

**FACULDADE DE ADMINISTRAÇÃO E NEGÓCIOS DE SERGIPE
CURSO DE BACHARELADO EM DIREITO**

CARLOS FREDERICO DE AMORIM COSTA JÚNIOR

**A FRAGILIDADE NORMATIVA NA RELAÇÃO CONTRATUAL DO SEGURO
DE PESSOAS CONSTANTE NO CÓDIGO CIVIL**

**ARACAJU
2017**

CARLOS FREDERICO DE AMORIM COSTA JUNIOR

**A FRAGILIDADE NORMATIVA NA RELAÇÃO CONTRATUAL DO SEGURO
DE PESSOAS CONSTANTE NO CÓDIGO CIVIL**

Projeto de Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como pré-requisito parcial de aprovação na disciplina TCC II do Curso de Bacharelado em Direito da Faculdade de Administração e Negócios de Sergipe - FANESE.

Orientadora:

Prof^ª. Ma. América Cardoso Barreto Lima Nejaim.

ARACAJU

2017

Ficha Catalográfica

C837f COSTA JÚNIOR, Carlos Frederico de Amorim.

A Fragilidade Normativa Na Relação Contratual Do Seguro De Pessoas Constante No Código Civil / Carlos Frederico de Amorim Costa Júnior. Aracaju, 2017. 54 f.

Monografia (Graduação) – Faculdade de Administração e Negócios de Sergipe. Coordenação de Direito.

Orientadora: Profa. Ma. América Cardoso B. Lima Nejaim

1. Seguro de Pessoas 2. Fragilidade Jurisprudencial 3. Código Civil I. TÍTULO.

CDU 342.7(813.7)

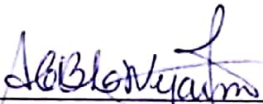
Elaborada pela Bibliotecária Lícia de Oliveira – CRB-5/1255

CARLOS FREDERICO DE AMORIM COSTA JÚNIOR
A FRAGILIDADE NORMATIVA NA RELAÇÃO CONTRATUAL DO SEGURO
DE PESSOAS CONSTANTE NO CÓDIGO CIVIL

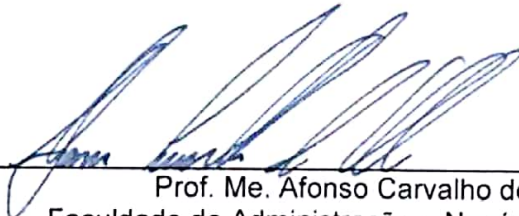
Monografia apresentada à Banca Examinadora da Faculdade de Administração e Negócios de Sergipe, como requisito parcial para a conclusão do curso de Bacharelado em Direito.

Aprovada em 04/12/17

BANCA EXAMINADORA



Prof. Ma. America Cardoso Barreto Lima Nejaim
Faculdade de Administração e Negócios de Sergipe



Prof. Me. Afonso Carvalho de Oliva
Faculdade de Administração e Negócios de Sergipe



Prof. Me. Lucas Cardinali Pacheco
Faculdade de Administração e Negócios de Sergipe

Trabalho dedicado à minha família, com um
sentimento de vitória especial para minha Mãe, e
ao Grande Arquiteto do Universo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por mais essa conquista em minha vida, tenho certeza que ele estava presente em todos os momentos, permitindo que eu pudesse realizar esse sonho maravilhoso para poder ser instrumento de justiça nesse País.

A minha esposa Ana, pela companhia e reconhecimento das noites exaustivas de estudo, mesmo tendo diversos compromissos diários que por muitas vezes não conseguia dedicar o tempo desejado para a faculdade, devido às atribuições da vida profissional.

Ao meu amado filho Gabriel, presente de Deus, pai da vida!!!

Aos meus irmãos: Fábio, Flávia e Cláudia por acreditarem em mim e sempre vibrarem por cada conquista que eu já consegui.

A meu amigo Elson por me ouvir todas as vezes que eu precisei desabafar. Ao meu amigo Dr. João Francisco por cuidar da minha saúde, permitindo que eu não desistisse de lutar e sempre generoso nas suas palavras de apoio.

Ao meu amigo, professor e padrinho Alessandro Buarque pelo convite na Ordem Maçônica Universal, identificando em mim um irmão que poderia somar para esta sublime instituição.

Aos queridos Professores que através das suas palavras, permitiram que eu pudesse enxergar um futuro brilhante na minha nova jornada, e contribuíram de forma significativa para os meus conhecimentos.

A minha querida orientadora Prof^a. America Nejaim, pelo direcionamento, paciência, confiança e correções, tornando o meu trabalho rico e com leitura prazerosa, fica a minha gratidão.

Por fim, a minha Mãe (MARIA DO CARMO), que sempre quis ter um filho “Doutor” e conseguiu atingir esse objetivo. Todos os dias de aula, ao longo desses anos, não teve um dia que não imaginasse como seria valorosa para você essa conquista.

É para você mãe que dedico essa monografia, como prova do meu amor e agradecimento por tudo que fez por mim. Essa vitória é sua!!!! TE AMO!!!!

Se querer é poder, querer é vencer.

Rui Barbosa

RESUMO

O objeto desse estudo consiste na aparente fragilidade das cláusulas do contrato de seguros de pessoas, bem como na sua aplicação que apesar de constar o seu detalhamento no Código Civil para dirimir os respectivos assuntos, apoia-se no Código de Defesa do Consumidor que muitas vezes desconhece os normativos previstos em lei, fazendo valer a justiça social como se fosse a melhor solução para o caso em epígrafe. Destaca-se que nos contratos, especialmente na matéria seguro de pessoas, onde existem cláusulas de exclusão no referido contrato, todas elas abarcadas pelo atual legislação. Existe um tema de suma importância e ampla discussão sobre as coberturas securitárias apresentadas pelas seguradoras, trata-se da fragilidade normativa da relação contratual que, apesar de constar de forma clara em artigos do código civil, em especial 14 artigos dedicados no capítulo “seguro das pessoas”, bem como em todos os contratos de seguros, abre-se uma temática que merece interpretação dedicada exatamente ao objetivo contratual, de modo que qualquer decisão equivocada poderá gerar desequilíbrio, afetando o princípio do mutualismo. As coberturas de risco que serão apresentadas detalham as devidas garantias securitárias, por conseguinte, destacam-se as principais coberturas pactuadas nos seguros de pessoas, pois através destas, serão compreendidas o seguro de vida e acidente pessoal, uma vez que cada produto em especial define sobre suas garantias facultando ao proponente a decisão no momento da contratação. Nesse entendimento, são ofertados diversos tipos de seguros das mais variadas coberturas nas quais o segurado determina no contrato de adesão o valor do capital segurado e as coberturas que as seguradoras ficarão responsáveis na ocorrência do sinistro, porém o preço do desconhecimento pode reservar surpresas indesejáveis, ainda que o proponente esteja de boa fé, uma vez que na maioria dos casos, as cláusulas contidas nas condições gerais do produto, excluem algumas coberturas que apenas são conhecidas no momento da análise do sinistro, através da negativa do pleito.

Palavras-chave: Seguro de pessoas. Fragilidade jurisprudencial. Código Civil.

ABSTRACT

The object of this study consists of the apparent fragility of the clauses of the contract of insurance of persons, as well as in its application that although it is detailed in the Civil Code to settle the respective subjects, is based on the Code of Consumer Protection that many times is not aware of the norms provided by law, making social justice as if it were the best solution for the case in question. It should be noted that in contracts, especially in the insurance of persons, where there are exclusion clauses in said contract, all of them covered by current legislation. There is a topic of great importance and wide discussion on insurance coverage presented by insurers, it is the normative fragility of the contractual relationship that despite being clearly stated in articles of the Civil Code, especially 14 articles dedicated in the chapter "insurance of people ", As well as in all insurance contracts, opens a thematic that deserves interpretation dedicated exactly to the contractual objective, so that any mistaken decision can generate imbalance, affecting the principle of mutualism. The risk hedges that will be presented detail the due security guarantees, therefore, the main hedges agreed in the insurance of people are highlighted, as these will include life insurance and personal accident, since each product in particular defines on their guarantees by providing the tenderer with the decision at the time of hiring. In this understanding, various types of insurance are offered of the most varied coverage in which the insured determines in the contract of adhesion the value of the insured capital and the coverages that the insurers will be responsible in the occurrence of the claim, but the price of ignorance may reserve undesirable surprises, even if the bidder is in good faith, since in most cases, the clauses contained in the general conditions of the product, exclude certain coverages that are only known at the time of the analysis of the claim, by denying the claim.

Keywords: People insurance. Judicial fragility. Civil code.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 CONTEXTO HISTÓRICO DO SEGURO.....	13
2.1 Histórico do Seguro no Brasil	13
2.2 O Seguro de Pessoas no Código Civil Brasileiro	15
3 O CONTRATO DE SEGURO.....	20
3.1 O Seguro de Vida Individual e Coletivo	25
3.2 Seguro de Acidente Pessoal Individual e Coletivo	28
4 O PREÇO DO DESCONHECIMENTO DO SEGURO.....	31
4.1 Boa Fé e a Má Fé do Contrato	33
4.2 A Vulnerabilidade do Segurado	39
5 SINISTRO NO SEGURO DE PESSOAS	4342
5.1 Regulação no Processo de Sinistro	44
5.2 Sinistro no Seguro de Vida e Acidentes Pessoais	46 45
6 CONCLUSÃO	5251
REFERÊNCIAS.....	5553

1 INTRODUÇÃO

O seguro de pessoas deve ser entendido como proteção, para as adversidades que podem acontecer durante o curso da vida e garantia na ocorrência da morte do proponente, proporcionando uma indenização para os seus beneficiários.

Além de o assunto ser de extrema importância e delicado no sentido da palavra, surge à necessidade de aprofundamento acerca de tal objeto, qual seja a análise da forma pela qual o contrato de seguro de pessoas é ofertado no mercado de seguros.

Essa pesquisa tem a finalidade de demonstrar a fragilidade normativa do contrato de seguro e, por consequência, a interpretação do Poder Judiciário sobre as cláusulas vigentes, principalmente sobre os contratos de seguros de pessoas, ou seja, vida e acidentes pessoais, já que ultimamente as decisões têm sido confusas e desconexas, uma vez que o princípio do seguro está diretamente ligado ao mutualismo.

Os segurados participam da formação de um capital pecuniário e as seguradoras administram esse fundo, porém todas as vezes que um sinistro é liquidado e pago de forma incorreta, simplesmente porque houve interpretação do magistrado, identificando apenas o proponente como parte hipossuficiente e deixando de observar as normas previstas atualmente, é ocasionado um impacto negativo sobre objetivo primordial do seguro que é restabelecer o equilíbrio econômico da relação contratual.

Nessa pesquisa, verifica-se que as posições jurisprudenciais tratam o assunto de forma superficial, desencadeando uma fragilidade na interpretação, deixando de lado a proporção de desequilíbrio para o setor securitário, caso uma decisão esteja equivocada.

A Superintendência de Seguros Privados (SUSEP), como agente regulador e fiscalizador da atividade, disponibiliza o regramento para a comercialização dos produtos confeccionados pelas seguradoras, porém os litígios sempre serão decididos pelos magistrados, que na ausência de um código específico e, na maioria das vezes, irá decidir prevalecendo o lado social, deixando de observar as atuais normas vigentes.

Dessa forma, definiu-se o seguro de pessoas como recorte para a pesquisa dentre os diversos tipos de seguros comercializados no Brasil, para entender como estão devidamente regulamentados, e como suas decisões influenciam na credibilidade do produto.

Partindo-se do princípio que em algum momento das nossas vidas, o seguro de vida e acidente pessoal será um dispositivo de suma importância, na proteção de todas as pessoas, uma questão importante se apresenta: A inserção de artigos complementares, direcionados para o capítulo Seguro de Pessoas no Código Civil poderia facilitar o Poder Judiciário nas suas decisões?

Com o objetivo de propor a inserção de artigos no código civil para proporcionar mais transparência nos conceitos sobre carências, preexistência, direitos e obrigações para garantias das coberturas nos contratos de seguro de pessoas, tal inserção servirá como ferramenta primordial, diante da fragilidade normativa na relação contratual em caso de morte, doenças e acidentes pessoais.

E para elucidar essa indagação, surgem outras questões norteadoras: De que forma as decisões dos magistrados podem influenciar no mutualismo do seguro? Qual o posicionamento da doutrina em relação aos contratos de seguro de pessoas?

Em virtude do avanço e conseqüentemente da necessidade de proteção da sociedade, surgem debates frequentes sobre quais coberturas estariam prejudicadas, inclusive no que concerne à sua fragilidade normativa, sendo destacada pela polêmica como também pelo grau de dificuldade em comprovar como de fato ocorreu determinado sinistro, já que o juiz por um lado tem o código civil como princípio de direção, mas também a relevância social que emerge para equilibrar a falta daquele que por algum motivo inicialmente indeterminado, deixou de prestar alguma informação sobre seu estado de saúde.

