

# Contratos de seguro, mutualismo, solidariedade e boa-fé: análise de decisões judiciais

**Eduardo Calvert<sup>1</sup>**

Juiz de Direito no Estado de São Paulo

## I. Introdução

Os contratos de seguro detêm características que os diferenciam dos demais tipos de contratos de massa, cujo conhecimento é determinante para a solução justa de litígios advindos deste tipo de contratação entre o segurador e os segurados.

Sem pretensão de exaurir o tema ou trazer novidades conceituais ao assunto, o presente trabalho pretende perpassar alguns dos princípios basilares do contrato de seguro, especialmente o mutualismo, a solidariedade e a boa-fé, analisando, ao final, o tratamento dado em decisões judiciais a casos práticos envolvendo contratos de seguro.

Espera-se, com a presente análise, demonstrar que a proteção aos segurados (consumidores) deve respeitar determinados limites impostos pela natureza dos contratos de seguro e suas especificidades, sob pena de impingir prejuízos à coletividade de segurados em razão da proteção da má-fé de alguns.

## II. Princípios aplicáveis aos contratos de seguro.

### O mutualismo, a solidariedade e a boa-fé

Definido pelo artigo 757 do Código Civil como um contrato pelo qual “o segurador se obriga, mediante pagamento do prêmio, a garantir interesse legítimo do segurado, relativo a pessoa ou coisa, contra riscos determinados”, o contrato de seguro remonta suas origens à Idade Média, época em que se restringia à cobertura de sinistros em navios de cargas.

O espírito do contrato de seguro, no entanto, e o seu vínculo de mutualidade, é sabidamente mais antigo, podendo ser encontrado expressamente no Digesto na *Lex Rhodia de lactu*, a qual previa a divisão proporcional dos prejuízos impostos aos proprietários de mercadorias e objetos que fossem atirados ao mar para livrar a embarcação de um naufrágio entre todos aqueles que fossem beneficiados com o alijamento das cargas.

O mutualismo é uma das características mais destacadas e importantes do contrato de seguro, sendo tratado pelos autores ora como elemento essencial do seguro, ora como um dos princípios que regem esses contratos. O mutualismo baseia-se na concepção de que é mais fácil suportar coletivamente as consequências danosas dos riscos individuais do que deixar o indivíduo, só e isolado, exposto a essas consequências<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Formado em Direito pela Universidade de São Paulo.

<sup>2</sup> Gustavo Tepedino; Heloísa Helena Barboza; Maria Celina Bodin de Moraes. *Código Civil interpretado conforme a Constituição da República*. Rio de Janeiro: Renovar, 2006. Vol. II, pág. 563.

O risco é uma constante na vida de qualquer indivíduo e é justamente o sentimento de insegurança gerado pela existência do risco que levou à criação do instituto do seguro, o qual representa uma união de esforços para superar as consequências individuais de danos futuros.

Como não é possível eliminar a atividade geradora do risco, nem se mostra suficiente a formação de um fundo preventivo individualmente para cobrir as perdas futuras, a solução que se mostra viável é a repartição ou partilha de riscos, viabilizando o atendimento das necessidades dos que sofrem a concretização do risco (dano) por meio da aproximação dos indivíduos num método de economia coletiva em que a participação não representa grande sacrifício individual<sup>3</sup>.

O mutualismo caracteriza-se, portanto, por uma comunidade submetida aos mesmos riscos, um agrupamento de pessoas expostas aos mesmos perigos, às mesmas probabilidades de dano, que decidem contribuir para a formação de um fundo capaz de fazer frente aos prejuízos sofridos pelo grupo.

O seguro, na realidade, é uma operação coletiva de poupança: de um lado estão inúmeras pessoas, reunidas em um processo de mutualismo, todas poupando pequenas quantias; de outro lado está o segurador, administrando essa poupança, por sua conta e risco, e destinando-a àqueles que dela necessitem em razão de prejuízos concretizados<sup>4</sup>.

O segurador moderno, portanto, é um administrador de fundos mutuais; a rigor, não entra com dinheiro próprio para cobrir ou garantir riscos dos outros, mas sim com trabalho, técnica e experiência capazes de proporcionar a adequada gestão desses fundos.

Essa é uma conclusão importante para as análises que serão feitas a seguir: do ponto de vista puramente econômico, a seguradora apenas administra os recursos formados pela mutualidade dos segurados, cobrando um preço por esse serviço, que é o seu lucro.

O mutualismo está intimamente ligado a outros 2 (dois) princípios essenciais do contrato de seguro: a solidariedade e a boa-fé. Veja-se a definição de “mutualismo” apresentada pelo Instituto Brasileiro de Atuária:

*Princípio fundamental que constitui a base de toda operação de seguro. O mutualismo na atividade atuarial nasce da convergência de duas virtudes cardeais da humanidade: boa fé e solidariedade. A credibilidade da palavra do segurado, ao declarar suas condições pessoais na contratação e/ou adesão, e do segurador, ao prometer proteção, é pilar essencial para a atividade de seguro, haja vista que as partes repartem entre si o preço da proteção ao patrimônio, às rendas, à vida ou à saúde, em face da imprevisibilidade do risco. O mutualismo, por definição, é a associação entre membros de um grupo no qual suas contribuições são utilizadas para propor e garantir benefícios aos seus participantes, portanto está relacionado à união de esforços de muitos em favor aleatório de alguns elementos do grupo.*

O traço que individualiza o contrato de seguro, distinguindo-o dos outros contratos, é justamente esse sistema de poupança coletiva, que permite uma segurança impensável

<sup>3</sup> Juliana Carolina Frutuoso Bizarria. *O dever de cooperação no contrato de seguro*, in *Revista de Direito Privado*, ano 13, vol. 50, abril-junho 2012. São Paulo: RT. Pág. 168.

<sup>4</sup> Sérgio Cavalieri Filho. *Programa de responsabilidade civil*. São Paulo: Atlas, 2012. Pág. 464.

vel do ponto de vista individual. Segundo Ovídio Baptista da Silva, o contrato de seguro preservou a característica de uma instituição de natureza solidária, “enquanto genuína expressão de um contrato rigorosamente econômico, porém, apesar disso, com a feição de um negócio jurídico que, ao invés do conflito, assenta-se no princípio da solidariedade entre os sujeitos que dele participam”<sup>5</sup>.

A definição de seguro feita pela rainha Elisabeth I, há mais de 3 (três) séculos, demonstra as bases solidárias deste contrato: “com o seguro, o dano é um fardo que pesa levemente sobre um grande número de pessoas, em vez de insuportavelmente sobre um pequeno número”<sup>6</sup>.

No entanto, para que a comunhão de mutualistas possa efetivamente fazer frente aos prejuízos a serem suportados e ao pagamento das respectivas indenizações, é necessária a aplicação de uma técnica baseada no cálculo de probabilidades e na chamada ciência atuarial. Segundo a “teoria da empresa”, uma das teorias que pretendem trazer um conceito unitário ao contrato de seguro, defendida por Cesare Vivante, o contrato de seguro seria caracterizado justamente pela massificação e pelo cálculo sistemático de probabilidades.

A solidariedade dos indivíduos reunidos na mutualidade somente será eficaz se o valor da contribuição dada pela coletividade for suficiente para o pagamento do total dos prejuízos experimentados individualmente pelos integrantes do grupo – é na análise do valor da contribuição a ser dada pelos segurados (e mesmo na possibilidade de realização do seguro) que o princípio da boa-fé desponta.

