha da liberdade em contratar, de recusar o risco proposto, injustificadamente? O Superior Tribunal de Justiça entendeu que não.

A liberdade de contratar tornou-se um dos princípios norteadores do direito, especialmente com a revolução industrial, no entanto, com a multiplicação dos contratos em massa, foi necessário mitigar este princípio, em atenção à proteção do consumidor hipossuficiente, à função social do contrato e a boa-fé contratual.

O seguro de vida, por ser um contrato tipicamente de adesão, portanto, atrelado à legislação consumerista, deve ser analisado, ainda que na sua fase pré-contratual, com fundamento no artigo 39, XI, que prevê a vedação ao fornecedor recusar uma prestação de serviço, comercializado na vida cotidiana.

Este contrato, mais do que qualquer outro, tem sua função social bem definida, e atrelada ao caráter de previdência, no sentido de que seu escopo é deixar que seus familiares não fiquem desamparados economicamente, quando a concretização do risco ocorrer.

É na modalidade do seguro de vida que a boa-fé se torna mais primordial, quando a seguradora confia nas informações de saúde fornecidas para o proponente para verificar se aceita ou não o risco, de modo que apenas a pré-existência de uma doença da qual o segurado tem ciência é que legitima a seguradora a não aceitar o risco.

A ementa do acórdão que será analisado segue abaixo:

DIREITO CIVIL E SECURITÁRIO. PROPOSTA DE SEGURO DE VIDA. CONSUMIDOR JOVEM ACOMETIDO POR LEUCEMIA, DE QUE SE ENCONTRA CURADO. SEGURO OFERECIDO NO ÂMBITO DA RELAÇÃO DE TRABALHO. PROPOSTA REJEITADA PELA SEGURADORA, SOB A MERA FUNDAMENTAÇÃO DE DOENÇA PRÉ-EXISTENTE. AUSÊNCIA DE APRESENTAÇÃO DE OPÇÕES. DANO MORAL CARACTERIZADO.

1. Na esteira de precedentes desta Corte, a oferta de seguro de vida por companhia seguradora vinculada a instituição financeira, dentro de agência bancária, implica responsabilidade solidária da empresa de seguros e do Banco perante o consumidor.
2. Nos dias de hoje a contratação de seguros, seja de saúde, de automóveis ou de vida, é praticada cada vez mais comum, integrando o dia a dia das pessoas. Assim, conquanto o direito securitário tenha um notório viés econômico, é inegável que também apresenta um acentuado componente social. Assim, a negativa de aceitar um consumidor na contratação de seguro deve ser regra absolutamente excepcional.
3. Para a manutenção do equilíbrio da carteira de seguros, é importante que a companhia seguradora formule um preço que respeite o correto cálculo atuarial. Consumidores que apresentam grau de risco maior, devem arcar com prêmios mais elevados, ao passo que consumidores cujo risco seja menor, devem poder contratar o seguro a preço mais baixo.
4. Se um jovem foi portador de leucemia, mas apresenta-se clinicamente curado, a pura e simples negativa de contratar seguro de vida é ilícita, violando a regra do art. 39, IX, do CDC. Diversas opções poderiam substituir a simples negativa, como a formulação de prêmio mais alto ou mesmo a redução da cobertura securitária, excluindo-se os sinistros relacionados à doença pré-existente. Rejeitar o consumidor, pura e simplesmente, notadamente em situações em que o seguro é oferecido como consectário do contrato de estágio, gera dano moral. O consumidor, rejeitado pelo seguro, vê sua doença desnecessariamente exposta em seu ambiente de trabalho.
5. O fato de o consumidor não ter cumulado a seu pedido de reparação de dano moral, também um pedido de imposição da assinatura do contrato de seguro, não macula seu direito de se ver indenizado. Não é inusitado que a parte, ofendida pela postura da outra, decida não mais se vincular a ela por contrato, sem prejuízo do desejo de reparação.
6. Recurso especial conhecido em parte e, nessa parte, provido.²²

No caso em epígrafe, o Superior Tribunal de Justiça decidiu que o artigo 39, IX do Código de Defesa do Consumidor foi ferido quando seguradora se recusou a realizar seguro de vida exigido em contrato de estágio de estudante pelo fato de o mesmo já ter sido tratado de leucemia. O Tribunal entendeu pela existência inclusive de dano moral.