Nesse sentido, a inserção de um artigo específico sobre fatos passados da vida do segurado, bem como a transparência por parte das companhias seguradoras no momento da oferta e comercialização, servirá como dispositivo fundamental no tocante às decisões referentes a causas naturais e acidentais, auxiliando diretamente aos magistrados, evitando possíveis equívocos que podem ser ocasionados.

Como em algum momento será necessária a proteção securitária para minimizar possíveis perdas ocasionadas pela ocorrência do evento sinistro, nesse diapasão, o instituto do seguro desde a sua criação tem propiciado ao consumidor,

diversas possibilidades de contratação tendo, inclusive, uma participação efetiva no desenvolvimento das relações sociais.

Nesse contexto, a pesquisa se propõe a apresentar uma proposta de grande relevância devido ao grande número de pessoas que estão buscando a proteção securitária, tratando-se de um tema que abarca a atualidade devido ao aumento de famílias que ficam sem a sua principal ou até mesmo única fonte de renda para subsistência.

Nesse sentido, artigos minuciosos sobre cada cobertura no código civil terão grande relevância, evitando qualquer desvio de interpretação que atualmente geram morosidade e, por consequência, falta de credibilidade, fazendo com que o seguro de pessoas no Brasil não tenha o mérito necessário, deixando de ser uma ferramenta de proteção para a sociedade.

No tocante ao objetivo, a pesquisa terá caráter explicativo e descritivo, com vistas a levantar as características do tema de forma detalhada ao leitor, quando da conclusão dos trabalhos, não esquecendo o suporte bibliográfico que, não podendo ser diferente, dá o alicerce representado pela reposição da internet, livros, jurisprudência e pela doutrina pátria.

2 CONTEXTO HISTÓRICO DO SEGURO

Esse capítulo será dividido em 02 (duas) seções, com uma breve mensagem sobre o seu histórico e em seguida, na segunda seção será abordado como o seguro de pessoas está relacionado com o código civil brasileiro.

2.1 Histórico do Seguro no Brasil

A comercialização de seguros no Brasil teve início em 1808, naquela época o objetivo era comercializar apenas o seguro marítimo, já que a grande preocupação era garantir o êxito das embarcações nas suas viagens. Posteriormente surgiu o seguro terrestre e, conseqüentemente, o seguro de vida.

Conforme preleciona Matos e Molina:

Naquela ocasião, o Príncipe Regente, em atenção aos pedidos formulados por uma representação de comerciantes baianos, deu autorização a Governador e Capitão General da Capitania (Bahia), para promover a fundação da “Companhia de Seguros Boa fé”, a qual foi a primeira sociedade de seguros a funcionar, com base no Decreto de 24 de fevereiro de 1808, que previa apenas as operações em seguros marítimos. (MATOS;MOLINA, 2006, p.24,25)

Seguro é a certeza de que se algo sair do controle esperado na vida de qualquer pessoa, a proteção estará garantida ou pelo menos minimizada, uma vez que a sua finalidade abrange a prudência, ou seja, antes do evento gerador que é a data da ocorrência do fato conhecido como sinistro, poderão substituir, repor ou garantir uma indenização, conforme o contrato de seguro.

Sendo assim, o seguro surgiu para garantir a mais perfeita ordem, dentro de determinada atividade, objetivando a continuidade do curso normal da vida daqueles que por algum momento foi interrompida, por conta de algo inesperado.

Conforme instrui SOUZA, o seguro é garantido após a transferência de risco entre segurado e seguradora.

Baseando-se na definição da Fenaseg, seguros são uma operação que toma forma jurídica de um contrato, em uma das partes se obriga para com outra, mediante o recebimento de uma importância estipulada, a compensá-la por um prejuízo, resultante de um evento futuro, possível e incerto, indicado no contrato. (SOUZA, 2014, p.23).

Com a criação da Superintendência Geral de Seguros (SUSEP), que tem a função de fiscalizar e regular o mercado de seguros, sendo esta subordinada ao Ministério da Fazenda, o segmento foi fortalecendo as suas relações comerciais, sendo inclusive sancionado pela Lei nº 3.071 no Código Civil de 1916. Ostentando os direitos e obrigações das partes.

Desta forma, o seguro passou a contar com dispositivos legais, permitindo que a sua comercialização tivesse um regramento diferenciado, garantido a segurança jurídica para o mercado securitário.

O Código Civil Brasileiro destaca no seu artigo 757 (Lei nº 10.406, 10 de janeiro de 2002) com a seguinte definição: “Pelo contrato de seguro, o segurador se obriga, mediante o pagamento do prêmio, a garantir interesse legítimo do segurado, relativo a pessoa ou coisa, contra riscos predeterminados”.

O desenvolvimento do setor, fez com que diversas Seguradoras surgissem, explorando a atividade securitária, inclusive com companhias exclusivamente dedicadas ao segmento seguro de pessoas.

Existem aproximadamente 150 Seguradoras que dispõem as suas vendas por diversos canais de distribuição: corretor de seguros, bancos, internet, dentre outros.

Nas palavras de SOUZA, a atividade securitária teve o seu aquecimento comercial, principalmente nas questões culturais:

Com a abertura de mercado, não foi só o volume de investimentos que mudou no mercado de seguros brasileiro com a chegada maciça de empresas multinacionais. As empresas nacionais foram obrigadas a rever suas culturas e estratégias, desenvolver novas formas de comercialização, investir em tecnologia, qualificar e disputar mão de obra e inovar, oferecendo novos e melhores produtos. (SOUZA, 2014, p.9).

Ao mesmo tempo em que a importância do seguro de pessoas é difundida no Brasil, destacando a transferência de riscos, no sentido de quebrar barreiras culturais, percebe-se que ao longo dos anos, muitas pessoas beneficiadas por uma apólice de seguro conseguem, por algum momento, dar continuidade, ainda que de forma mínima, já que a possibilidade de contratação e a reposição do seguro de pessoas é o pagamento da indenização.

MARENSI (2008, p.46) contextualiza, que "ninguém duvida mais hoje, de que o seguro é de suma importância para garantir os riscos provenientes do infortúnio".

Com a possibilidade da transferência de risco e os diversos acontecimentos impossíveis de previsão, o seguro tornou-se o meio mais viável de garantia de proteção na vida de qualquer pessoa.

Da mesma forma, CAVALIERI FILHO (2011, p.233) sustenta "a indispensabilidade desta modalidade contratual, referindo serem a segurança e a proteção necessidades básicas do ser humano, sintetizando o seguro como uma espécie de rede jurídico-econômica que nos protege dos riscos a que estamos expostos".

Se no passado o seguro servia para assistir aquele, que era acidentado na guerra, e também uma prestação de assistência para os familiares em caso de morte, com um fundo de atendimento emergencial, percebe-se que o seguro de pessoas deve ir além da quebra de paradigma cultural, já que através da transferência de risco, é possível não só garantir a tranquilidade pessoal, como também à paz social.

Por essa razão as relações contratuais devem ser pautadas com base na legislação, observando com rigor os direitos e obrigação das partes envolvidas.

2.2 O Seguro de Pessoas no Código Civil Brasileiro

O Código Civil dedica 45 artigos sobre seguro, sendo que 14 artigos retratam exclusivamente sobre seguro de pessoas, demonstrando que apesar de explícitos os direitos e obrigações do segurado e da seguradora ainda carecem de transparência, no tocante à especificidade das garantias, carência, prestação de informações e pré-existência, principalmente no momento do recebimento da indenização.

Destaca-se que o código civil normatiza sobre a indenização devida em relação às dívidas do segurado, pois ainda que o segurado possua qualquer dívida contraída, a indenização jamais será objeto de dedução, ou seja, o valor não será constituído para fins de inventário.

Dessa forma, o seguro de pessoas surge com a finalidade de proteção, uma vez que não está sendo observado o patrimônio para fins de somatório de partilha e

sim para atender o próprio segurado em caso de invalidez, como também os seus beneficiários na ocorrência da sua morte.

Excelente alternativa para que qualquer pessoa indistintamente possa através do contrato de seguro, transferir os riscos inerentes a sua atividade, proteger a sua renda e até mesmo programar o futuro da sua família, sem ter que vincular o capital segurado ao inventário.

O artigo 766 do código civil (Lei nº 10.406, 10 de janeiro de 2002) diz:

Se o segurado, por si só ou 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.

Parágrafo único: “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.

No tocante às informações contidas no código, o segurado só terá condições de relatar as circunstâncias apresentadas na proposta de adesão, uma vez que a aceitação da proposta é avaliada sobre o preenchimento do questionário, conhecido como declaração pessoal de saúde, ou proposta inicial de contratação.

Acontece que nos seguros, principalmente comercializados juntamente com outro produto, sejam eles: financiamentos e empréstimos, o segurado assina a proposta preenchendo os requisitos necessários, estando com a mais estrita boa fé, mas por muitas vezes, surpreendido por cláusulas de exclusão, ou seja, negativa do pedido de indenização, frustrando a perspectiva do seu recebimento e, consequentemente, o descrédito da instituição de seguro no Brasil.

Alguns seguros prometem quitação de contratos e dívidas em caso de desemprego, invalidez e até mesmo morte. Todavia, o proponente que não exerce atividade profissional, jamais terá direito a essa garantia, porém no momento da venda o segurado não é informado dessas prerrogativas, afinal só fica desempregado quem possui um emprego.

São essas minúcias contidas nos contratos de seguros que fragilizam a relação e acabam por se resolver nas vias judiciais, porém muitas vezes de forma

injusta devido a fragilidade das normas, ocorrendo decisões desproporcionais tanto para o segurado como para a companhia seguradora.

Na comercialização do produto deve constar itens importantíssimos para validar a respectiva relação, pois o proponente deve manifestar seu interesse com o preenchimento da proposta inicial e, por conseguinte, a seguradora emitirá documento para atestar a validade.

Conforme nos ensina KELLY: “Na formalização da contratação de um plano de Seguros de Pessoas com cobertura de risco são utilizados os seguintes instrumentos contratuais [...]” (KELLY, 2015, p.29)

Esses instrumentos propiciam o ponto de partida para a validação do negócio jurídico, que inclusive servirão como elemento de prova para a comprovação do vínculo entre as partes, ocorrendo uma fragilização no conteúdo das propostas de seguro de vida e acidentes pessoais, onde em alguns casos são dispensados o preenchimento da declaração de saúde, documento em que constam perguntas sobre a vida do proponente, possibilitando a seguradora avaliar o risco e precificando o prêmio.

Nota-se que nas propostas de seguros de acidentes pessoais, as companhias facultam a assinatura da proposta e dispensam o questionário de avaliação, como ocorre nos seguros chamados de bilhetes.

A Superintendência de Seguros Privados (SUSEP, 2016) define que:

[...] os seguros de pessoas podem ser contratados de forma individual ou coletiva. Nos seguros coletivos, os segurados aderem a uma apólice contratada por um estipulante, que tem poderes de representação dos segurados perante à seguradora, nos termos da regulamentação vigente.

Todavia, os aderentes, por conseguinte, desconhecem da contratação do seguro, porém, estão tecnicamente segurados e no momento da invalidez, acidente, doença ou morte, serão verificados pela seguradora a existência ou não de preexistência, ou seja, alguma causa anterior a inclusão na apólice já que o proponente não foi submetido a nenhum tipo de questionário, aceitando ou recusando a sua adesão ao grupo segurado.

O período de carência é o período pelo qual a companhia não será responsável pela cobertura na eventual ocorrência do sinistro, pois o proponente

deve estar atento que mesmo que o seu contrato esteja com as contribuições em dia, a carência precisa ser respeitada e, conseqüentemente, destacada na apólice.

Eis que, o prazo de carência precisa ser informado ao proponente no momento da contratação, evitando a frustração da perspectiva da proteção.

Nesse sentido educa KELLY:

Entende-se como prazo de carência o período, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado ou da recondução, no caso de suspensão, aquele em que, na ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados. (KELLY, 2015, p.46).

O artigo 797 (Lei nº 10.406, 10 de janeiro de 2002) diz: “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”.

Apesar de o artigo mencionar a possibilidade da imposição de carência, esta informação poderia ser específica já que os dispositivos da Superintendência de Seguros Privados citam: “O prazo de carência, exceto no caso de suicídio ou de sua tentativa, não poderá exceder metade do prazo de vigência previsto pela apólice, no caso de contratação individual, ou pelo certificado, no caso de contratação coletiva”. (SUSEP, 2016)

Sendo essa a possibilidade, cada seguradora adota a sua carência para determinado tipo de cobertura, todavia, os segurados não são devidamente informados, de modo que é gerado um desconforto em saber que embora a apólice esteja vigente, a percepção da cobertura não será garantida em virtude da carência que apesar de declarada nas condições gerais, muitas vezes não são alcançadas ao conhecimento daquele que imaginava que teria direito ao recebimento da indenização.