Denomina-se prêmio a contribuição de cada indivíduo ao fundo comum. O valor da contribuição de cada integrante dessa comunidade em risco para a formação do fundo comum dependerá do conhecimento antecipado do número de sinistros que poderão ocorrer num determinado período – é aqui que entram os cálculos das probabilidades e a lei dos grandes números. Por meio da estatística é possível saber, com grande aproximação, o número de ocorrências de determinados eventos em uma certa comunidade durante determinado espaço de tempo, de forma a permitir ao segurador calcular, mediante tabelas de previsões, o volume provável de sinistros que irão ocorrer e o montante das indenizações que terão de ser pagas num determinado período futuro. Com base nesses cálculos de probabilidades, ou atuariais, avalia-se o total dos prêmios a serem pagos pelos segurados<sup>7</sup>.

A análise dos riscos e das probabilidades de ocorrência dos sinistros baseia-se na ponderação de uma miríade de fatores, considerando-se dados históricos da concretização dos riscos contra os quais o seguro concede a proteção. Muitos desses fatores afetam a análise dos riscos a que o interesse segurado está exposto relacionam-se a circunstâncias subjetivas do segurado – idade, local de residência, natureza do uso da coisa segurada, comportamento, etc.

Existe, portanto, uma óbvia relação entre o valor do prêmio a ser pago pelo segurado e as circunstâncias subjetivas que tornam o risco mais suscetível de realizar-se concretamente – quanto maior o risco que envolve o bem segurado, maior será o prêmio

<sup>5</sup> *Natureza jurídica do monte de previdência*, in Instituto Brasileiro de Direito de Seguro. II Fórum de Direito de Seguro “José Sollero Filho”. São Paulo: Max Limonad, 2001. Pág. 104.

<sup>6</sup> Sérgio Cavalieri Filho. *Programa de responsabilidade civil*. São Paulo: Atlas, 2012. Pág. 468.

<sup>7</sup> Sérgio Cavalieri Filho. *Programa de responsabilidade civil*. São Paulo: Atlas, 2012. Pág. 465-466.

a ser pago. Ademais, em determinados casos, diante da alta probabilidade de ocorrência do dano, pode a contratação de seguro tornar-se impraticável.

Ocorre que o segurador se baseia exclusivamente nas informações prestadas pelos próprios segurados acerca de suas circunstâncias pessoais para a aceitação do contrato e para o cálculo do prêmio a ser pago pela proteção, motivo pelo qual a inveracidade das informações prestadas pelos segurados poderá acarretar no desequilíbrio do fundo comum, uma vez que os riscos a que estão expostos os interesses protegidos serão subdimensionados pelo segurador, tendo em vista a falsidade das premissas adotadas quando do cálculo das probabilidades.

E nem se poderia esperar dos seguradores um maior cuidado na análise das informações prestadas pelos segurados quando do encaminhamento das propostas de seguro. Isso porque a checagem de informações, considerando-se o volume de contratos de seguro (e lembrando que uma das características essenciais do seguro é a massificação de contratos), importaria numa elevação brutal dos custos da operação e numa burocratização do processo de contratação que tornariam impraticável o seguro<sup>8</sup>.

Sendo as informações prestadas pelas partes contratantes essenciais para o equilíbrio econômico e para a própria viabilidade do contrato de seguro, a boa-fé destaca-se como um dos pilares deste instituto jurídico. Essa realidade é espelhada pela legislação – o Código Civil de 1916, muito embora não mencionasse expressamente a boa-fé como elemento integrante dos contratos em geral, previa expressamente, em seu artigo 1.443, que “o segurado e o segurador são obrigados a guardar no contrato a mais estrita boa-fé e veracidade, assim a respeito do objeto, como das circunstâncias e declarações a ele concernentes”.

O Código Civil vigente trouxe dicção idêntica em seu artigo 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”. E, no artigo 766, impõe sanção ao segurado que prestar informações inverídicas: “se o segurado, por si ou por seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, perderá o direito à garantia, além de ficar obrigado ao prêmio vencido”.

Ocorre que com o pretenso propósito de proteger o segurado, parte teoricamente hipossuficiente em cotejo com o segurador, infelizmente não têm sido poucas as decisões que temperam a boa-fé de maneira muito branda, quase que desinfluente à formação do contrato de seguro, o que culmina com a obrigação de que o segurador tenha que arcar

<sup>8</sup> Nesse sentido pondera Sérgio Cavalieri Filho: “se o seguro é uma operação de massa, sempre realizada em escala comercial e fundada no estrito equilíbrio da mutualidade; se não é possível discutir previamente as suas cláusulas, uniformemente estabelecidas nas condições gerais da apólice; enfim, se o seguro, para atingir a sua finalidade social, tem que ser rápido, eficiente, não podendo ficar na dependência de burocráticos processos de fiscalização, nem de morosas pesquisas por parte das seguradoras, então, a sua viabilidade depende da mais estrita boa-fé de ambas as partes. Se cada uma não usar de veracidade, o seguro se torna impraticável” (“Programa de responsabilidade civil”. São Paulo: Atlas, 2012. Pág. 466). No mesmo sentido, em relação especificamente ao incremento dos custos, Ilan Goldberg: “Refletindo sob o prisma dos custos que seriam agregados a esta operação caso fossem contratados investigadores para se certificarem a respeito de cada informação prestada (aos milhares, talvez milhões de informações por dia), caso sejam exigidos os mais completos exames médicos anteriormente à celebração de cada contrato de seguro de vida/saúde, a fim de saber se as assertivas ventiladas pelos proponentes são ou não verdadeiras, cujos custos, notoriamente, são elevadíssimos, fatalmente os preços dos prêmios praticados sofreriam uma majoração impagável para a grande maioria da população, que é a real beneficiária dos contratos de seguro de massa” (“Direito de seguro e resseguro”. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. Pág. 106).

com o pagamento do capital segurado mesmo em hipóteses nas quais, evidentemente, o segurado tenha deixado de agir com a necessária boa-fé<sup>9</sup>.

Deve-se realmente ponderar se a óptica teoricamente protecionista dos interesses dos segurados, que tem como consequência condenações em hipóteses nas quais está clara a má-fé, beneficiam ou prejudicam o grupo no qual está inserido o segurado<sup>10</sup>.

Essas questões, dentre outras, passam a ser analisadas abaixo.

### III. Análise de casos práticos

#### a) Declaração do risco:

Conforme acima apontado, a individualização e a delimitação do risco se baseiam exclusivamente nas declarações do segurado na proposta para a contratação do seguro. A veracidade das informações é essencial, portanto, para a manutenção do equilíbrio econômico do contrato e do fundo mutual.

A importância da qualidade das informações e a obrigação do segurado em prestá-las de forma completa foram prestigiadas pela legislação. O artigo 766 do Código Civil dispõe que “se o segurado, por si ou por seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, perderá o direito à garantia, além de ficar obrigado ao prêmio vencido”.

Note-se que a legislação protege o segurador mesmo na hipótese de o segurado não haver agido de má-fé quando prestou as informações inexatas ou incompletas. Essa conclusão se alcança pela análise do parágrafo único do mesmo artigo 766, o qual prevê que “se a inexatidão ou omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, o segurador terá direito a resolver o contrato, ou a cobrar, mesmo após o sinistro, a diferença do prêmio”.