A referida decisão trata-se de ação indenizatória de cometimento de dano moral em contrato de seguro de vida, conforme dispõe parte do julgado abaixo:

²² Recurso Especial Nº. 1.300.116 – SP (2011/0143997-6). Acórdão publicado em 13/11/2012

O autor alega, na petição inicial, que em 2003, quando era estudante do quarto ano do curso de publicidade, teve a oportunidade de celebrar contrato de estágio com uma empresa do ramo. Entre os benefícios que esse contrato lhe conferia estava um seguro contra acidentes pessoais, o que motivou uma visita à agência 0712-9, do Banco do Brasil, para preencher uma proposta de adesão ao Seguro Ouro Vida.

No momento do preenchimento dessa apólice, o autor, de maneira honeste e imbuído de boa-fé, declarou que já havia sido acometido por LEUCEMIA, doença da qual, entretanto, estava integralmente curado.

Não obstante a cura, atestada por médico e laboratório especializados, a Companhia de Seguros ALIANÇA recusou-o para contratação.

No modo de entender do autor, essa recusa seria ilegítima por vários motivos: (i) as normas acerca do assunto expedidas pela SUSEP autorizavam a recusa apenas na hipótese de doença pré-existente não declarada pelo consumidor; (ii) com a cura, o consumidor não poderia ser discriminado por uma doença da qual não mais padece; (iii) na pior das hipóteses, a apólice de seguro poderia excluir cobertura para sinistros decorrentes da doença declarada, mas nunca poderia recusar cobertura para qualquer outro risco, independentemente de sua patologia

O autor impetrou a ação conforme acima descrito, e a empresa requerida contestou alegando ilegitimidade passiva, e ainda, a regularidade da recusa com base nas normas da SUSEP e no princípio da liberdade das partes em contratar.

No processo, a sentença arbitrada foi julgada improcedente, sendo que, o autor interpôs recurso de apelação ao Tribunal de Justiça de São Paulo.

O Tribunal negou seguimento ao recurso, conforme parte do acórdão, que passamos a descrever:

Seguro em Grupo Ouro Vida. Proposta preenchida de forma correta pelo autor noticiando ter sido portador de Leucemia, doença que o obrigou a submeter a tratamento quimioterápico. Concluído

- Proposta não aceita pela Seguradora mediante motivos justificados. Negativa enviada ao autor por escrito que observa os limites do exercício regular de direito consubstanciado na livre liberdade de contratar. Procedimento assegurado pelo ordenamento jurídico. Inexistência de discriminação.

"a Seguradora não estava e não está obrigada a aceitar a proposta feita pelo autor assumindo risco que não lhe é conveniente nos termos da legislação civil", de modo que o fato da recusa, em si, "não significa estar sendo ele discriminado".

Para o Tribunal de Justiça de São Paulo no presente caso, a seguradora teria agido corretamente, fundamentando que a conduta da mesma não poderia gerar o dano moral pleiteado pelo proponente, já que a seguradora teria a liberdade para aceitar ou não o risco, de acordo com a sua conveniência.

O Superior Tribunal de Justiça, entretanto, deu outro entendimento sobre a referida matéria, no sentido de que a recusa da seguradora em aceitar a proposta de seguro de vida, somente pode ser feita com base na doença pré-existente, o que não se verificou no caso concreto.

Analisando bem o caso específico do julgado, o STJ asseverou que a doença informada pelo proponente já estava tratada e o seu diagnóstico era de cura, não podendo prevalecer a recusa em contratar, da seguradora, posto que o motivo não se justificaria.