Embora o seguro esteja devidamente coberto e sem débitos, a seguradora estará resguardada, não tendo responsabilidade pela ocorrência de qualquer sinistro que ainda esteja dentro da referida carência, porém compete à seguradora provar que o proponente agiu de má-fé, ingressando na apólice com pré-existência ou desvio de finalidade.

Contudo, compete às seguradoras ofertarem na proposta de contratação as possibilidades possíveis respeitando o período máximo estabelecido no Código Civil,

como também podendo substituir a carência por um período máximo de 02 (dois) anos.

Observando que o seguro tem sua história voltada para a proteção, o código civil destinou um capítulo voltado para o seguro e por consequência subdividiu, dedicando uma seção para o seguro de pessoa.

3 O CONTRATO DE SEGURO

O documento que valida o negócio jurídico na relação securitária, através do qual devem constar todas as informações pactuadas desde o momento da manifestação inicial, até a sua respectiva emissão é o contrato de seguro. Diante disso, faz-se necessário entender qual a finalidade do contrato.

Nessa relação e nesse contexto, têm-se as seguintes indagações a serem definidas sobre a sua importância, nas palavras de SOUZA:

Mas o que é um contrato? O direito romano define contrato como o mútuo consenso de duas ou mais pessoas sobre o mesmo objeto. O objetivo de um contrato é criar, modificar, transferir, conservar ou extinguir direitos e obrigações. (SOUZA, 2014, p. 28)

USTÁRROZ (2015, ATLAS), em seu livro “Contratos em espécie”, ressalta que “o contrato de seguro surgiu como um instrumento de grande utilidade para prevenir as indefinições do destino, visto que as pessoas estão em constante relacionamento e sofrendo influência direta da vontade e da sorte”.

A primeira fragilidade prevista no código civil é percebida no artigo 757, quando menciona a expressão prêmio, para informar sobre a condição que atribui à seguradora a garantir o risco.

Prêmio não é o que o segurado recebe e sim o que ele paga pela garantia do risco ofertada pela seguradora. Essa interpretação gera um início de vulnerabilidade do contrato de seguro.

Nos ensinamentos de SOUZA:

Ao contrário do que pode parecer, prêmio não representa a importância que o segurado recebe, e sim a que ele tem de pagar à companhia. Assim o prêmio nada mais é que o custo do seguro especificado no contrato, ou seja, a soma em dinheiro paga pelo segurado para que a seguradora assuma a responsabilidade por um determinado risco, além das despesas administrativas e de produção, impostos e remuneração do capital dos acionistas. (SOUZA, 2014, p. 25).

Dessa forma, os riscos transferidos para a seguradora possuem um valor pecuniário para que a companhia seguradora possa garantir interesse legítimo, validando a relação securitária de acordo com o contrato.

O código civil destaca a importância da declaração completa do segurado, sem omissão de informações, todavia o proponente ainda que esteja acometido de alguma patologia no momento da contratação, não tem como saber se a sua informação irá gerar alguma relevância para a referida análise, uma vez que quando está sendo submetido ao preenchimento do questionário de declaração de saúde emitida pela seguradora, apenas responde de forma completa aos quesitos mencionados.

O contrato, estando sujeito à aceitação conforme análise da companhia, que pode recusar o risco, agravar o seguro aumentando o valor do prêmio em virtude do perfil apresentado, ou aceitar o risco normalmente.

Destaca SOUZA:

Segundo o Código Civil, o segurado e o segurador são obrigados a guardar no contrato a mais estrita boa fé e veracidade a respeito do objeto, circunstâncias e declarações a eles concernentes. Se o segurado não fizer declarações verdadeiras e completas, omitindo circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa de prêmio, perderá o direito ao valor do seguro, além de ser obrigado a pagar o prêmio vencido. (SOUZA, 2014, p. 28).

Em contrapartida, destaca CUNHA:

Percebe-se nitidamente que o contrato de seguro celebrado individualmente é eminentemente aleatório, pois o segurador não tem condições de saber se o evento futuro irá ou não ocorrer. E, mesmo analisando o conjunto de contratos, ou melhor, a massa segurada que compõe a carteira de determinada seguradora, ainda assim não há como afastar a natureza aleatória desse contrato, eis que os cálculos atuariais mencionados pelos doutrinadores como meio de afastar a alea para a seguradora, na verdade, trabalham com probabilidade e não com certeza, além do fato de que utilizam dados do passado com o fim de prever acontecimentos futuros, sendo certo que diversos eventos ocorridos exatamente no futuro são capazes de modificar os resultados de determinada carteira de segurados, como por exemplo, o aumento da violência ou a condição das estradas, ou mesmo mudanças climáticas, o que serve para corroborar o entendimento prevalente de que o contrato de seguro é um contrato aleatório. (CUNHA, 2009, p. 14).

Apesar de o segurado ser a parte vulnerável da relação, o mesmo está incumbido de prestar todas as informações no contrato, sendo diretamente responsável, caso haja resultado diferente do acostado.

Vale ressaltar que o segurado pode ser pessoa física ou jurídica para poder contrair um contrato de seguro, transferindo os riscos para a companhia seguradora, manifestados através da proposta de contratação.

No mundo de incertezas, a prudência deve prevalecer principalmente na garantia da continuidade do patrimônio, do curso normal da vida da pessoa, ou até mesmo dos seus beneficiários. Por isso, o contrato deve ser perfeito desde o primeiro momento da contratação, imputando aos interessados a revisão sempre que mudar o cenário de expectativas, como também na renovação da vigência.

As vigências de um contrato normalmente são de 12 (doze) meses - (anual), porém a legislação do seguro permite que o contrato tenha vigência com períodos inferiores, ou seja, de prazos menores de acordo com a necessidade do contratante (prazo curto), como também prazos maiores, sendo 5 (cinco) anos o prazo máximo de uma vigência (plurianual), sendo revisadas anualmente as respectivas taxas, sinistralidade, condições especiais e particulares.

Todavia, no seguro de pessoa, os seguros são contratados por tempo indeterminado, o que muda o contexto é a vigência, que deve possuir início e término, conforme determina a Superintendência de Seguros Privados.

As propostas ofertadas pelas Companhias de Seguro possuem diferenças nos valores e nas respectivas coberturas securitárias, uma vez que através da boa fé e da adesão pelo proponente segurado, o contrato se efetiva observando sempre a previsão de uma ocorrência futura, não existindo contratos e nem condições gerais que possam garantir riscos que já tenham acontecido, pois o esperado é a garantia da proteção.

Dessa forma, exhibe MENDONÇA:

Como não há a obrigatoriedade da padronização dos clausulados e das coberturas dos diferentes produtos comercializados pelas Seguradoras, existem diferentes tipos de apólice garantindo o mesmo tipo de risco. Assim, a primeira coisa que um segurado deve fazer, antes de contratar um seguro, é verificar em que apólices suas necessidades de cobertura se encaixam melhor. (MENDONÇA, 2010, p.33)

Desde que os produtos ofertados estejam devidamente aprovados pela Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, que é a autarquia responsável por regular e fiscalizar o mercado de seguros, as companhias seguradoras

confeccionam os seus produtos de forma livre, ou seja, atendendo às normas previstas no Código Civil.

Como as seguradoras são extremamente competitivas, devido a grande concorrência do mercado, e, por consequência, a grande exigência do consumidor que possui diferentes tipos de necessidade, daí a importância de ofertar o produto de forma clara e objetiva, evitando reclamações desnecessárias no sentido da informação obscura.

A SUSEP esclarece que no seu sítio eletrônico (www.susep.gov.br) que “os seguros têm por objetivo garantir o pagamento de uma indenização ao segurado e aos seus beneficiários, observadas as condições contratuais e as garantias contratadas”. (SUSEP, 2016)

Existem diversos tipos de seguros, dentro do ramo vida e acidente pessoal, pelo qual são comercializados com alguns nomes visando propagar de forma competitiva a ideia de proteção, como exemplo: seguro educacional, seguro viagem, seguro prestamista, seguro de diária por internação hospitalar, seguro desemprego (perda de renda), seguro de diária de incapacidade temporária, entre outros.

Sendo assim, um seguro com preço reduzido significa por consequência, uma apólice com coberturas e capitais segurados reduzidos, tendo a cobertura grande relevância na precificação do seguro.

Por essa razão, o seguro visa atender a necessidade futura, devendo constar no contrato o seu preço, garantias, valor da indenização, carência, pré-existência, cláusulas de exclusão e qualquer outra informação que seja relevante e possa influenciar desde o pagamento do prêmio até o recebimento da indenização.

Conforme, exemplifica MENDONÇA:

É comum se descobrir, depois da leitura das condições de um seguro, que ele custa menos que outro semelhante porque tem a previsão de uma participação do segurado na indenização. Ou seja, ele não custa menos porque a seguradora é bem gerenciada ou boazinha, mas porque em cada sinistro o segurado será sócio da seguradora, respondendo por determinado percentual de indenização. Ou seja, o segurado está pagando menos porque no momento da indenização ele também vai receber menos. (MENDONÇA, 2010, p.34)

O mesmo autor, instrui ainda, que:

Assim, aceitar um risco não quer dizer assumir a responsabilidade pela indenização de todo e qualquer prejuízo. Sendo uma relação estritamente contratual e o contrato tendo sido feito de acordo com a lei, vale apenas o que estiver escrito nele, da forma como estiver escrito nele. É por isso que a melhor forma de se contratar seguro no Brasil é através de um corretor de seguros. Ele é o especialista capacitado a explicar ao segurado o que ele está contratando e como. Ou seja, cabe ao corretor assessorar seu cliente para que ele não compre gato por lebre. (MENDONÇA, 2010, p.37)

Nesse sentido, a figura do profissional corretor de seguros, torna-se fundamental para auxiliar ao proponente quais coberturas e capitais deverão atender a sua necessidade, através de um trabalho de consultoria, evitando surpresas desagradáveis no momento da indenização.

O corretor de seguros é o profissional preparado para prestar informações do contrato de seguro para o proponente, vez que nesse momento, a sua participação representa o elo entre segurado e seguradora.

Mesmo existindo a boa-fé por parte do segurado no ato da contratação, não são dispensadas a análise da seguradora e, conseqüentemente, a recusa do pagamento da indenização pleiteada, caso o seguro contratado não tenha o nexo de causalidade com a cobertura efetivamente paga, afinal a seguradora só estará obrigada a indenizar o risco garantido no respectivo contrato.

Um seguro que tem cobertura apenas para causas acidentais, ou seja, morte por acidente e invalidez por acidente, jamais irá contemplar uma garantia de morte por causas naturais. Sendo assim, seria inviável qualquer tipo de análise pela seguradora, pois o risco coberto não possui nenhum tipo de relação com o evento ocorrido.

Preleciona MENDONÇA:

Para que um contrato de seguro se materialize, é indispensável que ele trate de riscos futuros e que a possibilidade da ocorrência do sinistro seja aleatória. Mas ainda há mais: o contrato de seguro é um contrato de adesão, que exige a mais estrita boa fé entre as partes, e esta exigência expressa no código civil faz dessa característica um dos principais diferenciais da apólice de seguro em relação aos outros contratos. Ela é o único contrato onde a exigência da boa fé das partes, não só durante a contratação da apólice, mas durante toda a vigência do seguro. Ou seja, enquanto os outros contratos brasileiros têm a exigência da boa fé implícita no Código Civil e explícita no Código de Defesa do Consumidor, o contrato de seguro tem a exigência da boa-fé normal dos outros contratos acrescida da

disposição do Código Civil que exige expressamente a boa-fé, da seguradora, na sua contratação. (MENDONÇA, 2010, p.37,38)

Alude, o mesmo autor, ainda que:

Outro ponto que precisa ficar claro é que só são seguráveis riscos futuros. Quer dizer, um sinistro que já tenha ocorrido não pode ser coberto por uma apólice, porque a operação estaria desconsiderando uma de suas características básicas, que um sinistro acontecido antes da vigência do seguro. (MENDONÇA, 2010, p.38)

Embora o princípio primordial do seguro, seja garantir possíveis riscos ocasionados no futuro, e apesar de haver cláusula de exclusão parcial e definitiva para a pré-existência, ou seja, qualquer previsão conhecida do proponente ou até mesmo eventos já ocorridos como acidente ou doenças já manifestadas antes da contratação da apólice, percebe-se que as companhias liquidam rotineiramente sinistros de segurados que agem de má fé, gerando onerosidade, perda de tempo e decisões equivocadas pelo poder judiciário.

3.1 O Seguro de Vida Individual e Coletivo

O seguro de vida tem por finalidade restabelecer o equilíbrio econômico que foi interrompido, nos limites do contrato, uma vez que são disponibilizados valores pelo qual o segurado se propõe à contratação.

A sua importância tem reflexos sociais, uma vez que tanto o segurado, quanto seus beneficiários podem ser assistidos com essa cobertura.