A interpretação dos dispositivos é clara e redundante em duas consequências para hipóteses distintas: o segurado presta informações inexatas ou incompletas de má-fé (ou seja, quando detém o conhecimento acerca delas e as omite ou distorce conscientemente), ocasião em que perderá o direito à garantia e não será restituído do valor do prêmio que houver pago; ou o segurado presta informações inexatas ou incompletas de boa-fé (ou seja, quando não detém o conhecimento acerca delas ou não há omissão ou distorção consciente), hipótese em que o contrato poderá ser resolvido, com restituição do prêmio que houver sido pago, ou poderá ser cobrada pelo segurador a diferença do valor do prêmio, mantendo-se a garantia.

Note-se, portanto, que em hipótese nenhuma a legislação permite a imposição à comunidade de segurados o ônus de arcar com indenizações advindas de contratos de seguro desequilibrados, nos quais as informações prestadas pelo segurado sejam inverídicas. Em prestígio aos princípios da mutualidade e da solidariedade, acima explicitados, a legislação impede que sejam beneficiados, em detrimento do grupo, segurados que prestam informações inverídicas – ajam ou não de má-fé.

<sup>9</sup> Ilan Goldberg. *Direito de seguro e resseguro*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. Pág. 100.

<sup>10</sup> *Idem*, pág. 106.

Contrariando essas conclusões, decisões judiciais têm prestigiado a má-fé de alguns segurados que omitem informações relevantes quando da contratação do seguro. Veja-se ementa que explicita entendimento sedimentado pelo Superior Tribunal de Justiça:

**SEGURO DE VIDA. DOENÇA PREEXISTENTE. EXAMES PRÉVIOS. AUSÊNCIA. INOPONIBILIDADE.**

*Conforme entendimento pacificado desta Corte, a seguradora, ao receber o pagamento do prêmio e concretizar o seguro, sem exigir exames prévios, responde pelo risco assumido, não podendo esquivar-se do pagamento da indenização, sob a alegação de doença preexistente, salvo se comprove a deliberada má-fé do segurado. Recurso provido. (recurso especial 777.974, relatado pelo Ministro Castro Filho e julgado em 9.5.2006)*

Do voto do Ministro relator, destaca-se o seguinte trecho:

*No caso concreto, a seguradora provou que a doença era preexistente e que a segurada dela tinha conhecimento, contudo, não demonstrou que houve omissão intencional acerca do seu estado de saúde.*

*Outrossim, conforme entendimento pacificado desta Corte, a seguradora, ao receber o pagamento do prêmio e concretizar o seguro, sem exigir exames prévios, responde pelo risco assumido, não podendo se esquivar do pagamento da indenização, sob a alegação de doença preexistente, salvo se comprove a deliberada má-fé do segurado.*

O entendimento do Superior Tribunal de Justiça, repetido em diversos julgamentos daquela Corte, contraria diretamente as disposições do artigo 766 e de seu parágrafo único. Isso porque, mesmo diante da comprovação da inexatidão das informações prestadas pelo segurado (ou seja, a preexistência da doença), deixou de aplicar as soluções previstas nas prescrições legais.

Outrossim, o entendimento prestigia de forma expressa a má-fé dos segurados e representa um incentivo para a omissão de informações quando da contratação, uma vez que, mesmo diante da comprovação da consciência do segurado acerca da doença quando da contratação, afasta o reconhecimento da má-fé.

De que outra forma, senão por meio da comprovação da consciência do segurado acerca da inveracidade das informações prestadas, poderia o segurador comprovar a má-fé daquele?

Ademais, a legislação determina simplesmente que o segurado preste informações verídicas. A inveracidade das informações (ou seja, a existência ou não da circunstância omitida) e a má-fé do segurado (ou seja, a sua consciência acerca da existência da circunstância omitida) são fatos a serem aferidos de forma objetiva.

Outras decisões judiciais, perscrutando além do que determina a legislação, utilizam-se de conceitos etéreos como a “relevância” ou “irrelevância” das omissões dos segurados ou da análise da causalidade entre o sinistro e a circunstância omitida, também para ser leniente com o infrator e proteger a sua conduta de má-fé.

Neste julgamento do Superior Tribunal de Justiça, muito embora reconhecendo a má-fé do segurado ao omitir doença grave e mesmo reconhecendo que a doença omitida constituiu concausa de sua morte, entendeu-se pela impossibilidade de afastamento da indenização:

**SEGURO DE VIDA. CAUSA DIRETA DO ÓBITO NÃO RELACIONADA À DOENÇA PREEXISTENTE OMITIDA. DIREITO À COBERTURA.**

1. *A partir dos fatos assentados pelas instâncias ordinárias, tem-se que as causas diretas do óbito foram embolia pulmonar, insuficiência respiratória e infecção respiratória, decorrentes de tratamento de fratura no fêmur.*

2. *A circunstância de haver doença preexistente que fragilizava a saúde do segurado (hepatopatia crônica), doença esta não informada quando da contratação da apólice, mesmo que tenha contribuído indiretamente para a morte, não exime a seguradora de honrar sua obrigação em caso de óbito cuja causa direta não foi a doença omitida.*

3. *Recurso especial a que se dá provimento. (recurso especial 765.471, relatado pela Ministra Maria Isabel Gallotti e julgado em 6.12.2012)*

Destaca-se do voto da Ministra relatora:

*No caso em exame, a sentença e o acórdão recorrido concluíram que o contratante do seguro agiu de má-fé ao omitir que muito antes da assinatura da proposta teve diagnosticada hepatopatia crônica. Esta moléstia, todavia, não se constituiu na causa direta de seu falecimento, que, na verdade, teve por causas embolia pulmonar, insuficiência respiratória e infecção respiratória, decorrentes de fratura no fêmur, sendo certo que a debilidade física causada pela patologia no fígado contribuiu apenas de forma indireta para a morte, conforme delineado pelas instâncias de origem.*

Ou seja, o Tribunal reconheceu a má-fé do segurado e a omissão de informações relevantes, bem como a influência das circunstâncias omitidas para a ocorrência do sinistro, mas preferiu não aplicar a regra expressa do artigo 766 do Código Civil e prestigiar, mais uma vez, a má-fé do consumidor, em detrimento da comunidade de segurados.

Noutra oportunidade, o mesmo Superior Tribunal de Justiça releva a omissão do segurado que comprovadamente tinha conhecimento da doença preexistente omitida quando da contratação do seguro, por entender que “*não tinha consciência da gravidade de seu problema*”:

*Seguro. Doença cardíaca pré-existente. Má-fé do segurado. Precedentes da Corte.*

1. *Diversos precedentes já assentaram que a afirmação do Acórdão recorrido, com apoio no conjunto probatório, afastando a má-fé, não dá margem a reexame na instância especial.*

2. Na mesma linha, já decidiu a Corte que para a incidência do art. 1.444 do Código Civil é “necessário que o segurado tenha feito declarações inverídicas quando poderia fazê-las verdadeiras e completas. E isso não se verifica se não tiver ciência de seu real estado de saúde”.