Este julgado é muito emblemático, posto que a Corte Suprema não tinha decidido nenhum caso específico de recusa de contratação, mas apenas a recusa na renovação de seguro, e o fez, se baseando nos mesmos fundamentos deste último caso, ou seja, dando primazia aos princípios da boa fé objetiva e da função social do contrato, tal como se verifica no trecho do acórdão abaixo transcrito:

A jurisprudência desta Corte não tem enfrentado precisamente a matéria objeto desta controvérsia. Há diversos julgados decidindo lides relacionadas à renovação de contratos de seguro de vida, mas em condições substancialmente diferentes. A título exemplificativo, em tempo relativamente recente esta Corte pacificou seu entendimento no sentido da impossibilidade de interrupção, pelas companhias seguradoras, de processo contínuo de renovação de seguro de vida mantido há muitos anos pelo consumidor. Nessas situações, esta Corte reputou injusto que uma companhia, que por muitos anos lucrou com a celebração de seguros de vida com um consumidor jovem, abandone-o justamente no momento em que essa lucratividade tenha deixado de ser tão certa, com o avançar de sua idade, momento em que o seguro lhe é mais necessário.

Nessas situações a Segunda Seção desta Corte entendeu que a existência de renovações contínuas criou uma relação cativa de longa duração, com a geração da expectativa de renovação do seguro. A negativa da seguradora, assim, geraria uma violação do princípio da boa-fé objetiva e da função social dos contratos. Esse entendimento, que foi estabelecido no julgamento do REsp 1.073.595/MG (Segunda Seção, de minha relatoria, DJ de 29/4/2011, tem sido amplamente aplicado no âmbito, tanto da Terceira, quanto da Quarta Turma deste Tribunal (v.g. EDcl no REsp 1159632/RJ, 4ª Turma, Rel. Min. João Otávio de Noronha, DJe de 19/8/2011; AgRg no Ag 1362420/PR, 3a

Turma, Rel. Min. Ricardo Villas Boas Cueva, DJe de 17/8/2012, entre outros).

A decisão menciona que não havendo doença pré-existente para fundamentar a negativa à contratação deveria a Seguradora ter aceito o risco, mesmo que para isto o prêmio a ser pago pelo proponente fosse maior, dado às peculiaridades do caso, mas jamais poderia recusar-lhe negar a prestação do serviço, conforme se vê abaixo:

Na hipótese dos autos, estamos diante de um consumidor que, cursando universidade, obtém seu primeiro estágio. Um jovem, com 23 anos à época dos fatos. Havia enfrentado um grande desafio, combatendo uma leucemia da qual saiu alegadamente curado. Claro, por ter essa patologia, é um paciente que apresenta um grau maior de risco, e isso deve ser refletido em seu seguro. Mas a doença, da qual já estava livre, não pode servir de justificativa para sua exclusão de um evento cotidiano, como a contratação de um seguro. O serviço deve ser-lhe oferecido pelo preço justo, seja esse preço alto ou baixo, consideradas as peculiaridades do promitente. O que não se pode dizer é que, meramente com fundamento no singelo argumento de uma “doença pré-existente”, o consumidor deve ser exilado da possibilidade de contratar um serviço que, como dito, faz parte da vida cotidiana das pessoas.

Como bem pondera o recorrente, a seguradora teria diversas alternativas à sua disposição. Poderia oferecer-lhe cobertura parcial, para diversos eventos, excluindo os riscos inerentes à sua doença pré-existente; poderia ter-lhe oferecido cobertura total a um preço mais alto; poderia solicitar exames adicionais, que apurassem se efetivamente ele havia se curado da doença. Mas não-lhe poderia negar a prestação de serviços.

Enfrentando a questão posta pela Seguradora, que esta teria liberdade para contratar, e não poderia ser obrigada a aceitar um risco que não-lhe era conveniente, ainda mais por se tratar de fase pré-contratual, o Superior Tribunal de Justiça alertou para a existência de previsão expressa no Código de Consumidor (art. 39, IX) que trata da vedação do prestador em recusa uma prestação de serviço fase pré-contratual é vedado

Os recorridos insistem em que não há ilicitude em sua conduta porquanto a controvérsia aqui discutida se desenvolve na fase pré-contratual, e não poderia haver uma norma que os obrigassem a celebrar um contrato. Numa relação de consumo, no entanto, essa interpretação é imprecisa. O art. 39, IX, do CDC é expresso ao dispor que é vedado ao fornecedor de produtos ou serviços “recusar a venda

de bens ou a prestação de serviços, diretamente a quem se disponha a adquiri-los mediante pronto pagamento, ressalvados os casos de intermediação regulados em leis especiais". Vale dizer: a intervenção da Lei na fase pré-contratual, em relações de consumo, não é inusitada e, ao contrário, a obrigatoriedade de manter um caráter geral nos serviços oferecidos ao mercado está disposta de maneira expressa.