Salienta VENOSA que:

O seguro de vida é ramo dos mais importantes, dado seu profundo alcance social e cunho alimentar. Tanto assim é que o código civil, no seu art. 795, de forma rigorosa e peremptória, declara que é nula, no seguro de pessoa, qualquer transação para o pagamento reduzido do capital segurado. (VENOSA, 2004, p.385)

É de suma importância demonstrar que a expressão “seguro de vida”, não tem o objetivo exclusivo de garantir o pagamento de indenização em caso de morte do segurado, pois existe também para garantir sua sobrevivência, e intercorrências ao longo da vigência, com alguma surpresa indesejada, como invalidez por doença,

interrupção da atividade profissional em consequência de alguma patologia, doenças graves, dentre outras ligadas exclusivamente à vida do proponente.

Através de coberturas e capitais desejados pelo proponente, as companhias analisam e precificam o prêmio do seguro, todavia, o questionário de avaliação serve como relevância para a respectiva análise, sendo assim, percebe-se que pessoas com a mesma idade e garantias iguais, podem ter prêmios diferentes exatamente pela diferença no perfil de avaliação.

Por essa razão, realça SOUZA:

Para monitorar a expectativa de vida das pessoas, as seguradoras contam com tabelas atuariais dos cidadãos de acordo com o sexo ou região. Os dados destas tabelas (tábuas atuariais) mostram um comportamento quase uniforme para o setor, faz que as empresas tenham previsões, que acabam transformado o seguro de vida mais em uma operação de poupança do que em risco. (SOUZA, 2014, p.61)

O seguro de vida individual pode ser contratado juntamente com coberturas acessórias, uma vez que isso possibilita garantir coberturas não só em caso de morte, mas também no caso de interrupção das atividades do segurado, além de serviços agregados ao produto, como assistências em caso de emergência.

Tudo isso, visando à comercialização do produto em massa e acirrando a competitividade, já que o produto torna-se mais atrativo e próximo do consumidor quando são oferecidas coberturas modulares que visam atender a expectativa do contratante.

O seguro de vida difere-se dos demais produtos comercializados no mercado pela presença das informações pessoais do proponente que são de grande relevância para a precificação e aceitação do risco.

Diversas Companhias Seguradoras ofertam seus produtos através de canais de distribuição não especializados em seguros, tais como, lojas de departamento e Bancos, além de utilizarem com estratégia comercial, nomes atrativos para o público em geral, fazendo com que o proponente consumidor, contrate a apólice pela imagem meramente ilustrativa.

Não existe limitação da quantidade de seguros que uma pessoa pode ter, ou seja, desde que aceito pela seguradora, diante do seu limite máximo de garantia

informado no momento da aceitação e, conseqüentemente, aprovação do produto pela Superintendência de Seguros Privados.

Portanto, um segurado pode ter diversos produtos na mesma companhia, como também em várias outras, uma vez que não se pode mensurar o valor da vida, atribuindo valor pecuniário, como normalmente ocorre nos seguros de danos.

Dessa forma, as companhias de seguros estão buscando atrair os consumidores de todas as formas.

Ensina SOUZA:

Para aumentar a venda de seguro de vida individual, as empresas vem agregando serviços que possam ser gozados em vida – devido à grande resistência dos brasileiros, ele corresponde a apenas 17% do total de seguros, enquanto na maioria dos países ele ultrapassa os 50%. (SOUZA, 2014, p.62)

Já no seguro de vida coletivo, também denominado seguros de vida em grupo estarão protegidas todas as pessoas vinculadas a um estipulante, ou seja, o interesse pela garantia securitária de um grupo específico.

Podem-se contratar coberturas de morte por qualquer causa, sendo esta, por vias naturais ou acidentais, invalidez por acidente, invalidez por doença, diária por incapacidade temporária, indenização especial por acidente, doenças graves, além de outras coberturas acessórias.

Nas palavras de MANICA:

Nos contrato sobre a vida e sobre a integridade físico-emocional, nos quais o objeto é a própria vida ou a integridade do estipulante, a grandeza da garantia é deixada ao livre-arbítrio dos contratantes. Já nos seguros sobre a vida de outrem, além de ser exigido o interesse do contratante na manutenção da vida deste terceiro, exige-se a correspondência do interesse com a garantia contratada. (MANICA, 2010, p.54)

Instrui ainda MARTINS:

O interesse segurável é o fator determinante que se apresenta quando do desejo do segurado em contratar a cobertura do risco, de tal sorte que ele não deseje a ocorrência do evento posto que ciente do prejuízo que lhe pode advir, sendo o seguro um notável mitigador, no mais das vezes. O princípio do interesse segurável é mais bem compreendido quando se infere que o objeto do contrato de seguro não é o bem da vida ameaçado de perigo, e, sim, o interesse do

segurado em que o dano não se produza. Desta forma, o interesse segurável mostra-se como fator estabilizador da atividade securitária, pois determina um comportamento adequado de todos os partícipes. (MARTINS, 2003, p.31)

O estipulante é aquele que detém o interesse e a legitimidade para contratar uma apólice de seguros, em nome de um grupo de pessoas, tendo relação direta com vínculo empregatício, de cooperativismo, associativismo, conselho de classe ou profissional.

Muitas vezes, o estipulante tem obrigatoriedade prevista em contrato ou convenção coletiva de trabalho, devendo seguir rigorosamente as referidas cláusulas, todavia observando os dispositivos previstos, visando atender aos interesses do contrato de seguro.

Nesse contexto, observa-se que os colaboradores dos estipulantes muitas vezes desconhecem a existência do seguro, tornando ainda mais difícil, qualquer tipo de compensação junto a seguradora, que no momento da adesão não solicitou a proposta de adesão, no sentido de conhecer o estado de saúde daquele que ingressou na apólice que outrora já estava vigente no ato da proposta inicial de contratação.

Embora o contrato já esteja firmado entre o estipulante representando o interesse do grupo de segurados, a seguradora não deve se abster de prestar todas as declarações possíveis no ato da adesão de futuros segurados.

3.2 Seguro de Acidente Pessoal Individual e Coletivo

A garantia desta cobertura está diretamente ligada a intercorrências de acidente, ou seja, qualquer fator gerador de acidente devidamente coberto na apólice e constante das condições gerais, especiais e particulares, caracterizado pelo fato novo de forma involuntária e súbita.

No sentido da palavra de PEREIRA:

É aquele que visa a cobrir os riscos de morte ou lesão, consequente a um acidente a que o segurado se exponha, e compreende o pagamento de soma determinada aos beneficiários se aquele não sobreviver, ou ao próprio acidentado, na hipótese contrária. (PEREIRA, 2001, p.311)

Qualquer pessoa está passível de sofrer um acidente, seja desenvolvendo uma atividade profissional, num momento de lazer, ou até mesmo no seu domicílio, já que o acidente é involuntário, pois a sua ocorrência está ligada a fatores externos, independentemente de colaboração do segurado.

Nesse sentido, verifica-se a importância da necessidade da proteção desta cobertura, nas palavras de Souza: “O seguro de acidentes pessoais cobre o segurado em casos de acidentes previstos no contrato que causem morte ou invalidez permanente, total ou parcial”. (SOUZA, 2014, p.63)

Os acidentes pessoais individuais e coletivos possuem muita peculiaridade, uma vez que é dispensado o preenchimento de informações ligadas à doença, pois se percebe que a característica desse produto não tem relação com fatos relacionados a patologias e sim à iminência de ocorrência de acidentes.

Dessa forma, qualquer tipo de invalidez por acidente ou morte por causas acidentais, poderão estar cobertas na apólice de seguro.

Afirma SOUZA:

O seguro de acidentes pessoais cobre o segurado em casos de acidentes previstos no contrato que causem morte ou invalidez permanente, total ou parcial. Invalidez permanente é a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de membro ou órgão do corpo. (SOUZA, 2014, p.63)

Nos seguros de acidentes pessoais coletivos também deve ser observado o interesse pela garantia securitária, já que o seu regramento segue as premissas de qualquer seguro coletivo, ou seja, outras coberturas acessórias com relação direta ao evento acidente pessoal podem ser contratadas, porém as mesmas deverão seguir sempre a cobertura principal.

Deve-se observar qual a necessidade do contratante, uma vez que o seguro de acidentes pessoais possui garantias limitadas, visando um único acontecimento e consequentemente possui um valor final, ou seja, um prêmio abaixo de um seguro mais completo, que seria um seguro de vida com todas as garantias possíveis do risco de morte.

Esses seguros são normalmente ofertados para as pessoas que de alguma forma, desejam preencher uma lacuna que é a possibilidade do acidente pessoal. Como também algumas Empresas contratam para seus colaboradores essa cobertura, visando atender a exigências contratuais.

O seu processo de contratação e implantação é mais rápido, por ter um baixo custo e possibilidade de dispensa do preenchimento da proposta e do questionário de declaração de saúde.

Pela característica do produto, é comum que esse produto seja comercializado em grande escala pelos bancos, ocorrendo o débito na conta do cliente para satisfazer há uma necessidade de venda por quantidade e não por qualidade.

Nesse sentido, inicia-se um processo de fragilidade contratual, já que o segurado, estando de boa fé, acredita que possui um seguro de vida, quando na verdade, possui um seguro de acidentes pessoais.

A diferença do produto, embora ofertado como se fosse igual na visão do consumidor, gera uma frustração e, conseqüentemente, um descrédito no mercado de seguros, uma vez que a fragilidade normativa na relação contratual não detalha suas condições.

Os dispositivos auxiliares presentes no mercado de seguros também evidenciam a sua fragilidade, na medida em que as companhias seguradoras são obrigadas a dispor nas suas condições gerais as cláusulas de exclusão, porém o consumidor, por consequência, continua na esfera da vulnerabilidade.

4 O PREÇO DO DESCONHECIMENTO DO SEGURO

Uma atividade muito bem regulamentada que tem como premissa básica a boa fé para a vitalidade do contrato de seguro, com leis específicas para conciliar na relação entre os contratantes, evitando que ocorram disparidades onde o poder judiciário possa cometer excessos no momento da sua sentença, não tem sido suficiente para resolver a questão do aumento de litígios entre os contratantes.

Tendo em vista que a justiça está diante de uma relação de consumo, onde o cliente possui o seu direito diminuído, não por uma questão de negativa das seguradoras, mas sim porque estão amparadas nos dispositivos legais, porém superficiais.

Nesse sentido, aponta MENDONÇA:

Cada vez que uma sentença ordena que uma seguradora pague um sinistro sem cobertura, o judiciário está agravando o resultado da companhia e tornando mais cara à renovação das apólices de todos os outros segurados. (MENDONÇA, 2010, p.51).

Percebe-se que a vulnerabilidade do proponente segurado é preponderante na relação securitária, uma vez que a companhia detém a informação técnica e o consumidor estando de boa fé e desconhecendo as características peculiares de cada cobertura, aceita o referido contrato e só é advertido para as possíveis garantias, no momento da negativa da indenização.

O desconhecimento do assunto *seguro* de forma específica é percebido até na linguagem exercida pelos advogados e magistrados, uma vez que essa atividade possui muitas expressões técnicas que são confundidas, tendo palavras invertidas.

Sendo assim, existe grande tendência do segurado ser beneficiado ou até mesmo prejudicado por falta de artigos específicos para cada garantia.

Nesse diapasão, artigos complementares e específicos para tratar da matéria, servindo como guia não só para o juiz, mais para todos aqueles que compõem o referido processo, evitaria demandas desnecessárias e decisões divergentes e desconexas, junto ao Poder Judiciário.

Complementa MENDONÇA:

É comum ver advogados requerendo a condenação da seguradora no pagamento do *prêmio* devido ao segurado, como é comum ver

sentenças condenando a seguradora a pagar o valor do *prêmio*. A sensação que se tem é que em função de a palavra prêmio integrar o vocabulário específico de seguros, alguns advogados e juízes imaginam que o pagamento da indenização é um prêmio para o segurado, quando, em verdade, esta é a obrigação contratual da seguradora, que paga ao seu segurado à indenização decorrente do sinistro coberto pela apólice. (MENDONÇA, 2010, p.54)

Aduz ainda:

O custo do desconhecimento da operação de seguros é brutal. Em função dele, processos que poderiam ser liquidados em poucos meses se arrastam por anos, indenizações devidas não são pagas e sinistros sem cobertura são indenizados como se fosse do segurado levar vantagem sobre a seguradora. (MENDONÇA, 2010, p.54,55)

Na medida em que uma companhia seguradora, por decisão judicial, efetua o pagamento de uma indenização indevida, ou seja, que o risco garantido não estava devidamente coberto, ou o segurado agiu com má fé, visando obter vantagem ilícita na relação contratual, por conseguinte todo o sistema securitário ficará prejudicado.