3. Recurso especial não conhecido. (recurso especial 191.241, relatado pelo Ministro Carlos Alberto Menezes Direito e julgado em 19.10.1999)

No caso que deu azo ao julgamento acima transcrito, o segurado tinha consciência do seu problema grave de saúde e o omitiu do segurador quando da celebração do contrato, vindo a falecer justamente em decorrência de complicações advindas dessa condição médica. Pela ementa do acórdão advindo do Tribunal de Alçada do Estado do Paraná, que deu origem ao recurso especial analisado, nota-se que a parte de forma direta, consciente e objetiva, descumpriu com o dever de veracidade, mas o Poder Judiciário desconsiderou esta falta:

*Não age com má-fé, e sim cumpre seu dever contratual de dizer a verdade, o segurado que não tem consciência da gravidade de seu problema, embora saiba ser dele portador. Corre risco normal a seguradora nestes casos, ainda mais se não procedeu ao exame médico prévio de seus prováveis segurados.*

A proteção da parte considerada mais fraca pelos Tribunais e a adoção de entendimentos como o ora analisados foram objeto de percutiente observação de Haroldo Malheiros Duclerc Verçosa:

*É um fato constatado que um segmento da doutrina e da jurisprudência tem relativizado a norma sob comentário com um claro sentido de proteção da parte considerada mais fraca, o segurado, principalmente quando a indenização pleiteada tem o papel de garantir a sobrevivência de sua família (...). Mas, diante da lei imperativa, os fins não justificam os meios e tais atitudes somente servem para criar efeitos prejudiciais para toda a comunidade de segurados, sabendo-se que as seguradoras imediatamente incorporam as tendências judiciais ao preço do seguro, o que importa diretamente no aumento do prêmio das próximas operações que serão concluídas. Estamos falando de externalidades negativas, de efeitos de segunda ordem e de seleção adversa<sup>11</sup>.*

Não se discute, importante ressaltar, a aplicação do Código de Defesa do Consumidor nas relações existentes entre os segurados e os seguradores. No entanto, a sua aplicação não pode ter o efeito de beneficiar o consumidor desonesto, como no exemplo acima, ou de atentar contra alguns dos princípios do contrato de seguro, especialmente o mutualismo e a solidariedade.

---

<sup>11</sup> *Contratos empresariais em espécie - segundo a sua função jurídico-econômica*. São Paulo: Revista dos Tribunais. 2014. Pág. 337.

Dessa forma, parece solução adequada a aplicação da inversão do ônus da prova, prevista no artigo 6º, VIII, do Código de Defesa do Consumidor, para o fim de impor ao segurador o ônus da comprovação da existência do fato ou da circunstância sobre a qual teria se omitido o segurado quando prestou as informações.

Também deve ser imposto ao segurador, uma vez feita a comprovação acima, o ônus de demonstrar a má-fé do segurado quando da omissão ou da distorção, para fins de aplicação da regra do *caput* do artigo 766 ou de seu parágrafo único – a má-fé, no entanto, deve-se considerar demonstrada tão-somente pelo conhecimento do segurado acerca do fato omitido.

Ressalte-se que, na maioria dos casos, a aplicação da “inversão do ônus da prova” sequer seria necessária, uma vez que a existência da omissão e a má-fé do segurado constituirão “*fato impeditivo, modificativo ou extintivo do direito do autor*”, aplicando-se a regra do artigo 333, II, do Código de Processo Civil.

Também a proteção contratual do consumidor, nos termos dos artigos 46 e seguintes do Código de Defesa do Consumidor, deve ser estendida aos contratos de seguro e às informações que são prestadas pelo segurado quando da contratação – assim, se o segurador aceita o contrato sem que o consumidor preste informações ou se o questionário apresentado pelo segurador para o segurado contém questões pouco claras e que possibilitam entendimentos dúbios, não pode ser o consumidor penalizado pela deficiência na informação.

Nesse sentido, precedentes do Superior Tribunal de Justiça:

*De qualquer modo, deve ser dito que em contratos de seguro firmados em agências bancárias, sem o acompanhamento de técnico de corretagem que possa bem explicar as condições e cláusulas constantes do instrumento, e que se sabe são preenchidos “pro forma”, sem nenhuma preocupação quanto ao seu conteúdo, e menos ainda com esclarecimentos a respeito da condição de saúde do segurado, – nesses casos, não se pode atribuir ao consumidor a obrigação de superar as deficiências da contratação e fornecer dados técnicos que sequer lhe são solicitados. (extraído do voto do Ministro relator Ruy Rosado de Aguiar no recurso especial 332.787, julgado em 11.12.2001)*

*Seguro. Boa-fé (inexatidão ou omissão nas declarações). Recurso especial (deficiência).*

*1. O segurado e o segurador hão de guardar a mais estrita boa-fé. Caso em que, na origem, entendeu-se que se não há “falar em má-fé do segurado, notadamente quando o questionário a que foi submetido no momento da contratação não lhe inquiriu acerca da presença de moléstias da célula hepática”. (recurso especial 219.829, relatado pelo Ministro Nilson Naves, julgado em 25.10.1999)*

*Contrato de seguro. Se a seguradora aceita a proposta de adesão, mesmo quando o segurado não fornece informações sobre o seu estado de saúde, assume os riscos do negócio. Não pode, por essa razão, ocorrendo o sinistro, recusar-se a indenizar. (recurso especial 198.015, relatado pelo Ministro Eduardo Ribeiro, julgado em 23.3.1999)*

Parece correta a proteção dos consumidores nestas hipóteses em que não haja possibilidade de manifestação livre das informações – seja pela ausência de questionário,

seja pela dificuldade de compreensão dos termos do contrato ou pela obscuridade das questões que lhe são submetidas.

É questionável, no entanto, a proteção de consumidores que comprovadamente agiram de má-fé ao prestar as informações ao segurador, com o nítido interesse de fazê-lo aceitar a contratação que se mostra impraticável (nas hipóteses em que os riscos são muito elevados) ou de acarretar um decréscimo no prêmio a ser pago pelo segurado.

Nestes casos, a questão assume até mesmo um contorno moral, uma vez que, em se tratando de contratos de seguro, quem tem boa-fé concorre lealmente para a formação da solidariedade necessária no seguro; concorre com a mesma lealdade com que os demais concorreram para a proteção do interesse coletivo. Quem age com má-fé está querendo se locupletar com a solidariedade dos outros<sup>12</sup>.

Nessas hipóteses, além de contrária à lei, diante das disposições expressas do artigo 766 do Código Civil, a proteção do consumidor mostra-se socialmente inadequada, uma vez que incentiva e premia o seu comportamento desleal. Deve-se lembrar que as decisões do Poder Judiciário detêm caráter pedagógico e parametrizam os comportamentos que se esperam da sociedade.

#### b) Agravamento do risco e embriaguez:

Viu-se acima que a análise dos riscos e das probabilidades de ocorrência dos sinistros, para o fim de se estipular o valor do prêmio a ser pago pela garantia securitária, baseia-se na ponderação de uma miríade de fatores, dentre eles diversos que se relacionam com circunstâncias subjetivas do segurado.

Ocorre que, nos contratos de seguro de longa duração, é possível que circunstâncias supervenientes venham a interferir na probabilidade de ocorrência do sinistro, agravando-a ou diminuindo-lhe. O agravamento do risco, dependendo de sua intensidade, poderá afetar o equilíbrio econômico financeiro do contrato de seguro e a correlação entre o prêmio e o risco garantido.

Nos termos do artigo 768 do Código Civil, “*o segurado perderá o direito à garantia se agravar intencionalmente o risco objeto do contrato*”. Assim, sempre que houver agravamento do risco de ocorrência do sinistro em razão de conduta intencional do segurado, este perderá o direito de recebimento da indenização na hipótese de concretização do risco.