Contudo as normas expedidas pela SUSEP para regulação do mercado de seguros necessariamente têm de ser interpretadas de maneira conforme ao disposto no art. 39, IX, do CDC. Ainda que o ramo securitário consubstancie atividade de alta complexidade técnica, regulada por órgão específico, a contratação de seguros está inserida no âmbito das relações de consumo e, portanto, tem necessariamente de respeitar as disposições do CDC.

Acerca da fundamentação para a condenação da seguradora ao pagamento de dano moral, o Superior Tribunal de Justiça analisou o caso sob duas premissas: a possibilidade de ocorrência de dano moral, mesmo não havendo cumulação com o pedido de celebração do contrato de seguro de vida, bem como, o fato de que a recusa da seguradora em aceitar o risco proposto, chegou a conhecimento de terceiros, conforme dispõe o acórdão:

Para a solução da questão, é necessário estabelecer duas premissas, necessárias para que se delimite o objeto deste julgamento.

A primeira delas é a de que a análise da existência de dano moral, na hipótese dos autos, não é obstada pelo fato de o recorrente não ter cumulado, no processo, pedido de cumprimento de obrigação de fazer consubstanciada na celebração do contrato de seguro de vida. As pretensões são autônomas e não é inusitado que uma pessoa que se sinta ofendida pela recusa da ré em firmar o contrato, também não deseje mais contratar. Isso não retira dela o sentimento de indignação que justifica seu pedido reparatório.

A segunda premissa é de que, pela descrição contida nos autos, a recusa de contratar formulada pela ALIANÇA, em que pese ter sido comunicada ao recorrente por correspondência privada (como se afirmou na sentença), não ficou restrita à sua esfera de conhecimento, apenas. Como mencionado no relatório deste voto, o seguro era oferecido a todos os funcionários da empresa à qual o recorrente se vinculou, como um dos benefícios de seu contrato de estágio. Assim, a recusa foi conhecida não só por ele, mas presumivelmente por uma parte de seus colegas de trabalho, e seguramente por seus superiores hierárquicos. Disso decorre que a negativa não ficou restrita à esfera privada do recorrente e sua condição de ex-enfermo, que em princípio diria respeito somente a ele, foi exposta à coletividade com uma especial conotação limitativa.

Por derradeiro, a decisão reconheceu a ilicitude da Seguradora em negar a contratação do seguro de vida, sem motivo justo, que

seria a doença pré-existente, não verificada no caso concreto, porque a leucemia que acometeu o proponente foi doença da qual ele já estava curado, ensejando, portanto, a condenação da seguradora ao pagamento de danos morais, no valor de R\$ 10.000,00 (dez mil reais), com fundamento no art. 927, do Código Civil Brasileiro.

7.2 - Dano moral por responsabilidade contratual e pós-contratual face ao não pagamento do seguro pela seguradora.

Outra questão que este trabalho visa abordar é a indenização por danos morais no contrato de seguro de vida, na fase pós-contratual, ou seja, quando o risco morte se concretiza, e a seguradora nega o pagamento do seguro.