Nesse sentido, MENDONÇA:

A grande injustiça não são as sentenças obrigarem os planos a pagarem o que não está coberto. A grande injustiça é penalizar a totalidade da sociedade, em função do desequilíbrio do mútuo, de onde saem os recursos, obrigando-o a suportar as indenizações sem cobertura. (MENDONÇA, 2010, p.55)

Se o mutualismo é o principal motivo para o desenvolvimento equilibrado da relação securitária, então, ocorrendo o pagamento de um sinistro indevido, surge um problema econômico e social, gerando um resultado negativo para as empresas que comercializam os seus respectivos produtos.

Desta forma, muitos produtos deixam de ser ofertados, ou seja, são retirados das prateleiras, uma vez que o resultado financeiro não atendeu a expectativa da seguradora ou torna-se viável a sua comercialização pela respectiva fragilidade.

Já que a finalidade do seguro é o mutualismo, ou seja, a constituição de um fundo de reserva para cumprir compromissos de causas futuras através do pagamento de sinistro. Não é surpresa que uma seguradora aumente a taxa de determinado produto em virtude do aumento da sinistralidade, para compensar as

perdas decorridas do pagamento de uma indenização indevida, visando equilibrar o resultado negativo inesperado.

4.1 Boa Fé e a Má Fé do Contrato

Existe nas relações contratuais a boa-fé subjetiva e a boa-fé objetiva. Na boa-fé subjetiva, verifica-se a personalidade e a conduta, já na boa-fé objetiva, serão observados os cumprimentos das respectivas obrigações, ou seja, o dever legal pautado na relação jurídica, sendo verificados nas duas modalidades da relação securitária.

Um contrato de seguro como qualquer contrato de adesão deve conter a mais estrita boa-fé e nesse sentido, destaca-se em vários parágrafos a importância da clareza na prestação das informações implicando a perda de direitos, constantes no código civil e em legislações específicas como o código de defesa do consumidor.

O dever da informação na atividade securitária não deve ser resumido na esfera subjetiva, uma vez que esses ditames geram um descrédito na atividade securitária.

A seguradora fica responsável em garantir a cobertura contratada prevista no contrato de seguro, desde que a sua contraprestação corresponda ao risco efetivo.

Conforme alude MENDONÇA:

O artigo 757 do Código Civil determina que pelo contrato de seguro, o segurador se obriga, mediante o pagamento do prêmio, a garantir interesse legítimo, relativo a pessoa ou coisa, contra riscos predeterminados. (MENDONÇA, 2010, p. 89)

No mesmo sentido acrescenta o autor: “O artigo 765 diz que o segurado e o segurador são obrigados a guardar na conclusão e na execução do contrato a mais estrita boa-fé e veracidade [...]” (MENDONÇA, 2010, p.89)

A seguradora deve seguir de forma veemente os dispositivos do código civil, mas também deve permitir e informar que o segurado defina quais seguros de fato possa atender a sua necessidade, visando evitar futuros litígios desnecessários, já que no contrato existem cláusulas de exclusão, ou seja, itens que não estão cobertos independentemente de boa-fé.

Todavia, as referidas cláusulas precisam ser declaradas e informadas no momento da contratação e não da percepção da indenização, evitando qualquer possibilidade de surpresas indesejadas.

Como não existe seguro gratuito, o proponente tem o direito de contratar as garantias que melhor atendam a sua vontade e necessidade, já que existem no mercado diversas empresas que comercializam os produtos, e ainda dentro da mesma companhia existem diversos produtos com coberturas acessórias diferenciadas.

Desta forma não restam dúvidas sobre a bilateralidade da relação contratual.

Em concordância com MENDONÇA:

A primeira certeza a respeito do contrato de seguro é que ele é bilateral. A segunda, que ele é oneroso. Não é possível a realização de um contrato de seguro sem segurado e seguradora. E não é possível a existência de um contrato de seguro sem que haja o pagamento do prêmio pelo segurado. (MENDONÇA, 2010, p.89).

O proponente segurável assina a proposta que é o contrato propriamente dito, dando ciência à relação contratual, podendo até mesmo ser dispensado da assinatura, como ocorre com alguns tipos de seguros e através da modalidade de contratação em que o prêmio do seguro pode ser pago através da modalidade pré ou pós-pagamento, ou seja, para validação e emissão da apólice.

Preleciona KRIGER FILHO:

Boa fé, do latim *bona fides*, significa fidelidade, crença, confiança e sinceridade. A ela se opõe a má fé, a malícia, o engano e o dolo, causas de nulidade do ato jurídico. Pode ser entendida como a convicção ou consciência de praticar ato legítimo ou de não prejudicar a outrem, sendo um conceito puramente ético-social, no sentido de referir-se à moralidade da conduta social dos indivíduos, competindo ao direito somente lançar-lhe os olhos para conceder-lhe efeitos jurídicos e revestir-lhe de elementos acessórios. Neste diapasão, quando se diz que alguém está de boa fé, outra coisa não se faz que não valorar moralmente a sua conduta social, quer se trate de honestidade pura e simples em determinado comportamento (acepção ampla), quer se trate de errônea concepção que norteia determinada conduta (acepção restrita). (KRIGER FILHO, 2001, p.113)

Não se deve jamais permitir que a boa fé tenha interpretação contrária, mesmo que os beneficiários não tenham de fato contribuído para o resultado. As

companhias tem se esforçado para dificultar essa prática, utilizando métodos criteriosos na proposta de adesão através de questionários, visando conhecer o proponente com perguntas inclusive ligadas à família, para evitar que o proponente possa não só omitir determinadas informações, como também, agir de má fé.

Dessa forma, explica, KRIGER FILHO:

Se a boa fé se faz imprescindível nos contratos em geral, com mais razão deve se fazer presente no contrato de seguro, tendo em vista que a sinceridade e a verdade constitui-se na base primeira da declaração de vontade que o origina. (KRIGER FILHO, 2001, p.117).

A seguradora precisa ser clara e não deixar dúvidas, porque nas relações de consumo com reflexo judicial, sempre será observada a hipossuficiência daquele que dispõe de menos recursos, ou seja, o segurado, porque com certeza vulnerabilidade não é discutida, tendo em vista a especificidade do ramo de seguros.

Para evitar que garantias não pactuadas ou extintas nas suas respectivas cláusulas sejam indevidamente pagas, compete às seguradoras fechar todas as lacunas no quesito à interpretação, evitando o favorecimento e consequências negativas para o setor, pois a segurança jurídica deve existir para salvaguardar as relações contratuais com equidade, buscando cada vez mais a certeza nas decisões.

A boa fé deve existir em qualquer tipo de relação, não se pode imaginar uma transação comercial onde uma das partes esteja agindo com interesse em obter vantagem, colocando seus interesses acima de tudo.

O artigo 781 (Lei nº 10.406, 10 de janeiro de 2002) detalha: “O segurado e o segurador são obrigados a guardar na conclusão e a execução do contrato a mais estrita boa-fé e veracidade, assim a respeito do objeto, como das circunstâncias e declarações a ele concernentes”.

A principal relação que existe na essência do seguro, é a boa fé, porque não se deve contratar nenhum tipo de apólice pensando em contraposição a finalidade da garantia, pois desta forma a fraude estará caracterizada sem antes mesmo de ser analisada qualquer valoração das razões pela qual houve a contratação.

Nas palavras marcantes de KRIGER FILHO, destaca que:

Neste diapasão, importante se faz precisar a forma pela qual, no caso concreto, se determina a existência da boa ou má fé. A

respeito, cumpre salientar que as normas objetivas de honradez se dirigem a todas situações decorrentes daqueles vários deveres de conduta impostos às partes contratantes, sendo que, por ser a realidade moderna altamente mutável e impossível ao legislador antever todos os futuros problemas decorrentes das relações sociais, muitas das valorações são diretamente utilizadas por este ao elaborar seus preceitos genéricos, ficando outras confiadas à atividade e prudente critério do juiz. (KRIGER FILHO, 2001, p.115,116)

Nos contratos de uma forma geral, estão garantidos os direitos e deveres das partes, sendo que no seguro o direito concerne aos previstos inicialmente, na proposta e posteriormente na apólice. Por esse motivo, o sentimento de verdade deve fazer valer, principalmente porque serão verificados no futuro se o princípio da boa-fé apresentou-se na sua totalidade por ambas as partes.

Quanto ao sentimento de verdade, instrui KRIGER FILHO:

Se a boa fé se faz imprescindível nos contratos em geral, com mais razão deve se fazer presente no contrato de seguro, tendo em vista que a sinceridade e a verdade constitui-se na base primeira da declaração de vontade que o origina. (KRIGER FILHO, 2001, p.117).

No contrato preliminar, as seguradoras emitem um documento denominado como proposta de adesão, onde constam informações prévias que a partir das devidas respostas, serão objeto de análise com a finalidade de minimizar possíveis situações de má-fé, porém se a mesma estiver intrínseca, será impossível das companhias de seguros entenderem o seu real objetivo e conseqüentemente a sua finalidade para buscar uma indenização razoável.

De acordo com KRIGER FILHO:

Para se entender o real conteúdo de tal regra e a sua abrangência, imprescindível se faz ter em mente a forma de funcionamento do contrato de seguro. Para tal, o contrato em espécie pode ser assim descrito: o segurado formula uma proposta em que pede ao segurador lhe seja segurado um determinado risco em dadas condições. A proposta a ser assim feita é, em geral, impressa e fornecida pelo segurador, vindo sempre acompanhada de um questionário, em vista do qual o segurado tem de responder uma série de quesitos que poderão influir para a verificação do sinistro. De posse dessa proposta e questionários devidamente respondidos, se o segurador aceitá-la, emitirá a apólice para que o contrato surta seus efeitos. (KRIGER FILHO, 2001, p.119)

Além disso, continua o mesmo autor:

Uma das formas geralmente utilizadas pelas companhias de seguro para apurar a reticência dos segurados se dá através das respostas dadas por estes a uma série de indagações que lhe são formuladas a respeito da sua idade, profissão e estado de saúde, tais como: se é portador de alguma moléstia, se já sofreu alguma intervenção cirúrgica, se possui em sua família doenças hereditárias, se algum parente faleceu prematuramente por causa de alguma doença e, até mesmo, se o contratante já tentou fazer seguro em outra companhia, mas teve sua proposta recusada. (KRIGER FILHO, 2001, p.124)

Desta forma, as seguradoras conseguem através do mutualismo da carteira de seguro de pessoas, definir por amostragem o perfil do componente segurável, ou seja, aquele que se propõe a adesão ao seguro, partindo de informações preliminares para a precificação do prêmio final.

Continuando, expõe ainda:

Uma vez constatada e provada a má fé do segurado, seus efeitos devem alcançar aos seus beneficiários, tendo em vista que esta macula o contrato desde sua origem e, tornando-o ineficaz por esta causa para o contratante original, igualmente deverá sê-lo para seus sucessores, uma vez que a sucessão operada não tem o condão de, por si só, depurar o vínculo do defeito que o inquina. Por este motivo, não concordamos e até achamos estranha as decisões proferidas no sentido de que a má fé do segurado só se opera entre este e o segurador, não alcançando os beneficiários depois de realizado o respectivo risco (morte), sob argumento destes receberem título de dívida líquida, certa e exigível sem terem participado do ato. Constitui-se a mesma num apanágio aos fraudadores e maliciosos que buscam locupletar-se facilmente às custas alheias, sendo que os argumentos que a sustentam totalmente injurídicos, haja visto que, como se sabe, a má fé não tem o condão de produzir efeitos em qualquer campo do direito e em relação a quem quer que seja. Concordamos em número e grau com o Ministro Nilson Naves, quando afirma que a má fé do segurado havida quando da assinatura do contrato não pode se transformar em boa-fé quanto ao seu beneficiário, pois fere a ordem natural das coisas. (KRIGER FILHO, 2001, p.126,127)

A interpretação é baseada nas cláusulas de inclusão e exclusão das condições gerais do contrato de seguros, que por sua vez seguem os critérios exigidos no Código Civil e, obviamente, nas relações de consumo, através do código de defesa do consumidor. Porém, nas decisões proferidas o magistrado utiliza a proporcionalidade, buscando a conciliação mesmo nos casos em que o segurado aparentemente não contempla do seu direito efetivo.

