

**A DOENÇA PREEEXISTENTE, NÃO COMUNICADA, COMO CAUSA
EXONERATIVA DO DEVER DE INDENIZAR DAS SEGURADORAS NOS
CONTRATOS DE SEGURO DE VIDA: UMA ANÁLISE DA APLICAÇÃO DA BOA-
FÉ OBJETIVA E DO DEVER DE INFORMAÇÃO**

Marciele Cristine Schneider*

Daniela Courtes Lutzky**

RESUMO

O presente artigo tem por objetivo analisar a extensão da aplicabilidade da boa-fé e do dever de informação como fundamento para a exoneração da seguradora do seu dever de indenizar sinistros decorrentes de doença preexistente de conhecimento do segurado e não comunicada no ato de contratação do seguro de vida. Esse contrato é ancorado na boa-fé e no dever informacional recíproco existente entre seguradora e segurado. A primeira, quanto às informações relevantes a serem prestadas para a aceitação e formação do contrato, e ao segundo quanto às declarações prestadas à seguradora através do preenchimento da proposta de adesão, a qual se pressupõem veracidade. Não raras as vezes, tal fato conduz a seguradora a prestar informações insuficientes ao segurado e este a agir com reticência perante aquela, com a finalidade de obter vantagem econômica. No caso de doença preexistente, verifica-se que há lacunas no Código Civil quanto à necessidade de a doença ser a causa do sinistro e a materialização da violação à boa-fé, ensejando em relevante insegurança jurídica às seguradoras e aos segurados, visto os diversos posicionamentos dos Tribunais Pátrios. E com o intuito de expor a referida problematização, será analisada a legislação, doutrina e jurisprudência sobre o tema, fazendo uso da metodologia dedutiva e dialética.

Palavras-chave: Seguro de vida. Doença preexistente. Boa-fé objetiva. Dever de Informação.

1 INTRODUÇÃO

O contrato de seguro tem sua gênese relacionada à constante busca da pessoa em resguardar seus bens patrimoniais e o bem-estar de si mesmo ou de seus herdeiros de infortúnios da vida. Essa ânsia motivou, dentre outros, a idealização do seguro de pessoas como garantidor do pagamento de uma indenização aos beneficiários em contraprestação ao pagamento do prêmio pelo segurado ao segurador.

Este ramo do direito privado apresenta-se como um contrato de especial importância no corpo social em que vivemos, haja vista que o mercado securitário tomou largas

* Acadêmica do Curso de Ciências Jurídicas e Sociais da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). E-mail: Marciele.Schneider@edu.pucrs.br.

** Orientadora, Doutora em Direito, Professora da Escola de Direito da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). E-mail: daniela@jaegeradv.com.br.

proporções de expansão, movimentando grandes quantias monetárias e, ademais, é objeto de inúmeros litígios nos Tribunais Pátrios.

Em se tratando de seguro de pessoas, em específico da espécie seguro de vida, uma das maiores problemáticas na atualidade é a exclusão do dever das seguradoras em efetuar o pagamento da cobertura securitária para eventos decorrentes de doenças preexistentes, entendidas como os males de conhecimento do segurado e omitidos no ato da contratação do seguro.

Desse modo, essa problemática decorre da usurpação da boa-fé objetiva e do dever informacional tanto pela seguradora, quanto pelo segurado. A seguradora, em relação à cláusula que exclui dos riscos cobertos os eventos decorrentes de doenças preexistentes e do preenchimento de declarações pessoais de saúde ambíguas previamente redigidas. E, pelo segurado, através da omissão, inexatidão quanto ao seu real estado de saúde, que acaba não somente prejudicando a seguradora, mas também os demais segurados que fazem parte do mesmo grupo segurado.

Assim, aliado a esse fator, os julgados dos Tribunais Pátrios, dadas as novas interpretações às normas criadas pelo legislador e às lacunas que a lei não consegue valorar – tais como a caracterização da violação da boa-fé e do dever informacional, o nexo de causalidade da doença preexistente e a causa do óbito, a necessidade de realização de exames médicos – vêm promovendo insegurança jurídica. Esse fato apresenta-se ainda mais evidente por meio de decisões que flexibilizam o princípio da boa-fé e do dever informacional, que são elementos essenciais do contrato de seguro.

Dessa forma, justifica-se a importância de se enfrentar esse tema, em razão da divergência jurisprudencial crescente no sentido de flexibilizar os elementos estabelecidos pelos próprios tribunais para ser apurada a violação à boa-fé objetiva e ao dever de informação. Esta análise será realizada a partir dos métodos de abordagem dedutivo e dialético, valendo-se de revisão bibliográfica e de coleta de jurisprudência.

Para isso, ao se dividir o trabalho, optou-se por abordar, em um primeiro ponto, as disposições gerais do contrato de seguro aplicáveis especificadamente ao seguro de vida, buscando oportunizar ao leitor uma visão abrangente desse contrato. No segundo capítulo, passa-se à elucidação do conceito de doenças preexistentes, para, conseqüentemente, no terceiro capítulo, demonstrar os instrumentos utilizados em regra pelas seguradoras para apurar a doença preexistente. Tão logo, no quarto capítulo, aborda-se o conceito e a importância da observância ao princípio da boa-fé e o dever de informação nos casos de doença preexistente.

E, por fim, no quinto e último ponto, serão analisados os fundamentos jurídicos utilizados pelos tribunais de justiça para provar a má-fé do segurado, bem como flexibilizar o princípio da boa-fé e, conseqüentemente, o disposto na Súmula 609 do Superior Tribunal de Justiça (STJ), no artigo 766 do Código Civil (CC).