A seguir analisa-se julgado do Superior Tribunal de Justiça de responsabilidade contratual acerca de não pagamento da indenização securitária pela seguradora, sob o fundamento de que a doença que acometeu o segurado seria preexistente ao contrato, ocasionando indenização por danos morais e matérias em favor do consumidor, conforme ementa abaixo:

EMENTA
RECURSO ESPECIAL - AÇÃO DE INDENIZAÇÃO - SEGURO DE VIDA - ÓBITO - NÃO PAGAMENTO DO SEGURO PELA SEGURADORA -
ALEGAÇÃO DE DOENÇA PREEXISTENTE - AUSÊNCIA DE EXAME CLÍNICO PRÉVIO - DEVER DE INDENIZAR - DANOS MATERIAIS E MORAIS - CONFIGURAÇÃO - REEXAME DE PROVAS - SÚMULA 07/STJ - JUROS MORATÓRIOS - RESPONSABILIDADE CONTRATUAL - TERMO INICIAL - CITAÇÃO - DANOS MORAIS - CORREÇÃO MONETÁRIA - INCIDÊNCIA A PARTIR DO MOMENTO DA FIXAÇÃO DO SEU *QUANTUM* - EXCESSIVIDADE DA CONDENAÇÃO - REDUÇÃO - NECESSIDADE. (RECURSO ESPECIAL Nº 811.617 - AL (2006/0005796-7)²³

O julgado analisado pelo Superior Tribunal de Justiça trata de seguro de vida contratado para quitar o saldo devedor de um contrato de arrendamento mercantil de um veículo adquirido por um empresa, tendo como beneficiário o representante legal da mesmo, caso esse viesse a falecer.

Comunicada a Seguradora do falecimento do representante legal da empresa, houve negativa ao pagamento da indenização, sob o argumento de

²³ RESP 811617/AL. Julgado em 05.09.2006.

doença pré-existente, acarretando assim o não pagamento do saldo devedor do contrato de arrendamento mercantil.

Com a ausência de quitação do saldo devedor do arrendamento mercantil, a empresa viu-se obrigada a hipotecar um imóvel, a devolver o caminhão objeto do contrato de arrendamento, e queda no faturamento da empresa, com a incapacidade de atender a clientela de modo satisfatório, além da inscrição do nome da empresa nos cadastros de proteção ao crédito.

O pedido do segurado foi o seguinte:

"1- a Autora:

a) o importe relativo ao caminhão, objeto do Contrato de Arrendamento, devolvido pela Autora à DIBENS LEASING para liquidação do mútuo de que se cuida R\$ 142.450,88

b) o quanto atinente aos prejuízos pelo fechamento da Empresa, após 22 anos de existência com sucesso R\$ 600.000,00

c) os danos causados por deixar de fazer entregas aos seus clientes como o veículo em apreço, por ter sido devolvido à Arrendante (R\$ 13.000,00 - média/mês) R\$ 637.000,00

2 - à sócia da Autora e ao Fiel Depositário:

a) Para reparar os danos morais, consoante declinado no item III/2 R\$ 1.000.000,00

b) face aos danos consignados no tópico III/2 R\$ 1.000.000,00"

A condenação em primeiro grau foi para que a seguradora realizasse apenas a quitação do saldo devedor do arrendamento mercantil, porque não teria havido má-fé do segurado quando da contratação, não prevalecendo o argumento de pré-existência para a seguradora elidir o pagamento da indenização, indeferindo os danos materiais e morais por entender que os mesmos não estariam demonstrados.

Em sede de apelação a seguradora foi condenada a danos materiais e morais.

Levada a questão ao Superior Tribunal de Justiça, primeiramente foi analisada a negativa da seguradora, ficando consignado no acórdão o entendimento de que se a seguradora não toma a precaução de exigir exames de saúde, prévios à contratação, não pode esquivar-se do pagamento da indenização, sob o fundamento de doença pré-existente. Confira-se:

Aqui firmou-se o entendimento de que a seguradora não pode esquivar-se do dever de indenizar alegando que o segurado omitiu informações sobre seu estado de saúde quando não lhe foi exigido exames clínicos prévios. Nesse sentido:

"SEGURO DE VIDA. ÓBITO. ALEGAÇÃO DE DOENÇA PREEXISTENTE. AUSÊNCIA DE EXAME PRÉVIO.