Ensina KRIGER FILHO:

Apesar de não concordarmos com a natureza de adesão conferida pela Lei de Consumo ao contrato de seguro, o certo é que o segurado continua ter reconhecido a sua hipossuficiência, o que permite ao judiciário a constante tarefa de adequar as condições preestabelecidas aos ditames do interesse social. Não obstante este reconhecimento da vulnerabilidade do segurado, necessário se faz atentar que esta sua hipossuficiência não pode servir de pretexto para lhe outorgar direitos que vão além dos riscos previamente estabelecidos no contrato, sob pena de se provocar um desequilíbrio na economia em que repousa a operação de seguro assim firmada.” (KRIGER FILHO, 2001, p.132)

Vale ainda esclarecer, ainda segundo KRIGER FILHO que:

Em virtude disso, para que seja mantida a proporcionalidade entre a cobertura e o prêmio ajustados, sendo claras as cláusulas da apólice na delimitação dos riscos assumidos pelo segurador, deve o contrato ser interpretado restritivamente, sendo oportuno aqui lembrar que, em tais casos, o juiz, mesmo quando livre, não o é totalmente. Não podendo inovar a seu bel prazer e vagar à vontade em busca de seu próprio ideal de bondade, mas deve extrair sua inspiração de princípios consagrados, jamais cedendo ao sentimento espasmódico ou à benevolência indefinida e desgovernada. (KRIGER FILHO, 2001, p.132)

Para evitar que a seguradora tenha que indenizar coberturas não pactuadas ou extintas nas suas respectivas cláusulas, compete à mesma fechar todas as lacunas no quesito a interpretação, evitando o favorecimento e consequências negativas para o setor, pois a segurança jurídica deve existir para salvaguardar as relações contratuais com equidade, buscando cada vez mais a certeza nas decisões.

A guisa de conclusão, o já citado Autor defende que:

Certamente, associando-se as disposições contidas na Lei do Consumidor e o entendimento jurisprudencial sedimentado desde há muito em matéria de seguro, podemos enumerar alguns enunciados que se transformaram em verdadeiros princípios aplicáveis às inúmeras lacunas geradas pela dinâmica desta espécie de contrato, dentre os quais, destacamos: - Na dúvida, a interpretação deve favorecer ao segurado ou seus beneficiários e desfavorecer quem redigiu as cláusulas; - Se no contrato não ficarem esclarecidos os riscos que o segurador assume, constando apenas a espécie de seguro de que se trata, a responsabilidade do segurador abrangerá todos os riscos peculiares a tal espécie, conforme os usos e

costumes; - Ao segurador compete o ônus da prova de exoneração de sua responsabilidade; - Havendo dúvida quanto à causa da morte – natural ou acidental – deve a seguradora cobrir o risco da forma mais favorável aos beneficiários; - O dano moral é espécie do gênero dano pessoal, sendo regressivamente responsável a seguradora pelo pagamento de indenização dele decorrente se não houver expressa exclusão desta responsabilidade no contrato; - Consideram-se nulas, por abusivas, as cláusulas que estabeleçam seja a indenização paga pelo valor médio de mercado e imponham a rescisão automática do contrato por atraso no pagamento de uma das parcelas do prêmio; - Nas apólices de seguro de vida e acidentes pessoais está implícita a cobertura de riscos resultantes de transporte aéreo; - O seguro de vida cobre o suicídio não premeditado. (KRIGER FILHO, 2001, p.133,134)

De forma categórica, em nenhum contrato de seguro devem constar cláusulas que sejam convertidas qualquer tipo de obrigação para o proponente segurado, porém na prática ocorrem negativas de pagamento de indenização por conta de abusos contratuais, não restando alternativa, a não ser o amparo da justiça.

4.2 A Vulnerabilidade do Segurado

O proponente no contrato de seguros possui fragilidade no tocante as condições gerais da proposta pela sua tecnicidade na operação, pois sempre que diante da possibilidade de aderir, pressupõe que o mesmo possui totais condições de prestar as declarações pelas quais são inicialmente submetidos.

Compete aquele que oferta o serviço, através de um questionário preliminar, buscar conhecer o seu proponente, inclusive podendo solicitar documentos complementares estando o mesmo condicionado a aceitação da proposta.

Todavia, após prestar as informações exigidas na proposta de seguro, ocorrem surpresas quanto à cobertura contratada.

MORAES certifica em sua obra:

Vulnerabilidade, sob o enfoque jurídico, é, então, o princípio pelo qual o sistema jurídico positivado brasileiro reconhece a qualidade ou condição daqueles sujeitos mais fracos na relação de consumo, tendo em vista a possibilidade de que venham a ser ofendidos ou feridos na sua incolumidade física ou psíquica, bem como no âmbito econômico, por parte dos sujeitos mais potentes na mesma relação. (MORAES, 2009, p. 125)

Se por um lado o Código Civil menciona as obrigações de prestar informações para a seguradora, do outro lado, tem-se o código de defesa do consumidor que enfatiza o dever da informação, ou seja, o proponente precisa estar ciente no momento da adesão sobre as garantias previstas contratualmente.

Os seguros comercializados no Brasil possuem deficiência desde o primeiro momento que é a abordagem, seja na carteira de clientes do banco, da corretora, ou qualquer tipo de cliente disponível no mercado, principalmente porque existem diversos canais de distribuição do produto sendo eles: corretores, bancos, lojas de departamento, casa lotérica, conta de energia, fatura de celular, cartão de crédito, internet, dentre outros.

A vulnerabilidade do segurado na relação de consumo é o ponto chave para a sua proteção. RAGAZZI (2010, p. 151) afirma que “o princípio da vulnerabilidade do consumidor é o grande alicerce do microssistema, pois suas regras foram construídas com a finalidade de harmonizar as relações de consumo entre fornecedores e consumidores”.

É nesse momento que nasce a vulnerabilidade e, conseqüentemente, o descrédito do setor, já que se buscam a venda simplesmente pela venda e o dever de informar infelizmente, fica em segundo plano, isso quando ainda é informado.

Nesse caso, não se pode responsabilizar o segurado por cláusulas de exclusão, já que se o proponente soubesse de todas as exclusões, dificilmente contrataria uma apólice com qualquer canal de distribuição.

Alguns segurados desconhecem das coberturas que já possuem vigente nas seguradoras, simplesmente porque dizem confiar no seu gerente do banco, ou porque o valor é irrisório e pela praticidade, o prêmio é descontado via débito em conta.

Nesse momento, ter-se-á a vulnerabilidade, uma vez que depois de pagar por muitos anos, ou até quando se espera receber a indenização pela interrupção das suas atividades, por invalidez ou os beneficiários em caso de morte, surgem às surpresas indesejadas de que determinada cobertura não estava prevista na apólice ou estava excluída na respectiva condição geral, especial, ou particular do referido seguro.

Nesse toar, estão às lições de BRAGA NETTO:

A vulnerabilidade do consumidor fundamenta o sistema de consumo. É em razão dela que foi editado o CDC, que busca fazer retornar o equilíbrio a essa relação frequentemente desigual entre consumidor e fornecedor. A vulnerabilidade não depende da condição econômica, ou de quaisquer contextos outros. (BRAGA NETTO, 2017, p. 59)

Por esse motivo, a importância do princípio da vulnerabilidade na relação de seguro, BESSA (2009, p.37), destaca que “a fragilidade do consumidor sintetiza a razão de sua proteção jurídica pelo Estado. O consumidor é a parte mais frágil nas mais diversas e variadas relações jurídicas estabelecidas no mercado de consumo”.

Para que a relação contratual possa ser perfeita, será necessária seguir rigorosamente o que preceitua o código de defesa do consumidor: transparência, informação, segurança, equilíbrio nas prestações, reparação integral e qualquer outro dispositivo que seja favorável a uma relação que possa ter a resolução do contrato, de modo a atender os objetivos iniciais.

Como o segurado não discute cláusulas, apenas assina o contrato de adesão, define-se no discurso de MARQUES:

Contrato de adesão é aquele cujas cláusulas são preestabelecidas unilateralmente pelo parceiro contratual economicamente mais forte (fornecedor), *ne varietur*, isto é, sem que o outro parceiro (consumidor) possa discutir ou modificar substancialmente o conteúdo do contrato escrito. O contrato de adesão é oferecido ao público em um modelo uniforme, geralmente impresso, faltando apenas preencher os dados referentes à identificação do consumidor-contratante, objeto e do preço. Assim, aqueles que, como consumidores, desejarem contratar com a empresa para adquirirem produtos ou serviços já receberão pronta e regulamentada a relação contratual e não poderão efetivamente discutir, nem negociar singularmente os termos e condições mais importantes do contrato. (MARQUES, 2006, p.800)

Se o contrato não se discute, então se presume que ele está perfeito, uma vez que o segurado se quer pode manifestar qualquer tipo de indagação, limitando-se tão somente as condições gerais, especiais e particulares, contidas no contrato de seguro.

Com maestria, GONÇALVES (2004, p.475) afirma que “o segurado adere em bloco ao modelo contratual, não podendo modificar qualquer de suas cláusulas:

aceita-se ou rejeita-as, de forma pura e simples, afastada qualquer alternativa de discussão”.

Sendo assim, a probabilidade de conflitos judiciais é reduzida na medida em que o proponente consumidor conhece os seus direitos e obrigações, já que a atividade securitária está pautada diretamente na credibilidade, onde o que está sendo pactuado são apenas expectativas, possibilidades e situações possíveis e futuras.

5 SINISTRO NO SEGURO DE PESSOAS

O sinistro é o evento que caracteriza a ocorrência do fato gerado no contrato de seguro, podendo ser um acidente, invalidez, interrupção das atividades profissionais ou até mesmo a morte do segurado. A conexão dos fatos tem que estar diretamente ligada a apólice de seguro objetivando o seu restabelecimento.

Na garantia do interesse dos segurados, são estabelecidos procedimentos para analisar o processo de liquidação do sinistro, podendo a seguradora exigir documentos complementares para a continuação da análise, caso não fique satisfeita ou convicta que o respectivo evento está de acordo com a documentação apresentada no aviso.

Dessa forma, caso não sejam apresentada comprovação das solicitações por hora, poderão as mesmas negar o pagamento do pleito, já que o referido pedido de pagamento da indenização não atende a lista que ensejam o nexo de causalidade do sinistro.

Consoante NUNES:

Após o aviso de sinistro, será montado um processo de sinistro, que é o conjunto de costumes necessários para que a seguradora possa liquidar o exato valor da indenização. O processo de sinistro irá examinar a cobertura, os procedimentos, o cálculo da indenização e toda documentação exigida. (NUNES, 2009, p. 76).

Cada sinistro informado na seguradora que por sua vez gera a obrigação da reserva não só do pagamento se o mesmo estiver devidamente coberto, como também, a liquidação que deverá ser feita de forma procedente ou improcedente.

Esse aviso em especial nos contratos de seguros deve ser precedido de um formulário de comunicação, onde serão anexados os documentos referentes ao evento ocorrido, evitando que a análise possa ser prejudicial e deixando de ser liquidado.

Segundo NUNES:

De acordo com cada tipo de seguro e de sinistro ocorrido, a seguradora emitirá uma lista com todos os documentos necessários para a abertura do processo, resguardando-se do direito de solicitar documentos complementares ao segurado ou beneficiário, caso venha a sentir necessidade de maiores esclarecimentos. (NUNES, 2009, p. 77)

Existem três fases no processo de sinistro, sendo que na primeira fase a seguradora irá apurar se os fatos mencionados na comunicação do sinistro possuem consonância com o descritivo para que, a segunda fase possa ser regulada verificando se o pagamento do prêmio do seguro está devidamente em dia e se a cobertura securitária possui garantia conforme pleiteada no referido sinistro e, posteriormente liquidar, sendo este com resultado negativo ou positivo.

Sobre essas fases, NUNES, esclarece sobre a importância da última fase do processo de sinistro: “Todavia, em fase de liquidação, pode ocorrer que a seguradora não se convença do fato ocorrido, conforme descrito no processo de sinistro [...]” (NUNES, 2009, p.78)

Nota-se que a Superintendência de Seguros Privados - SUSEP atesta o prazo para liquidação do sinistro tendo a sua previsão na resolução do Conselho Nacional de Seguros Privados, através da circula 117, de 2004 no seu artigo 50 com o prazo detalhado no parágrafo primeiro da referida circular.

As Seguradoras possuem a faculdade de negar o sinistro após a sua liquidação, porém deve-se sempre fundamentar baseada nas cláusulas de exclusão das condições gerais, bem como nos informativos avençados no Código Civil.

Parece razoável o tempo de carência estabelecido pelas seguradoras, seguindo exigência da legislação vigente proibindo a extensão desse prazo, conforme a circular Susep 302/2005, sendo este o órgão regulador e fiscalizador da atividade securitária.

A carência é o período pelo qual, o segurado não tem direito a indenização do seguro, ou seja, não existe responsabilidade das seguradoras durante o prazo indicado no contrato de seguro.

Esse tempo parece ser razoável para a não percepção da indenização, quando facultado as seguradoras estabelecer o prazo que não pode ultrapassar metade da vigência do seguro.

Todavia não basta ter cumprido o período de carência, será necessário verificar se a cobertura contratada está devidamente coberta para o pleito da indenização.

5.1 Regulação no Processo de Sinistro

O entendimento sobre a decisão está amplamente garantido na legislação vigente, onde existe jurisprudência para direcionar as decisões. As seguradoras deixam claro na oferta dos seus produtos que na respectiva contratação deve-se observar qual tipo de seguro adquirir, evitando negativa no recebimento e discussões futuras. Nesse momento começam as distorções de entendimentos, devido às fragilidades contidas nos normativos atuais.