A perda da garantia em hipóteses tais se justifica pelos mesmos motivos que a perda da garantia na hipótese de inexatidão ou omissão na declaração de risco pelo segurado – os princípios da mutualidade e da solidariedade determinam que todos os segurados contribuam de forma equânime para o fundo mutual, não sendo razoável que riscos diferentes paguem prêmios iguais.

Ademais, a boa-fé ínsita aos contratos de seguro determina que os segurados ajam de modo a evitar a concretização dos riscos protegidos, tudo com a finalidade de manutenção do equilíbrio econômico do fundo mutual.

Há diversos exemplos de condutas dos segurados que importam em agravamento de risco, como o início da prática de esportes radicais pelo estipulante de seguro de vida ou a participação em corrida de automóveis pelo segurado contra danos por acidentes em

<sup>12</sup> Sérgio Cavalieri Filho. *Programa de responsabilidade civil*. São Paulo: Atlas, 2012. Pág. 468.

seu veículo. Uma das hipóteses mais recorrentes e corriqueiras no cotidiano forense é a embriaguez do condutor de veículo envolvido em acidente de trânsito.

Não é novidade que a embriaguez é a principal causa da ocorrência de acidentes de trânsito, o que motiva uma série de campanhas de conscientização da população em geral para este risco e um grande esforço repressivo por parte das autoridades públicas com a finalidade de coibir a conduta de dirigir embriagado – as *blitze* da “lei seca” viraram rotina em diversas cidades brasileiras.

Em razão do imenso risco para terceiros e para o próprio condutor, dirigir sob a influência de álcool, ou qualquer outra substância psicoativa que determine dependência, é infração administrativa gravíssima<sup>13</sup> segundo o Código de Trânsito Brasileiro e crime que prevê pena de detenção de 6 (seis) meses a 3 (três) anos<sup>14</sup>, de acordo com o mesmo diploma.

É evidente, portanto, que a conduta de dirigir veículo automotor sob a influência de bebidas alcoólicas agrava de modo extremo o risco da ocorrência de acidentes. Não há dúvidas também que a conduta de dirigir embriagado ou sob o efeito de substâncias psicoativas é voluntária e intencional (exceto situações excepcionais verificadas na prática).

Dessa forma, o segurado que, estando embriagado, se envolve em acidente de trânsito, claramente incide na hipótese do artigo 768 do Código Civil, uma vez que intencionalmente agrava o risco objeto do contrato, devendo, portanto, perder o direito à garantia.

Não é exatamente esse, contudo, o entendimento que desponta nos Tribunais, especialmente no Superior Tribunal de Justiça. Segundo entendimento consolidado naquela corte, a constatação da embriaguez do segurado quando da ocorrência do acidente de trânsito não é suficiente para exclusão da cobertura securitária, sendo necessária para tanto a comprovação de que a embriaguez foi a causa determinante do sinistro:

*AGRAVO REGIMENTAL NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. SEGURO. ACIDENTE DE TRÂNSITO. EMBRIAGUEZ. AGRAVAMENTO DO RISCO NÃO CONFIGURADO. COMPROVAÇÃO. REEXAME DE PROVAS. SÚMULA Nº 7/STJ. INCIDÊNCIA.*

*1. Segundo a jurisprudência dominante desta Corte, a embriaguez do segurado, por si só, não exonera a seguradora do dever de indenizar, visto que a perda da cobertura fica condicionada à constatação de que o agravamento de risco foi condição determinante para a ocorrência do sinistro.*

*2. Se o juízo de origem, com base nos elementos dos autos, reconheceu não ser possível concluir que o estado etílico do segurado foi a causa do acidente, inviável o recurso especial, cujas razões impõem o reexame da matéria fática da lide, nos termos da vedação imposta pela Súmula nº 7/STJ.*

<sup>13</sup> “Art. 165. Dirigir sob a influência de álcool ou de qualquer outra substância psicoativa que determine dependência: Infração - gravíssima”.

<sup>14</sup> “Art. 306. Conduzir veículo automotor com capacidade psicomotora alterada em razão da influência de álcool ou de outra substância psicoativa que determine dependência:  
Penas - detenção, de seis meses a três anos, multa e suspensão ou proibição de se obter a permissão ou a habilitação para dirigir veículo automotor”.

3. *Agravo regimental não provido.* (agravo regimental no agravo em recurso especial 230.983, relatado pelo Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva e julgado em 26.8.2014)

*CIVIL. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO. ACIDENTE DE TRÂNSITO. COLISÃO. ESTADO DE EMBRIAGUEZ DO SEGURADO. AUMENTO DO RISCO. EXCLUDENTE DE COBERTURA NÃO CONFIGURADA. CC, ART. 1.454.*

*I. Para a configuração da hipótese de exclusão da cobertura securitária prevista no art. 1.454 da lei substantiva civil, exige-se que o segurado tenha diretamente agido de forma a aumentar o risco, o que não ocorre meramente pelo fato de ter sido constatado haver ingerido dose etílica superior à admitida pela legislação do trânsito, sem que tenha a ré, cuja atividade se direciona exatamente para a cobertura de eventos incertos, demonstrado, concretamente, que sem o estado mórbido o sinistro ocorreria.*

*II. Precedentes do STJ.*

*III. Recurso conhecido e provido.* (recurso especial 341.372, relatado pelo Ministro Aldir Passarinho Júnior e julgado em 6.2.2003)

O entendimento esposado pelo Superior Tribunal de Justiça representado pelas ementas acima faz uma leitura absolutamente restritiva do artigo 768 do Código Civil e acrescenta um novo requisito extralegal para a perda do direito à garantia: a constatação de que o agravamento do risco foi determinante para a ocorrência do sinistro.

Não parece a solução mais correta.

Primeiramente, porque *agravamento do risco e causa determinante* para a ocorrência de um acidente são conceitos distintos que não devem ser confundidos - enquanto “causa determinante” pode ser conceituada como o antecedente que determina o resultado como consequência sua direta e imediata, “agravamento do risco” consiste no aumento da possibilidade de verificar-se o sinistro ou o aumento da extensão do dano.

Diversas podem ser as causas determinantes para a ocorrência de um acidente – imperfeições da malha viária, falha no funcionamento dos equipamentos do automóvel, avanço do sinal vermelho, aquaplanagem, imprudência de pedestres, etc. Em absolutamente todas essas hipóteses a embriaguez do condutor representa um fator de agravamento do risco de ocorrência do acidente ou de majoração da extensão dos danos, uma vez que os efeitos do álcool sobre o organismo humano acarretam na lentidão dos reflexos e na perda da capacidade de responder de forma rápida e eficaz às situações de perigo.

A lei não confundiu conceitos diversos, não devendo o julgador fazê-lo.

Outrossim, mostra-se notadamente difícil para a seguradora demonstrar em juízo que a embriaguez foi o motivo determinante de um acidente. Isso porque, ressalvadas hipóteses específicas em que o evento dá ensejo à persecução criminal e à elaboração de laudos técnicos pela polícia judiciária, na grande maioria das vezes não há elementos de prova suficientes para a demonstração da dinâmica do acidente.

Já se mostra demasiadamente árduo ao segurador comprovar o estado de embriaguez do segurado condutor do veículo, especialmente diante dos entendimentos judiciais acerca do direito de não produzir prova contra si mesmo, que redundam na impossibilidade de se obrigar o condutor de veículo automotor a se submeter ao teste do etilômetro ou a exame de sangue.