1. Em sede de recurso especial não se reexamina matéria probatória (Súmula nº 7-STJ).

2. **Não pode a seguradora eximir-se do dever de indenizar, alegando omissão de informações por parte do associado, se dele não exigiu exames clínicos prévios. Precedentes do STJ.**

Recurso especial não conhecido.(RESP 402.457/RO, Rel. Ministro **BARROS MONTEIRO**, DJ 05.05.03)

Esse é o caso dos autos. Quanto a este aspecto, salientou o v. acórdão (fls. 312): *O cerne da argumentação da seguradora apelante, para isentar-se da responsabilidade de indenizar, efetivamente versa em torno do argumento da pré-existência do mal que levou ao falecimento do segurado. Uma vez que assumida a obrigação de segurar e não provada objetivamente pela seguradora a recusa em vincular o seguro à contratação do leasing, porquanto não suscitados quaisquer problemas prévios de saúde do segurado, afigura-se ilícita a recusa ao cumprimento do contrato, mormente porque a seguradora não exigiu do segurado exames prévios à contratação, como forma de atenuar ou excluir sua responsabilidade na hipótese de falecimento causados por males anteriores à avença.*

O acórdão analisado deixou bem consignado a conceituação e classificação do dano, de um modo geral, advindos de um descumprimento contratual, citando doutrina renomada sobre o assunto, conforme se vê abaixo:

Consoante leciona **SERGIO CAVALIERI FILHO**, "O dano é, sem dúvida, o grande vilão da responsabilidade civil. Não haveria que se falar em indenização, nem em ressarcimento, se não houvesse o dano. Pode haver responsabilidade sem culpa, mas não pode haver responsabilidade sem dano" ("Programa de Responsabilidade Civil", São Paulo, Malheiros, 2005, p. 95).

Hodiernamente, à conceituação de "dano" prefere-se o uso da expressão "bem jurídico", ao revés do vocábulo "patrimônio", remissivo tão-somente a acervo de direitos apreciáveis economicamente, quando, como cediço, a par destes, inúmeros bens extrapatrimoniais são tutelados pelo direito. Portanto, "dano" é toda contrariedade externa originada de ato de terceiro turbativo do vínculo que liga o sujeito a determinado objeto, diminuindo-lhe ou subtraindo-lhe um bem jurídico, corpóreo ou incorpóreo, material ou ideal. Outrossim, classificam-se os danos, essencialmente, em:

1) material ou patrimonial: é o que afeta somente o patrimônio do ofendido, ainda que mediante repercussão, passível de avaliação em dinheiro. Estabelece-se, portanto, pelo "confronto entre o patrimônio realmente existente após o prejuízo e o que provavelmente existiria se a lesão não se tivesse produzido" (**MARIA HELENA DINIZ**, "Curso de Direito Civil Brasileiro", v. 7: Responsabilidade Civil, São Paulo, Saraiva, 2004, p. 70). O dano material subdivide-se em: a) positivo ou emergente, quando caracterizada, objetivamente, subtração ou diminuição patrimonial; há empobrecimento econômico, efetiva redução do patrimônio do lesado em face da lesão aos bens pertencentes ao ofendido; b) negativo ou "lucro cessante", referente à lesão patrimonial geralmente futura, mas altamente provável, aferida razoavelmente com base nos ganhos atuais do lesado; ou seja, para

a respectiva determinação, a simples possibilidade de ganho é insuficiente, "embora não se exija uma certeza absoluta, de forma que o critério mais acertado estaria em condicioná-lo a uma probabilidade objetiva, resultante do desenvolvimento normal dos acontecimentos, conjugado às circunstâncias peculiares do caso concreto" (**MARIA HELENA DINIZ**, op. cit., p 72);

2) moral ou extrapatrimonial: é o aferível de forma negativa, consistindo na dor que não repercute de forma alguma no patrimônio do ofendido, mas tão-somente em sua personalidade moral; é lesão de interesses não materiais, de bens que integram os direitos da personalidade, tais como honra, intimidade, bom nome, integridade física, etc, e que acarreta ao lesado dor, sofrimento, humilhação, vexame, aborrecimento.