A definição dessas coberturas é confeccionada pelas companhias seguradoras, todavia, atendendo as exigências previstas na legislação, além de existir atuação da SUSEP autorizando a sua comercialização. Como existe a fragilidade da legislação nessa matéria, sempre será aberta a discussão que no momento da decisão judicial, serão debruçados muito mais pela interpretação da jurisprudência do que pela legislação propriamente dita.

Na prática, o desconhecimento da garantia surge só após o pleito para recebimento dos segurados e beneficiários, tendo em vista que a atividade securitária possui muitas dúvidas acerca do assunto, gerando-as, inclusive, para os referidos magistrados.

Nesse sentido, é que surgem as interpretações muitas vezes discrepantes, já que a primeira ação que os segurados e beneficiários fazem ao ter a negativa do sinistro, é buscar a justiça com a certeza de que serão agraciados, pelo sentido de que o juiz poderá decidir pela simples questão social.

Na regulação do sinistro, a seguradora verifica se a documentação apresentada pelo segurado em caso de algum tipo de invalidez, ou beneficiários em caso de morte do titular do seguro, estão consoantes com as coberturas previamente contratadas.

Em sequência serão analisados e regulados os documentos referentes ao sinistro, para verificar a relação do evento e o nexo de causalidade, ou seja, a documentação preliminar, podendo a companhia de seguros através da sua área responsável pela análise do respectivo sinistro, solicitar documentos complementares, caso seja necessário para confirmação da solicitação supracitada.

O sinistro está devidamente caracterizado para cada tipo de cobertura contratada, uma vez que serão solicitados documentos referentes para cada tipo de garantia, já que diante de diversas causas o evento sinistro também possui tem suas particularidades.

Como o seguro de pessoas está dividido em vida e acidentes pessoais, temos a diferença primordial nos seguros com cobertura por morte acidental que se torna imprescindível o boletim de ocorrência policial com o relato dos fatos, ressaltando a exceção em casos de impossibilidade da respectiva emissão por motivo justo.

Por fim, o processo de análise do sinistro é finalizado podendo ser pago a indenização ou até mesmo negada, caso a cobertura contratada não tenha relação com a indenização pleiteada, se ocorreu prescrição, sinistro ocorrido após a vigência, ou até mesmo objeto de fraude.

Vale ressaltar que esse processo de apuração, regulação e liquidação deve ser feito em até 30 dias, após a entrega da documentação constante do formulário expedido pela seguradora.

5.2 Sinistro no Seguro de Vida e Acidentes Pessoais

Como definição o seguro de vida contempla coberturas ligas a sobrevivência, por exemplo, algum tipo de invalidez, incapacidade temporária e também a própria falta do segurado, que é a morte.

Sendo a assim, deverão constar nos documentos apresentados para análise da companhia, o relato do motivo e o seu respectivo código de identificação de diagnóstico nos casos de afastamento por invalidez ou doença, bem como a certidão de óbito constando a informação das razões pela morte natural.

Consoante PIMENTEL (2001, p.167), “são necessárias, para que haja um sinistro de acidentes pessoais, três fases: o acidente, a lesão e a consequência (invalidez ou morte). Essas três fases podem acontecer em um mesmo momento”.

Torna-se preocupante para as seguradoras ter que provar que o proponente deu causa através de atos voluntários, esperando o resultado e mesmo que sejam inseridas cláusulas de exclusão conforme prevê a legislação, a decisão sempre ficará diante da experiência do poder judiciário.

As seguradoras detalham nas condições gerais dos seus produtos, não só a cláusula de exclusão, como também qualquer atitude que desabone a conduta social, colaborando de forma imoral ou participando de situações com total desaprovação pela legislação em vigor, porém muitos seguros são comercializados sem que o proponente tenha conhecimento no ato da contratação sobre as

cláusulas que por consequência própria, ainda que de boa fé, gera reflexos para a negativa do sinistro.

Comenta MARTINS:

A ausência de visualização acurada do risco por parte do segurado não pode servir de base para a negativa de indenização, sob a rubrica de omissão. Esta só restará definitivamente caracterizada quando ficar provado que o segurado sabia e devia ter dito sobre o que silenciou, à luz de indícios e evidências concretas cujo juízo de valor venha a ser formado no conjunto das relações pré-negociais até o fechamento do contrato. (MARTINS, 2003, p.67)

Os segurados precisam ter ciência prévia que pelo simples fato de contratarem um seguro, sua proteção não está absolutamente garantida, uma vez que concorre diretamente para um bom andamento no curso da sua vigência, pois a relação contratual precisa conter deveres e obrigações que deverão ser rigorosamente cumpridas por ambas às partes.

O formulário de sinistro é expedido pela seguradora e deverá ser devidamente preenchido para análise, sem deixar espaço para dúvidas. No caso de morte natural, o médico assistente deverá assinar e carimbar o respectivo documento, disponibilizando os seus contatos para possíveis questionamentos quanto às informações mencionadas no tocando a declaração médica.

Ressalta-se que as declarações do médico assistente são de suma relevância para o recebimento da indenização do seguro, já que compete à seguradora verificar se os documentos apresentados estão devidamente relacionados com as informações relatadas no atestado.

Deverão ser anexadas ao formulário: certidão de óbito, certidão de casamento quando forem o caso, documentos pessoais dos beneficiários declarados na apólice, e não havendo beneficiários declarados, deverão comprovar que a subsistência do pleiteante, ficou comprometida com a morte do titular do seguro. Porém, ocorrendo a sobrevivência do segurado, este será sempre o beneficiário, já que o seguro irá restabelecer através do pagamento da indenização a finalidade do seguro.

Em caso de morte por acidente inserida na cobertura do seguro de vida, que tem sua característica à cobertura de indenização de morte por qualquer causa, serão exigidos para análise: boletim de ocorrência do fato, laudo do instituto médico legal, inquérito policial, laudo de comprovação de exame de álcool e tóxicos, todos

esses casos seja possível a apresentação e, não havendo possibilidade, serão substituídos por documento justificado.

Complementando a documentação deverá ser apresentada, a carteira nacional de habilitação, nos casos de acidente envolvendo veículo que tinha o segurado como condutor, e nos casos de acidente no ambiente de trabalho, a devida comunicação do acidente.

A análise do sinistro torna-se mais fácil, sendo desconsiderada qualquer tipo de ligação com causas naturais, bastando que o contrato de seguro garanta o risco pelo qual o segurado ou os seus beneficiários estão pleiteando.

Vale ressaltar que deverão ser observadas as cláusulas de exclusão, assim como no caso do seguro de vida, pois o código civil veda qualquer tipo de ato ilícito cometido pelo segurado, uma vez que a conduta mencionada vai de encontro não só com o princípio da boa fé, mais também com o objetivo primordial do seguro.

Um segurado não pode, por exemplo, participar de um tiroteio e sendo atingido, solicitar da companhia de seguro o pagamento da indenização por invalidez, já que a sua conduta contraia os dispostos do Código Civil e por consequência as cláusulas de exclusão das condições gerais do seguro de acidentes pessoais.

Certamente artigos complementares no código civil, poderão auxiliar diretamente ao juiz no tocante as decisões, que por ventura sejam objetos de dúvidas, já que a atividade securitária possui caráter eminentemente técnico, porém interpretada com fragilidade, diante da inexistência da cultura de seguro de vida no Brasil.

Diante do exposto, segue alguns julgados com decisões divergentes:

Ementa: APELAÇÃO CÍVEL - AÇÃO DE COBRANÇA - SEGURO DE VIDA - **RECUSA AO PAGAMENTO INTEGRAL PELA SEGURADORA - ALEGAÇÃO DE DOENÇA PRÉ-EXISTENTE - AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DA MÁ FÉ DO SEGURADO - INEXISTÊNCIA DE EXAMES PRÉVIOS - OMISSÃO DA SEGURADORA.** Pactuado o seguro de vida desde o ano de 1990, na oportunidade da renovação e alteração do valor da Apólice em questão em 1997, a Seguradora não cuidou de exigir do segurado a realização de qualquer exame ou consulta médica, simplesmente recepcionou a sobredita alteração e recebeu mensalmente o prêmio por mais de 15 meses, sem qualquer contestação às declarações do Segurado, assumindo, portanto, os riscos do negócio. Assim sendo, presume-se a boa-fé do Segurado, já que não restou comprovada a omissão dolosa acerca da existência de doença preexistente à

formação do contrato, tendo em vista que a preexistência da doença não exclui o direito à indenização, o que somente ocorre quando se comprova que a ocultação da existência dela tem como verdadeira intenção a obtenção de vantagem indevida, o que não ficou configurado nestes autos **APELAÇÃO CONHECIDA E DESPROVIDA.** (TJ-BA - Apelação APL 00720103020008050001 BA 0072010-30.2000.8.05.0001 (TJ-BA)

Ementa: AGRAVO INOMINADO. APELAÇÃO. SEGURO DE VIDA. RELAÇÃO DE CONSUMO. **RECUSA DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA AOS BENEFICIÁRIOS APÓS A MORTE DO SEGURADO. ALEGAÇÃO DE OMISSÃO DA ENFERMIDADE PREEXISTENTE.** SEGURADORA QUE NÃO REALIZOU EXAMES PRÉ-ADESÃO. ABUSIVIDADE DA CONDUTA DA PRESTADORA DE SERVIÇO. DANOS MORAIS CONFIGURADOS. Sem razão a recorrente, uma vez que a decisão monocrática está em consonância com a jurisprudência dominante tanto deste Tribunal quanto do Superior Tribunal de Justiça. Ação indenizatória ajuizada por beneficiários de seguro de vida, com fundamento em recusa de seguradora em efetuar o pagamento de indenização após a morte do segurado. Evidente relação consumerista, subsumindo-se às normas do Código de Defesa do Consumidor que, em seu art.14, consagra a responsabilidade objetiva do fornecedor de serviços, bastando para tanto a demonstração do fato, do dano e do nexo causal, sendo prescindível a presença da culpa. Conjunto probatório que atesta a existência do contrato de seguro e o falecimento do segurado. Posição adotada pelo Superior Tribunal de Justiça, no sentido de que "a seguradora não pode recusar o pagamento da indenização securitária alegando que a doença é preexistente à contratação se não exigiu prévios exames clínicos do segurado." (AgRg no AREsp 389.782/SP, Rel. Ministro ANTONIO CARLOS FERREIRA, QUARTA TURMA, julgado em 06/05/2014, DJe 12/05/2014). Recusa abusiva da seguradora que ensejou flagrante frustração da expectativa dos consumidores quanto à prestação do serviço contratado, respaldando, por consequência, a condenação à reparação moral. Verba reparatória arbitrada no valor de R\$ 3.000,00 (três mil reais), para cada autora, que atenta para o patamar adotado por esta corte em casos assemelhados. Termo inicial de juros de mora sobre a verba indenizatória por danos morais que deve ser a data da citação. Correção monetária a partir da fixação. Posição assente no Superior Tribunal de Justiça. **RECURSO DESPROVIDO.** (TJ-RJ - APELAÇÃO APL 01714956120108190001 RJ 0171495-61.2010.8.19.0001 (TJ-RJ)

Ementa: DIREITO CONSUMERISTA. SEGURO POR MORTE - PAGAMENTO DE PRÊMIO POR MORTE - **NEGATIVA DA SEGURADORA DE PAGAR A INDENIZAÇÃO AOS BENEFICIÁRIOS - ALEGAÇÃO DE DOENÇA PREEXISTENTE DA SEGURADORA - AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DA MÁ-FÉ DO CONTRATANTE - CONFIRMAÇÃO DO DEVER DE INDENIZAR - RECURSO DE APELAÇÃO IMPROVIDO.** A seguradora tem obrigação de pagar a indenização quando, em contrato firmado com

o segurado, deixa de exigir exames médicos para atestar o estado de saúde do mesmo e, nem ao menos, busca dele declaração acerca de eventuais problemas. **Desta forma, ainda que o segurado haja falecido de doença preexistente à contratação do seguro, não pode a seguradora querer eximir-se de sua obrigação, se não comprova a má-fé do segurado.** Recurso que se nega provimento. (TJ-AM - Apelação APL 07163476220128040001 AM 0716347-62.2012.8.04.0001 (TJ-AM))