Se, além da comprovação da embriaguez, se impuser ao segurador o ônus de demonstrar qual o motivo determinante do acidente, esta hipótese de agravamento do risco torna-se virtualmente impossível de se aplicar na prática, em prejuízo do equilíbrio econômico dos fundos mútuos e dos princípios do mutualismo e da solidariedade, uma vez que o risco insuportável assumido por alguns poucos será repartido por todos os integrantes da comunidade de segurados.

O próprio Superior Tribunal de Justiça adotava entendimento afinado com a ideia de que a embriaguez do condutor de veículo automotor deve ser entendida impreterivelmente como agravamento do risco, ao concluir pela natureza formal do delito tipificado no artigo 306 do Código de Trânsito Brasileiro.

Em sua redação original, anterior à Lei 11.705/08, o artigo 306 do Código de Trânsito Brasileiro tipificava desta forma o delito de embriaguez ao volante: “conduzir veículo automotor, na via pública, sob a influência de álcool ou substância de efeitos análogos, expondo a dano potencial a incolumidade de outrem”.

A parte final do dispositivo legal gerou certa controvérsia acerca da necessidade de comprovação de que a conduta do agente tivesse potencialidade de produzir danos a terceiros. Havia quem entendesse que seria necessária, para a configuração do crime, a comprovação de exposição concreta de terceiros ao risco causado pelo condutor do veículo que circulasse pelas vias públicas embriagado – ou seja, caso circulasse por vias desertas e não cruzasse com outros automóveis e transeuntes, não haveria crime.

O Superior Tribunal de Justiça sedimentou entendimento no sentido contrário, bem representado pela ementa abaixo:

*HABEAS CORPUS. CRIME DE EMBRIAGUEZ AO VOLANTE. COMPROVAÇÃO DA POTENCIALIDADE DELITIVA. DESNECESSIDADE. CRIME DE PERIGO ABSTRATO. PRECEDENTES DO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL E DESTE TRIBUNAL SUPERIOR. ATIPICIDADE DA CONDUTA, EM RAZÃO CARÁTER SUBSIDIÁRIO DO DIREITO PENAL E DA POSSIBILIDADE DE PUNIÇÃO ADMINISTRATIVA. TESE NÃO SUSCITADA PERANTE A CORTE DE JUSTIÇA. SUPRESSÃO DE INSTÂNCIA. TRANCAMENTO DA AÇÃO PENAL. EXCEPCIONALIDADE DA MEDIDA. HABEAS CORPUS PARCIALMENTE CO-NHECIDO E, NO MAIS, DENEGADO.*

*1. O delito de embriaguez ao volante talvez seja o exemplo mais emblemático da indispensabilidade da categoria dos crimes de perigo abstrato, e de sua previsão de modo a tutelar a segurança no trânsito, a incolumidade física dos indivíduos, e a própria vida humana, diante do risco que qualquer pedestre ou condutor de automóvel se submete ao transitar na mesma via que alguém que dirige embriagado” HC 161.393/MG, 5.ª Turma, Rel. Min. JORGE MUSSI, DJe de 03/05/2012).*

*2. A tese relativa à exclusão da conduta do Paciente do âmbito de incidência do direito penal, em razão do seu caráter subsidiário e da possibilidade de aplicação da punição administrativa, não foi suscitada nem examinada pelo Tribunal a quo. Assim, não cabe a esta Corte antecipar-se em tal exame, sob pena de indevida supressão de instância.*

*3. O trancamento da ação penal pela via de habeas corpus é medida de exceção, que só é admissível quando emerge dos autos, sem*

*a necessidade de exame valorativo do conjunto fático ou probatório, a atipicidade do fato, a ausência de indícios a fundamentaram a acusação ou, ainda, a extinção da punibilidade, circunstâncias não evidenciadas in casu.*

4. *Habeas corpus parcialmente conhecido e, no mais, denegado. (habeas corpus 187.411, relatado pela Ministra Laurita Vaz e julgado em 2.8.2012)*

Dessa forma, não há como negar que a conduta de dirigir veículo automotor sob efeito de álcool ou outra substância psicoativa representa claro agravamento do risco da ocorrência de acidentes de forma que, uma vez demonstrado que o segurado efetivamente estava sob o efeito de tais substâncias quando do acidente de trânsito, independentemente de qualquer outro requisito, deverá perder o direito à garantia, nos termos do artigo 768 do Código Civil.

Não se pode negar, por outro lado, que ao segurador será imposto o ônus de comprovar que o segurado estava embriagado quando do acidente – seja por aplicação das disposições do Código de Defesa do Consumidor, seja em razão da regra do artigo 333, II, do Código de Processo Civil. No entanto, certamente em razão da enorme quantidade de acidentes que envolvem motoristas embriagados e da dificuldade de se obter a prova necessária à exclusão da garantia, muitos contratos de seguro vêm trazendo disposição excluindo o direito à garantia também na hipótese de o segurado se recusar a realizar o teste de alcoolemia requisitado pela autoridade quando da ocorrência do sinistro.

Nesses casos, segundo a disposição contratual, os segurados perderão o direito à garantia mesmo sem haver comprovação de sua embriaguez, unicamente diante da sua negativa em produzir a prova acerca da presença de álcool em sua corrente sanguínea.

Tal disposição contratual certamente motivará questionamentos, especialmente diante do direito de não produzir prova contra si mesmo, o qual redundará na impossibilidade de obrigar-se o condutor a se submeter ao teste de alcoolemia.

Com efeito, a partir da disposição do artigo 5º, LXIII, da Constituição Federal, que prevê o direito do preso de permanecer calado, construiu-se a *teoria do nemo tenetur se detegere*, segundo a qual ninguém será obrigado a produzir prova contra si mesmo.

No entanto, apesar de amplamente utilizada no âmbito criminal na proteção do direito de defesa dos acusados, essa teoria não é aplicável nas relações civis. Demonstram essa afirmação as disposições dos artigos 232, do Código Civil<sup>15</sup>, e 359, do Código de Processo Civil<sup>16</sup> – em ambas as hipóteses, pune-se a parte que não se dispuser a cooperar na produção de provas, ainda que em seu desfavor.

Nas relações contratuais, especialmente após o advento do Código Civil vigente, aplica-se o princípio da boa-fé objetiva, cuja função é estabelecer um padrão ético de conduta para as partes nas relações obrigacionais.

<sup>15</sup> “Art. 232. A recusa à perícia médica ordenada pelo juiz poderá suprir a prova que se pretendia obter com o exame”.

<sup>16</sup> “Art. 359. Ao decidir o pedido, o juiz admitirá como verdadeiros os fatos que, por meio do documento ou da coisa, a parte pretendia provar:

I - se o requerido não efetuar a exibição, nem fizer qualquer declaração no prazo do art. 357;

II - se a recusa for havida por ilegítima”.

Uma das funções desempenhadas pelo princípio da boa-fé objetiva, a integrativa, liga-se intrinsecamente a deveres de conduta e de cooperação intersubjetiva das partes contratantes, não se reduzindo ao cumprimento da obrigação principal estipulada contratualmente, mas se espalhando por deveres secundários, anexos, colaterais ou instrumentais.

Fere, portanto, o princípio da boa-fé objetiva e os deveres colaterais de cooperação e de informação, a conduta do segurado em não se submeter ao teste de alcoolemia, uma vez que a atitude se mostra desleal com a contraparte, que não terá meios de obter a prova necessária à demonstração da hipótese de exclusão da garantia.