Com relação aos danos morais, no caso do descumprimento do contrato pela seguradora, asseverou o acórdão que as circunstâncias verificadas no caso concreto, especialmente a inscrição do nome da empresa no cadastro dos maus pagadores, as demandas promovidas por vários credores, por certo que acarreta danos morais passíveis de condenação. Atente-se para esse tópico do julgado:

Outrossim com referência aos danos morais experimentados pelos autores..., não se afigura razoável apreender que quem suporta tais circunstâncias não seja acometido por um dano psicológico considerável, mormente quando demandado em juízo por inúmeros credores e, ainda, lançado em rol dos devedores após longos anos de atividade empresarial tocada dentro dos parâmetros da normalidade.

Entretanto, o Superior Tribunal de Justiça, embora tenha mantido a condenação dos danos morais, entendeu por bem diminuir drasticamente o valor que o Tribunal determinou a título de danos morais, (50% do pleiteado na exordial), por mostrar-se excessivo e não compatível com a lesão sofrida, conforme tópico da decisão abaixo:

Com efeito "o valor da indenização por dano moral sujeita-se ao controle do STJ, sendo certo que, na fixação da indenização a esse título, recomendável que o arbitramento seja feito com moderação, proporcionalmente ao grau de culpa, ao nível socioeconômico dos autores e, ainda, ao porte econômico dos réus, orientando-se o juiz pelos critérios sugeridos pela doutrina e pela jurisprudência, com razoabilidade, valendo-se de sua experiência e do bom senso, atento à realidade da vida e às peculiaridades de cada caso" (Cfr. REsp. n.ºs. 214.381-MG; 145.358-MG e 135.202-SP, Rel. Min. Sálvio Figueiredo Teixeira, respectivamente, 29.11.99, 01.03.99 e 03.08.98).

Assim, em atenção aos princípios acima mencionados, deve-se considerar as peculiaridades do caso em questão, comprovadas

nas instâncias ordinárias, tais como o valor do bem segurado, a intensidade e repercussão do fato danoso.

Destarte, quanto a estas, verifica-se que o valor do bem, conforme descrito na exordial, era de **R\$ 142.450,88** (*cento e quarenta e dois mil, quatrocentos e cinqüenta reais e oitenta e oito centavos*).

Quanto a intensidade e repercussão do dano, como ressaltou o v. acórdão, o fato ensejou "*aperto financeiro, somados ao desajuste social experimentado pelos autores*", e conseqüente degradação da empresa "*a ponto de gerar o fechamento de suas portas*" (fl. 317)

Assim, diante das particularidades do pleito em questão, dos fatos assentados pelo Tribunal de Justiça do Estado de Alagoas, bem como observados os princípios de moderação e razoabilidade, o *quantum* fixado pelo Tribunal *a quo* não se limita à compensação dos prejuízos advindos do evento danoso.

Destarte, ajustando-se o valor reparatório aos parâmetros adotados nesta Corte, em hipóteses semelhantes, e assegurando ao lesado justa reparação, sem incorrer em enriquecimento ilícito, reduzo o valor indenizatório, para fixá-lo, a título de danos morais, na quantia certa **de R\$15.000,00** (*quinze mil reais*).

Após a análise do presente acórdão, conclui-se que é passível a condenação de danos morais em caso de descumprimento contratual, desde que este descumprimento vá além dos meros dissabores da vida cotidiana.

No caso concreto o descumprimento contratual gerou um abalo psicológico dos envolvidos, que por conta da negativa ilegal do pagamento da indenização securitária viram sua empresa responder por vários processos de credores, tiveram que devolver o caminhão ao banco arrendante, e ainda por conta disso, o nome da empresa foi inserida nos órgãos de proteção ao crédito seguradora, e foram obrigados a hipotecar imóveis para saldar as dívidas, que teriam sido pagas, caso houvesse o pagamento da indenização.

CONCLUSÃO

Práticas desleais e abusivas vem sendo coibidas e os Tribunais exigindo que se concretize o texto da Lei. Por essa razão, deve-se ter em mente quando se contrata com consumidor, a verdadeira noção de contratação visando o equilíbrio contratual, isto é, a proteção ao consumidor, por ser esta a parte mais frágil em contrato de massa.

A responsabilidade social empresarial, ora apresentada, configura-se como um norte a ser seguido pelas relações contratuais firmadas entre empresa seguradora e consumidores.