Ementa: E M E N T A-APELAÇÃO CÍVEL - AÇÃO DECLARATÓRIA DE NULIDADE, C/C COBRANÇA - PLANO DE PECÚLIO - CARÊNCIA EM CASO DE MORTE NATURAL - CLÁUSULA CONTRATUAL COM CLAREZA E DESTAQUE - PREVISÃO LEGAL - ART. 797 DO CÓDIGO CIVIL - REDUÇÃO DO PRAZO - PROVIDÊNCIA INÓCUA - **JUSTA RECUSA AO PAGAMENTO DO SEGURO DE VIDA** - RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. 1. As cláusulas que dispõem sobre o período de carência para pagamento do seguro possuem redação clara e estão destacadas no regulamento através da grafia em negrito, o que, aliado à informação constante da proposta de adesão, permite ao aderente a inequívoca ciência, bem como a fácil e imediata compreensão do conteúdo da cláusula restritiva de direito, atendendo aos ditames do Código do Consumidor, o que afasta a nulidade quanto à forma. 2. No que diz respeito à previsão de carência em si, o Código do Consumidor não veda a contratação sob cláusulas que restringem direitos do consumidor. 3. A distinção de prazos de carência entre morte por causa natural e em decorrência de causa acidental se justifica a fim de evitar a atuação de má-fé, daquele que contrata seguro de vida omitindo a existência de doença que lhe impõe risco iminente de morte por causa natural, o que, a toda evidência, não se verifica na morte causada por acidente. 4. A previsão de carência encontra guarida no art. 797 do Código Civil . Entretanto, há a possibilidade de se reconhecer a abusividade de cláusulas prevendo períodos exagerados ou desarrazoados de carência. 5. No caso em exame, ainda que se admita excessivo e, portanto, abusivo o prazo de 2 anos de carência previsto no contrato, deve-se proceder à sua redução e não exclusão, o que, porém, seria inócuo, considerando que o segurado faleceu em exíguo lapso temporal contado do contrato, situação que torna justa a recusa da apelante ao pedido de pagamento do benefício. (TJ-MS - Apelação APL 08000237620118120046 MS 0800023-76.2011.8.12.0046 (TJ-MS))

Ementa: APELAÇÃO CIVEL. SEGUROS. AÇÃO DE COBRANÇA. SEGURO DE VIDA EM GRUPO. **NEGATIVA DE COBERTURA. DOENÇA PREEXISTENTE.** RECUSA INJUSTIFICADA. Interesse de agir. Ainda que não haja prévio comunicado à seguradora acerca da ocorrência do sinistro, não perdem os beneficiários interesse de cobrar as cobertura na via judicial. A mera alegação de doença pré-existente pela seguradora não afasta sua obrigação de indenizar. Pago o risco invalidez permanente ao segurado há uma antecipação da cobertura básica. Isso em relação à outra seguradora. Apelo não provido em relação a primeira Seguradora, mas acolhido em relação

à segunda. APELO PARCIALMENTE PROVIDO. (Apelação Cível Nº 70049813470, Sexta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Elisa Carpin Corrêa, Julgado em 10/07/2014). (TJ-RS - Apelação Cível AC 70049813470 RS (TJ-RS))

As decisões variam de acordo com a interpretação dos magistrados, uma vez que no entendimento da justiça brasileira, são as seguradoras que devem provar a boa e a má fé do proponente segurado, mesmo que existam cláusula de exclusão devidamente apresentada nas condições gerais do produto, tornando difícil o desenvolvimento do produto de forma célere pela primazia do crédito do instituto seguro de pessoas.

Ainda que as decisões judiciais, sejam inicialmente benéficas para o seguro ou para os beneficiários, verifica-se que o segurado pode estar ingressando no seguro com doenças pré-existentes, o que gera problemas no mutualismo do seguro, com reflexos negativos no cenário securitário.

Vale ressaltar que os magistrados entendem que a conduta do segurado é de boa-fé, ainda que de forma presumida e para o fornecedor, ou seja, a seguradora a responsabilidade é objetiva.

Percebe-se também que algumas decisões poderão não ter o mesmo êxito, conforme o julgado apresentado, onde na interpretação do magistrado, o segurado deve ter plena ciência no cumprimento das obrigações constantes nas condições gerais, participando de forma direta em caso de sinistro, mesmo que esteja de boa-fé.

6 CONCLUSÃO

A relação contratual de seguro no Brasil possui grande importância no cenário consumerista uma vez que transfere o risco do segurado, como também em razão da finalidade social que o mesmo representa, pois com certeza seria muito diferente se não existisse o instituto do seguro, gerando um caos social, com reflexo negativo na economia do Brasil. Dessa forma esse relevante setor possibilita a proteção da vida das pessoas.

No seguro de pessoas, encontram-se as coberturas de sobrevivências através da interrupção no curso da vida, como também as causas naturais e acidentais, fazendo valer o que dispõe nos contratos de seguros pactuados de acordo com a necessidade de cada proponente segurado.

Frágil por natureza, os contratos possuem nas relações securitárias, interpretações jurisprudenciais que são tanto a favor como contra o segurado. Porém o consumidor é reconhecidamente vulnerável, por lei, e, por não possuir conhecimento técnico do produto, isso relativiza a sua capacidade, mormente quando o produto não é rigorosamente apresentado, não permitindo que sejam exauridas todas as dúvidas sobre sua abrangência e responsabilidades no momento da contratação.

Para melhoria do processo de contratação, o segurado deve ser informado sobre os prazos e procedimentos para a análise dos sinistros, pois nessa etapa a seguradora só poderá iniciar a respectiva apuração, regulação e liquidação, após à apresentação de todos os documentos pertinentes ao evento ocorrido, já que documentos incompletos inviabilizam a conclusão do processo, como também podem configurar má-fé por parte do segurado, caso ele se recuse a prestar informações relevantes sobre o sinistro.

Embora a cultura da contratação de seguro de pessoa ainda seja um grande divisor de águas no sistema jurídico brasileiro, no sentido da transferência do risco, percebe-se que as companhias seguradoras estão cada vez mais ofertando produtos voltados para a sobrevivência do segurado, ou seja, fazendo valer primeiramente o seguro em vida, garantindo ao proponente uma indenização pela interrupção do curso normal da vida para depois atingir a sua finalidade que é a proteção do seguro de vida, visando garantir aos beneficiários, declarados ou não no

contrato de seguros, a proximidade com a normalidade pela falta daquele que o contratou.

Pela sua importância e grande relevância social, o contrato merece que os dispositivos previstos no Código Civil possam não só existir, fundamentando no sentido de proporcionar mais transparência, como também que o condicionamento da prestação de serviços seja antecipado ao proponente segurado sobre os seus direitos e deveres, e que o rigor seja feito preliminarmente, ou seja, no momento da contratação e não no momento do aviso de sinistro, como ocorre costumeiramente.

Os artigos dedicados ao assunto no Código Civil são incompletos e, por consequência, geram fragilidade na relação contratual do seguro de pessoas. Um setor que cresce de forma acelerada pela sua necessidade basilar, não pode ser alvo de expectativa frustrada e sim atendida ou, pelo menos, minimizada pela sua função social.

Na certeza de que artigos complementares possam servir para esclarecer qualquer tipo de dúvida, como também obrigações por parte das companhias de seguros na oferta dos seus produtos, esclarecendo de forma veemente os direitos e obrigações, darão ao instituto Seguro de Pessoas não só melhor transparência ao setor, como também um aumento na contratação dos produtos, alavancando o mercado de seguros e fortalecendo a relação contratual. Desse modo, o contrato de seguro poderá melhor atingir a sua finalidade social, evitando frustrações e gerando por consequência, reflexos negativos para a atividade securitária.

A regulação de sinistro deve ocorrer para fazer valer o direito à indenização por parte do segurado e seus beneficiários e o cumprimento da obrigação por parte da seguradora de restabelecer o equilíbrio econômico interrompido, bem como atender a finalidade do seguro através do mutualismo que é o pagamento do sinistro.

Assim, todas as vezes que ocorrer um sinistro, o segurado estará certo de que a cobertura contratada terá garantia para determinado evento, uma vez que as informações quanto às garantias chegaram ao seu alcance no momento inicial, ou seja, no ato do contrato de seguro, dando a certeza de legítima expectativa.

Conclui-se que artigos complementares do Código Civil serão de suma importância para tornar relevante o dever legal das companhias seguradoras, obrigando-as a informar não só nas condições gerais, não só ao mercado resumido, não só ao

corretor de seguros, como também deverá ser o coração da negociação, com base na boa-fé contratual.

REFERÊNCIAS

BESSA, Leonardo Roscoe. **Aplicação do Código de Defesa do Consumidor: análise crítica da relação de consumo**. 2. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2009.

CÓDIGO CIVIL BRASILEIRO. **Artigo 757**: lei nº10.406, de 10 de janeiro de 2002.

CUNHA, Mario Viola de Azevedo. **Privacidade e seguro**: a coleta e utilização de dados nos ramos de pessoas e saúde – Rio de Janeiro: FUNENSEG. 2009

CAVALIERI FILHO, Sergio. **Programa de direito do consumidor**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

FUNENSEG. Diretoria de Ensino Técnico. **Seguros de pessoas**. Assessoria técnica de Bruno Kelly. 10. Ed. Rio de Janeiro: Funenseg, 2016.

MATOS, Robson Pedro e MOLINA, Fabiana Ricardo. **O Contrato de Seguro e o Código de Defesa do Consumidor**. São Paulo: Quartier Latin, 2006.

MENDONÇA, Antonio Penteado. **Temas de Seguro**. 2ª ed. São Paulo: Editora Roncarati, 2010.

GONÇALVES, Carlos Roberto. **Direito civil brasileiro, volume III**: contratos e atos unilaterais. São Paulo: Saraiva, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE DIREITO DE SEGURO (Coord.). **Seguros**: uma questão atual. São Paulo: Max Limonad, 2001.

KRIGER FILHO, Domingos Afonso. **Contrato de Seguro no Direito Brasileiro**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Labor Juris. 2001.

MANICA, Lais. **Contrato de seguro de Vida**. Porto Alegre: Universidade Federal Do Rio Grande Do Sul, 2010.

MARENSI, Voltaire Giavarina. **O seguro a vida e sua modernidade**. Rio de Janeiro: Lúmen Juris, 2008.

MARQUES. Cláudia Lima. **Comentários ao código de defesa do consumidor**. 2. ed. São Paulo: Revistas dos Tribunais, 2006.

MARTINS, João Marcos Brito. **O contrato de seguro**: comentado conforme as disposições do novo código civil, Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.

MORAES, Paulo Valério dal Pai Moraes. **Código de Defesa do Consumidor**: o princípio da vulnerabilidade no contrato, na publicidade e nas demais práticas comerciais - interpretação sistemática do Direito. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2009.

NETTO, Felipe Peixoto Braga. **Manual de Direito do consumidor**: à luz da jurisprudência do STJ-12.ed.rev., ampl. E atual.-Salvador: Ed. Juspodivm, 2017.

NUNES, Taynara Soares. **O seguro de vida e suas divergências jurídicas**. 2009.

PEREIRA, Caio Mário a Silva. **Direito civil**: alguns aspectos da sua evolução. Rio de Janeiro: Forense, 2001.

PIMENTEL, Ayrton. Os seguros de vida e acidentes pessoais. In: **Seguros**: Uma questão atual. São Paulo: Editora Max Limonad, 2001.

RAGAZZI, José Luiz. **Intervenção de terceiros e o Código de Defesa do Consumidor**. 2. ed. São Paulo. Verbatim, 2010.

SOUZA, Silney. **Seguros, Contabilidade, Atuária e Auditoria**. 2014.

SUSEP. Disponível em: <http://www.susep.gov.br/menu/informacoes-ao-publico/planos-e-produtos/seguros/seguro-de-pessoas>. Acesso em: 07 de out 2016.

Tribunal de Justiça do Estado da Bahia, **Apelação nº 00720103020008050001 / BA**, Segunda Câmara Cível, Relator: GESIVALDO NASCIMENTO BRITTO, Julgado em 17/09/2012. Disponível em <www.tjba.jus.br> Acesso em 11/10/2017.

Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, **Apelação nº 01714956120108190001 / RJ**, Segunda Instância – Vara Cível, Relator: DES. MARIA LUIZA DE FREITAS CARVALHO, Julgado em 14/01/2015. Disponível em <www.tjrj.jus.br> Acesso em 11/10/2017.

Tribunal de Justiça do Estado do Amazonas, **Apelação nº 07163476220128040001 / AM**, Segunda Câmara Cível, Relator: DES. WELLINGTON JOSÉ DE ARAÚJO, Julgado em 14/09/2015. Disponível em <www.tjam.jus.br> Acesso em 11/10/2017.

Tribunal de Justiça do Estado do Mato Grosso do Sul, **Apelação nº 08000237620118120046 / MS**, 5ª Câmara Cível, Relator: DES. SIDENI SONCINI PIMENTEL, Julgado em 31/01/2013. Disponível em <www.tjms.jus.br> Acesso em 11/10/2017.

Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul, **Apelação nº 70049813470 / RS**, Sexta Câmara Cível, Relator: DES. ELISA CARPIM CORRÊA, Julgado em 10/07/2014. Disponível em <www.tjrs.jus.br> Acesso em 11/10/2017.

USTÁRROZ, Daniel. **Contratos em espécie**. São Paulo: Atlas, 2015.

VENOSA, Sílvio de Salvo. **Direito civil**: teoria geral das obrigações e teoria geral dos contratos. 4. Ed. São Paulo: Atlas, 2004.