Dessa forma, a disposição contratual que prevê a perda da garantia na hipótese de recusa do segurado em se submeter ao exame de alcoolemia quando do sinistro deve ser considerada válida. Nesse sentido decidiu em algumas oportunidades o Tribunal de Justiça de São Paulo:

*Contrato de seguro. Exclusão de cobertura em razão de embriaguez do condutor do veículo segurado. Provas que confirmam a ingestão de bebida alcoólica e recusa de realização de teste a respeito. Agravamento do risco. Descabimento do pagamento de indenizações. Cláusula contratual de exclusão lícita, inexistindo afronta ao CDC. Sentença de improcedência mantida. Apelação desprovida. (apelação nº 0010299-40.2011.8.26.0361, relatada pelo Desembargador J. Paulo Camargo Magano, julgada em 30.7.2014)*

*Seguro. Acidente de veículo. Indenização recusada em razão do agravamento do risco decorrente da embriaguez do motorista. Embriaguez comprovada por etilômetro passivo e procedimento administrativo instaurado no DETRAN motivado pela recusa de submissão ao teste do bafômetro. Recusa injustificada à realização dos testes de embriaguez que fazem presumir a ingestão de álcool. Recusa à indenização justificada. Ação improcedente. Recurso desprovido. (apelação nº 0010487-86.2012.8.26.0526, relatada pelo Desembargador Pedro Baccarat e julgada em 7.8.2014)*

Do voto do relator deste acórdão, destaca-se:

*Acréscio que a apólice de seguro impunha ao Autor a submissão aos testes de embriaguez, no caso de suspeita de ingestão de álcool. Nada há de abusivo nesta disposição contratual que condicionava o recebimento de indenização, vale dizer, direito disponível, a submissão a teste de embriaguez em caso de suspeita desta causa de agravamento de risco.*

c) Suicídio:

O suicídio do estipulante de seguro de vida é hipótese que sempre causou indagação acerca das consequências em relação ao contrato de seguro – não parece razoável que o segurador seja obrigado a indenizar os beneficiários em razão de um evento deliberadamente produzido pelo próprio segurado.

Por outro lado, o suicídio é um ato de inconsciência e de desequilíbrio mental, de forma que se pode entendê-lo como ato involuntário. Sob esse prisma, não é correto

afirmar que o estipulante conscientemente produziu o evento morte ou intencionalmente agravou o risco objeto do contrato.

Fundamentando-se em disposição do Código Civil de 1916<sup>17</sup>, a doutrina passou a adotar uma diferenciação entre o que se convencionou chamar de “suicídio voluntário” ou “premeditado” – praticado por quem tenha a consciente e racional intenção de se matar – e de “suicídio involuntário” ou “não premeditado” – praticado por quem não se acha no gozo de seu juízo perfeito.

Baseando-se nessa diferenciação, a jurisprudência dos Tribunais Superiores adotou o entendimento de que o “suicídio involuntário” praticado no período de carência contratual não eximiria o segurador do pagamento da indenização. Esse entendimento foi sedimentado pelas súmulas 105, do Supremo Tribunal Federal<sup>18</sup>, e 61, do Superior Tribunal de Justiça<sup>19</sup>.

Por si só, a diferenciação entre “suicídio voluntário” e “involuntário” parece confusa, de difícil conceituação e mais difícil subsunção a casos concretos, dada a complexidade da psique humana. Não bastasse a complexidade conceitual, ao segurador era imposto o ônus de comprovar em juízo a “voluntariedade” ou “premeditação” do suicídio, o que tornava virtualmente impossível ao segurador negar o pagamento da indenização em casos de suicídio.

Ora, não se questiona que o suicídio pode ser considerado uma morte involuntária, uma fatalidade, uma consequência de doenças de natureza psiquiátrica, como a depressão, de modo que o afastamento peremptório da indenização nesta hipótese não se mostra razoável (o que é inclusive disposição legal, por força do parágrafo único do artigo 798 do atual Código Civil). No entanto, não se pode admitir que os seguros de vida sejam utilizados por pessoas que tenham a intenção de se suicidar com a finalidade de criar artificialmente uma herança para seus entes queridos, em claro locupletamento do esforço da comunidade de segurados.

A diferenciação adotada pela doutrina no século passado, com fundamento no Código Civil de 1916 (em cujo texto legal aponta como “morte voluntária”, além do “suicídio premeditado”, aquela “recebida em duelo”), não se mostra eficiente para coibir abusos e estabelecer uma diferenciação clara de hipóteses – a sua adoção importa, na prática, na obrigação de pagamento das indenizações pelo segurador sempre que houver suicídio do estipulante.

O atual Código Civil trouxe inovadora disposição sobre o assunto, estabelecendo um critério objetivo (verdadeiro prazo de carência) para determinar quando o suicídio poderá ser erigido como causa excludente do pagamento da indenização. Segundo o artigo 798 do Código Civil, “o beneficiário não tem direito ao capital estipulado quando o segurado se suicida nos primeiros dois anos de vigência inicial do contrato, ou da sua recondução depois de suspenso”.

<sup>17</sup> “Art. 1.440. A vida e as faculdades humanas também se podem estimar como objeto segurável, e segurar, no valor ajustado, contra os riscos possíveis, como o de morte involuntária, inabilitação para trabalhar, ou outros semelhantes.

Parágrafo único. Considera-se morte voluntária a recebida em duelo, bem como o suicídio premeditado por pessoa em seu juízo”.

<sup>18</sup> “Salvo se tiver havido premeditação, o suicídio do segurado no período contratual de carência não exime o segurador do pagamento do seguro”.

<sup>19</sup> “O seguro de vida cobre o suicídio não premeditado”.

Apesar de criticada por parte da doutrina<sup>20</sup>, a adoção de critério objetivo para tratar da questão do suicídio mostra-se mais adequada que os critérios etéreos criados pela doutrina com base no Código revogado.

Primeiramente, porque independentemente da sofisticação da argumentação despendida, os critérios utilizados anteriormente redundavam, inexoravelmente, na impossibilidade de o segurador arguir a causa excludente da indenização, diante da dificuldade prática de se comprovar a “premeditação” do suicídio.

Outrossim, a adoção do critério objetivo traz maior equilíbrio econômico ao contrato de seguro, impedindo o pagamento de indenizações nas hipóteses em que o estipulante não chegou a efetuar o pagamento de uma quantidade mínima de parcelas relativas ao prêmio.

Coaduna-se, portanto, com os princípios da solidariedade e do mutualismo, pois impede que aqueles que não contribuíram ao fundo mutual com um mínimo de parcelas obtenham grandes vantagens em desfavor dos demais.

É condizente também a adoção do prazo de carência com o princípio da boa-fé. Isso porque, diante da impossibilidade de se perscrutar as motivações íntimas do segurado quando da contratação do seguro de vida, impõe um prazo forçado de reflexão mesmo àqueles que contratam o seguro com o objetivo preordenado do suicídio. Ou seja, a carência é um desestímulo ao contratante de má-fé.

Por outro lado, não há qualquer grave injustiça na negativa do pagamento da indenização aos beneficiários na hipótese de suicídio praticado dentro do prazo de carência. Primeiramente, porque se trata de disposição legal amplamente conhecida do contratante, de forma que inexistente qualquer quebra das justas expectativas das partes contratante e beneficiária.