O estudo desenvolvido demonstra o que a Constituição e as leis específicas estabelecem como essencial aos contratos de consumo e como as empresas de seguro de vida se portam perante as exigências legais.

Verifica-se que, ainda após 25 anos de edição da Constituição e mais de 20 anos de vigência do Código do Consumidor a letra da lei é ignorada ou interpretada de forma distorcida por parte dos prestadores de serviço de seguros de vida e que casos que deveriam ser atendidos com naturalidade, seja na contratação e renovação de contratos de seguros quanto na solicitação do pagamento de indenizações, acabam por ser levados ao Judiciário e prolongados até as instâncias superiores para que as fornecedoras de seguros de vida se adequem ao exigido pela lei.

Os Tribunais, em especial o STJ, responsável pela análise última das demandas que discutem aplicação da Legislação Federal, tem exercido seu papel, obrigando os fornecedores a agir conforme o direito e dar ao segurado ou consumidor, aquilo que a lei determina.

No entanto, observa-se que uma nova ética é necessária no setor, fazendo com que os consumidores sejam atendidos de plano no tangente ao que a lei nos confere e não sendo necessária a intervenção estatal para forçar o explorador da atividade econômica a exercer o seu papel e além de cumprir a lei, exercer sua função social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALEXY, Robert; SILVA, Luis Virgilio Afonso da. (trad.) **Teoria dos Direitos Fundamentais**. São Paulo: Malheiros, 2008.

ALVIM, Pedro. **O Contrato de Seguro**. 3a. Ed. Rio de Janeiro. Forense, 1999.

ALVIM, Arruda. Cláusulas abusivas e seu controle no direito brasileiro. **Revista de Direito do Consumidor**. São Paulo, n. 20, p. 24-69, 2001.

CAHALI, Yussef Said. **Dano moral**. São Paulo. Revista dos Tribunais, 2011.

COELHO, Flávio Ulhoa. **Curso de Direito Civil**, vol. 3. São Paulo: Saraiva, 2005.

DIAS, José de Aguiar. **Da responsabilidade civil**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1987.

FUNDAÇÃO ESCOLA NACIONAL DE SEGUROS. **Seguro de pessoas: vida individual, vida em grupo e acidentes pessoais**. Supervisão e Coordenação

metodológica da Diretoria de Ensino e Produtos; assessoria técnica de Danilo de Souza Sobreira. 8ª. ed. Rio de Janeiro: Funenseg, 2006.

GRAU, Eros Roberto. **O Direito Posto e o Direito Pressuposto**. São Paulo: Malheiros, 2005.

MARQUES, Cláudia Lima. **Boa Fé nos serviços bancários, financeiros, de créditos e securitários e o código de defesa do consumidor**: Revista do Direito do Consumidor. V 11, nº. 43. São Paulo, jul./set. 2002.

MARTINS-COSTA, Judith. **A Boa-fé no direito privado**. São Paulo: RT, 1999. Ap. Civ. 43.795-9, rel. Jiz Pacheco Rocha, j. em 09.06.1992, Tribunal de Justiça do Paraná, in RT 688.

MIRANDA, Pontes de, CAVALCANTE, Francisco. **Tratado de Direito Privado**, Borsói, 1958, t.45 **Tratado de Direito Privado**, Borsói, 1958.

Recurso Especial Nº. 1.300.116 – SP (2011/0143997-6). Acórdão publicado em 13/11/2012.

RESP 811617/AL. Julgado em 05.09.2006.

RODRIGUES, Silvio. **Direito Civil: dos contratos e das declarações unilaterais de vontade**, 2010.

STJ, REsp 590.336/SC, Rel. Min. Fátima Nancy Andrigui, j. 07.12.2004, 3ª. Turma, DJ 21.02.2005.

STJ, AgRg no Ag 1.138.740/SC, Rel. Min. Massami Ueda, 3ª. Turma, j. 09.06.2009, Dje 18.06.2009.

TJRS. Apelação Cível nº. 70022231666. Relator: Umberto Guaspari Sudbrack. 2007.