

PROBLEMAS ATÉ DEPOIS DA MORTE

Publicada em 27/08/2017 | [Link para a matéria](#)

São muitos os problemas relacionados a seguro de vida que acabam se transformando em processos na Justiça.

Mesmo quando as pessoas encaram a realidade de forma prática e contratam um seguro de vida, a tranquilidade pode não estar assegurada.



iStock.com/thodonal

Nem sempre é confortável conversar sobre a morte, embora seja um evento certo. Mas mesmo quando as pessoas encaram a realidade de forma prática e contratam um seguro de vida, pensando em garantir que seus familiares não fiquem desamparados, a tranquilidade pode não estar assegurada. São muitos os problemas relacionados a seguro de vida que acabam se transformando em processos na Justiça.

Imagine a situação: após o falecimento da mãe, a filha, única beneficiária do seguro de vida, tem o benefício negado em razão do atraso de duas prestações do contrato de seguro.

Foi o que aconteceu no caso apreciado pela Terceira Turma do Superior Tribunal de Justiça (STJ) quando julgou o [AREsp 625.973](#). Embora a filha tivesse providenciado o pagamento das duas parcelas após o falecimento da mãe, a seguradora alegou que o atraso levou à extinção automática do contrato.

O Tribunal de Justiça do Ceará (TJCE) determinou o pagamento da indenização porque a seguradora não havia sido comunicada do atraso e nem dos efeitos contratuais da inadimplência. A decisão foi mantida no STJ. Segundo o relator, ministro Villas Bôas Cueva, o entendimento aplicado está em consonância com a jurisprudência do STJ.

“Com efeito, como consignado na decisão agravada, a Segunda Seção desta corte superior consagrou o entendimento de que o mero atraso no pagamento de prestação do prêmio do seguro não importa em desfazimento automático do contrato, pois exige-se, ao menos, a prévia constituição em mora do segurado pela seguradora, mediante notificação ou interpelação”, afirmou o relator.

DOENÇA PREEXISTENTE

No contrato de seguro de vida, também é preciso transparência nas informações prestadas. O seguro não será pago se o segurado, agindo de má-fé, silenciar a respeito de doença preexistente, ainda que a seguradora não exija exames médicos no momento da contratação.

Uma cobertura securitária foi negada em São Paulo porque o segurado já era portador da doença que o levou à morte. O caso chegou ao STJ, e a decisão, também da Terceira Turma, confirmou que a seguradora não tinha o dever de indenizar, mesmo sem ter exigido exames prévios para a admissão do contratante.

Para o STJ, “a seguradora só pode se eximir do dever de indenizar, alegando omissão de informações por parte do segurado, se dele não exigiu exames clínicos, caso fique comprovada sua má-fé”. No caso apreciado, como as instâncias ordinárias concluíram, com base nas provas dos autos, que o segurado efetivamente omitiu seu real estado de saúde, o beneficiário não teve direito à indenização.

RENOVAÇÃO

O tribunal também já teve a oportunidade de se manifestar em muitos casos que tratavam de aumento nas prestações do seguro. A Segunda Seção, apesar de reconhecer que a renovação da apólice muitas vezes é necessária para o equilíbrio da carteira, concluiu que essa alteração deve ser feita de maneira suave e gradual, sob risco de a seguradora violar o princípio da boa-fé.

O entendimento pode ser conferido no acórdão do [REsp 1.073.595](#). Um segurado alegou que, após mais de 30 anos de adesão a seguro de vida, foi surpreendido com a oferta de três alternativas de manutenção do contrato, todas excessivamente desvantajosas.

A relatora, ministra Nancy Andrighi, entendeu que “a pretensão da seguradora de modificar abruptamente as condições do seguro, não renovando o ajuste anterior, ofende os princípios da boa-fé objetiva, da cooperação, da confiança e da lealdade que devem orientar a interpretação dos contratos que regulam relações de consumo”.

No contrato de seguro de vida, também é preciso transparência nas informações prestadas. O seguro não será pago se o segurado, agindo de má-fé, silenciar a respeito de doença preexistente, ainda que a seguradora não exija exames médicos.

De acordo com a decisão, verificada a necessidade de correção da carteira de seguro em razão de novo cálculo atuarial, a seguradora deve estabelecer o aumento de forma suave e gradual, por meio de um cronograma extenso, do qual o segurado tem de ser comunicado previamente, para que possa se preparar para esses novos custos.

REVISÃO INVIÁVEL

O STJ também já consolidou o entendimento de que o conceito de acidente pessoal delimitado em cláusula de contrato de seguro de vida não pode ser examinado em recurso especial.

No julgamento do [AREsp 683.856](#), o segurado, que pleiteava indenização de seguro de vida alegando que a aposentadoria por invalidez foi decorrente de problemas psiquiátricos adquiridos com a atividade profissional, recorreu ao STJ após seu pedido ter sido negado em primeira e segunda instância. As decisões consideraram que o seguro de vida cobria apenas a hipótese de invalidez decorrente de acidente de trabalho, e não doença.

No STJ, o segurado alegou que o problema psiquiátrico era decorrente do excesso de ruído na área da usina em que trabalhava e que o fato deveria ser enquadrado no conceito de acidente de trabalho.

O relator, ministro Paulo de Tarso Sanseverino, entendeu que para decidir em sentido contrário ao afirmado pelo tribunal de origem seriam necessários a interpretação de cláusula contratual e o reexame de provas, situações vedadas pela [Súmula 5](#) e pela [Súmula 7](#) do STJ, respectivamente.

SUICÍDIO

Em 2015, no julgamento do [REsp 133.4005](#), o STJ reviu seu posicionamento a respeito do dever da seguradora de indenizar segurado que cometeu suicídio dentro do prazo de carência de dois anos da assinatura do contrato (artigo 798 do CC/02). Antes dessa decisão, o entendimento aplicado era de que a seguradora só não teria a obrigação de indenizar se comprovasse que o seguro foi contratado com premeditação pelo suicida.

O novo entendimento, firmado pela Segunda Seção, estabelece que o “artigo 798 adotou critério objetivo temporal para determinar a cobertura relativa ao suicídio do segurado, afastando o critério subjetivo da premeditação”.

No caso apreciado, a seguradora se recusou a pagar indenização equivalente a R\$ 303 mil referente a seguro de vida contratado um mês antes do cometimento do suicídio. De acordo com o colegiado, a intenção do novo código é evitar a difícil prova da premeditação, sanidade mental e capacidade de autodeterminação no momento do ato.

A conclusão foi de que “durante os dois primeiros anos de vigência da apólice,

há cobertura para outros tipos de óbito, mas não para o suicídio. Após esses dois anos, por outro lado, diante do suicídio, a seguradora terá de pagar o prêmio, mesmo diante da prova mais cabal de premeditação”.

ESTA NOTÍCIA REFERE-SE AO(S) PROCESSO(S):

- [AREsp 625973](#)
- [REsp 1073595](#)
- [AREsp 683856](#)
- [REsp 1334005](#)