Outrossim, o próprio artigo 798 do Código Civil determina ao segurador a devolução ao beneficiário do montante da reserva técnica já formada, não havendo, portanto, enriquecimento ilícito por parte do segurador.

No entanto, não é esse o entendimento sedimentado pelos Tribunais, especialmente pelo Superior Tribunal de Justiça. Mesmo diante da modificação do texto legal e da retirada do termo “suicídio premeditado” (e também da morte “recebida em duelo”) para caracterizar a “morte voluntária”, os Tribunais continuaram a aplicar o antigo entendimento de que apenas o “suicídio premeditado” é causa eficiente para a exclusão do dever de indenizar, e de que a premeditação deve ser comprovada pelo segurador.

A seguinte ementa demonstra este entendimento:

*AGRAVO REGIMENTAL EM AGRAVO DE INSTRUMENTO. AÇÃO DE COBRANÇA. SEGURO DE VIDA. SUICÍDIO COMETIDO DENTRO DO PRAZO DE 2 (DOIS) ANOS DE INÍCIO DE VIGÊNCIA DA APÓLICE DE SEGURO. NEGATIVA DE PAGAMENTO DO SEGURO. ART. 798 DO CC/2002. INTERPRETAÇÃO LÓGICO-SISTEMÁTICA. BOA-FÉ. PRINCÍPIO NORTEADOR DO DIPLOMA CIVIL. PRESUNÇÃO. NECESSIDADE DE PROVA DA PREMEDITAÇÃO PARA AFASTAR-SE A COBERTURA SECURITÁRIA. PRECEDENTE. ACÓRDÃO DO*

<sup>20</sup> Segundo Sérgio Cavalieri, “a norma é surpreendente e nada feliz, porque estabeleceu uma espécie de *suicídio com prazo de carência*, inovando em uma matéria que já estava muito bem equacionada pela doutrina e pela jurisprudência”. (*Programa de responsabilidade civil*. São Paulo: Atlas, 2012. Pág. 491)

**TRIBUNAL. ANÁLISE DE PROVAS. AFASTADA A PREMEDITAÇÃO. REVISÃO. SÚMULA 7/STJ. AGRAVO REGIMENTAL A QUE SE NEGA PROVIMENTO.**

1. *Nas razões do recurso especial, não foi evidenciada de que forma o acórdão recorrido teria vulnerado os arts. 130, 330, 331 e 332 do CPC. Incidência da Súmula 284/STF.*

2. *A interpretação do art. 798, do Código Civil de 2002, deve ser feita de modo a compatibilizar o seu ditame ao disposto nos arts. 113 e 422 do mesmo diploma legal, que evidenciam a boa-fé como um dos princípios norteadores da redação da nova codificação civil.*

3. *Nessa linha, o fato de o suicídio ter ocorrido no período inicial de dois anos de vigência do contrato de seguro, por si só, não autoriza a companhia seguradora a eximir-se do dever de indenizar, sendo necessária a comprovação inequívoca da premeditação por parte do segurado, ônus que cabe à Seguradora, conforme as Súmulas 105/STF e 61/STJ expressam em relação ao suicídio ocorrido durante o período de carência.*

4. *O artigo 798 do Código Civil de 2002, não alterou o entendimento de que a prova da premeditação do suicídio é necessária para afastar o direito à indenização securitária.” (REsp 1077342/MG, Rel. Ministro MASSAMI UYEDA, Terceira Turma, julgado em 22/06/2010, DJe 03/09/2010).*

5. *Não há falar-se em violação ao art. 333, I, do CPC, uma vez que, nos termos do precedente citado, compete à Companhia Seguradora a prova da ocorrência de premeditação no suicídio ocorrido nos primeiros dois anos de vigência do contrato, para se eximir do pagamento da cobertura securitária contratada.*

6. *Na hipótese, a Corte Estadual expressamente consignou que os elementos de convicção dos autos evidenciam que o suicídio não foi premeditado. Entender-se de forma diversa demandaria necessária incursão nos elementos fático-probatórios dos autos, com o consequente reexame de provas, conduta vedada em sede de recurso especial, ante o óbice previsto na Súmula 7/STJ, consoante afirmado na decisão ora agravada.*

7. *Agravo regimental a que se nega provimento. (agravo regimental no agravo de instrumento 1.244.022, relatado pelo Ministro Luis Felipe Salomão, julgado em 13.4.2011)*

Este entendimento ignora o novo texto legal, que extirpou do sistema jurídico um conceito de difícil aplicação prática como o de “suicídio premeditado” (num indicativo claro de que a diferenciação entre este o “suicídio não premeditado” não se mostra aceitável).

Ademais, o entendimento do Superior Tribunal de Justiça contraria os princípios da solidariedade, do mutualismo e da boa-fé, beneficiando unicamente os beneficiários do seguro de vida, criando para eles um patrimônio hereditário antes inexistente, em prejuízo da comunidade de segurados.

## Conclusão

Não se desconhecem os abusos que são por vezes (não raras) praticados pelas seguradoras quando da negativa do pagamento de indenizações, os quais devem corretamente ser corrigidos pelo Poder Judiciário.

Outrossim, sabe-se que modernamente os “seguros de perfil”, apesar de serem apresentados ao público consumidor como um produto sob medida que permite o pagamento de prêmios inferiores àqueles pagos pelos seguros comuns, acabam por limitar a garantia e criar uma séria de hipóteses de não indenização, quase todas fundamentadas em supostas inexatidões na declaração de risco ou no agravamento do risco.

Eventos absolutamente normais e corriqueiros no cotidiano dos consumidores, como a mudança de endereço residencial ou profissional, o compartilhamento e a troca de automóveis entre membros da mesma família, a prática de esportes ou atividades que representam maior risco de acidentes, não podem ser erigidos como causas aptas à exclusão da garantia, sob pena de a garantia representar verdadeiro tolhimento da liberdade que o consumidor busca experimentar por meio do seguro.

Ademais, os “seguros de perfil” legitimam uma política de exclusão dos consumidores não “perfilizados”, excluindo parcela relevante da população da comunidade de segurados e da solidariedade mutual – sabe-se que determinados segmentos sociais não conseguem sequer contratar seguros em razão de características pessoais, como por exemplo o local de residência (na cidade de São Paulo, moradores de alguns bairros de periferia não conseguem contratar seguro de automóvel).

A exclusão operada por meio da perfilização faz com que consumidores declarem dados falsos quando da contratação de seguros ou se vejam excluídos de um mercado que depende justamente da massificação e da maior abrangência para alcançar a sua finalidade econômica.

Não obstante essas considerações, que demonstram que nem sempre a falsidade das declarações ou a inobservância de cláusulas de agravamento de risco devem ser erigidas como causas excludentes da indenização, é fato notório que o consumidor brasileiro vem adotando uma conduta desleal perante diversos fornecedores, especialmente as seguradoras, e que por vezes essa deslealdade vem recebendo o beneplácito do Poder Judiciário, incentivando a repetição destas condutas e acarretando no desequilíbrio das relações contratuais.

As deficiências do mercado de seguros brasileiro não podem servir de justificativa para a má-fé dos segurados. Casos em que os segurados ajam notadamente de má-fé, ou em total desacordo com as regras contratuais e legais, como os acima analisados, devem ser tratados com rigor pelo Poder Judiciário, que não pode ser leniente com condutas antiéticas e em desacordo com o comportamento que se espera da sociedade.