2 O CONTRATO DE SEGURO DE VIDA NO BRASIL

O contrato de seguro de vida apresenta-se como uma das espécies de seguro de pessoas, cujo regramento legal está previsto na Seção III do Capítulo XV, nos artigos 789 a 802 do CC. A ele ainda são aplicáveis as disposições gerais estabelecidas nos artigos 757 a 777, do CC, bem como o Código de Defesa do Consumidor (CDC) e as normas infralegais, resoluções do Conselho Nacional de Seguros Privados (CNPS) e as circulares da Superintendência de Seguros Privados (SUSEP).

Conforme o artigo 757 do CC, o seguro é um contrato pelo qual o segurador, mediante o recebimento de um prêmio, assume perante o segurado a obrigação de pagar-lhe uma determinada quantia, prevista no contrato, caso o risco a que está sujeito se materialize.¹ No seguro de vida, o risco incide sobre a pessoa do segurado, sua vida e não sobre interesses relativos a bens aos quais tenha interesse econômico (seguro de dano)².

Pontes de Miranda define o seguro de vida como sendo “a espécie de seguro em que a vinculação do segurador consiste em prestar capital, ou renda periódica, a partir de determinado momento, no caso de morte do contratante, ou de outrem, ou no caso de duração da vida”³.

Nessa ótica, afere-se que o seguro de vida tem por objetivo garantir riscos atinentes à duração da vida, garantindo interesse legítimo em relação às pessoas. Para tanto, a análise do risco pela seguradora reveste-se de notável importância, principalmente no que diz respeito ao estado de saúde, idade e atividade profissional do segurado, fatores estes inerentes à longevidade da vida⁴. Partindo dessa qualificação, é possível aferir os elementos essenciais e a natureza jurídica que norteiam o contrato de seguro.

¹ CAVALIERI FILHO, Sérgio. **Programa de responsabilidade civil**. 14. ed. São Paulo: Atlas, 2020, p. 465.

² CORDEIRO, Antônio Menezes. **Direito dos seguros**. Coimbra: Almedina, 2013, p. 787.

³ MIRANDA, Pontes de. **Tratado de direito privado: parte especial, tomo XLVI**. Rio de Janeiro: Editora Borsoi, 1972, p. 491.

⁴ TZIRULNIK, Ernesto; CAVALCANTI, Flávio de Queiros B.; PIMENTEL, Ayrton. **O contrato de seguro: de acordo com o novo código civil brasileiro**. 2. ed. Rev., atual. e ampl. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2003, p. 154.

A despeito da natureza jurídica do seguro, a doutrina classifica-o como sendo: a) bilateral, pois apresenta direitos e deveres proporcionais, de modo a estar presente o sinalagma; b) oneroso pela presença de remuneração, denominada prêmio, a ser pago pelo segurado ao segurador; c) consensual, face ao aperfeiçoamento com a manifestação de vontade das partes; d) aleatório, pois o risco é fator determinante do negócio em decorrência da possibilidade de ocorrência do sinistro, evento futuro e incerto com o qual o contrato mantém relação.⁵

J. B. Torres Albuquerque⁶ salienta que “a não ocorrência do sinistro, hipótese em que o segurador não teria que pagar a indenização, não descaracteriza a onerosidade, visto que, ainda assim, o segurado desfrutará da vantagem de gozar de proteção patrimonial”.

Ainda, em que pese seja matéria controversa, importa mencionar que há corrente doutrinária que entende ser o seguro espécie de contrato comutativo, pois o risco poderia ser determinado por cálculos atuariais e por trazer a ideia de garantia. Dessa forma, assinalam Ernesto Tzirulnik, Flávio de Queiroz B. Cavalcanti e Ayrton Pimentel⁷:

A ideia de garantia (‘o segurador se obriga (...) a garantir interesse legítimo do segurado’), embora não viesse explicitada no Código anterior, já era proclamada pela doutrina brasileira como elemento nuclear para a compreensão da natureza jurídica e efeitos do contrato de seguro. A posituação conjugada de garantia e interesse (objeto da garantia) e o abandono da ideia de indenização como elemento essencial do contrato esvaziam, no direito positivo brasileiro, a secular polêmica entre dualistas e os unilateralistas a respeito da função indenizatória (ou não) dos seguros de pessoas.

(...)

A comutatividade do contrato tem por base justamente o reconhecimento de que a prestação do segurador não se restringe ao pagamento de uma eventual indenização (ou capital), o que apenas se verifica no caso de sobrevir a lesão ao interesse garantido em virtude da realização do risco predeterminado. Tal prestação consiste, antes de tudo, no fornecimento de garantia e é devida durante toda a vigência material do contrato. A comutação ocorre entre prêmio (prestação) e garantia (contraprestação).

Por seu turno, o contrato de seguro de vida é considerado como típico contrato de adesão, porquanto a redação das cláusulas que regem o contrato é preestabelecida unilateralmente pelas seguradoras, sem qualquer participação do segurado. Nesse sentido, cabe transcrever a definição trazida por Cláudia Lima Marques⁸:

⁵ TARTUCE, Flávio. **Direito Civil: teoria geral dos contratos e contratos em espécie** – v.3. 15. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2020, p. 737.

⁶ ALBUQUERQUE, J. B. Torres de. **O seguro no direito brasileiro**. São Paulo: Edjur, 2003, p. 31.

⁷ TZIRULNIK, Ernesto; CAVALCANTI, Flávio de Queiroz B.; PIMENTEL, Ayrton. **O contrato de seguro: de acordo com o novo código civil brasileiro**. 2. ed. São Paulo. Revista dos Tribunais, 2003, p. 30-31.

⁸ MARQUES, Cláudia Lima. **Comentários ao código de defesa do consumidor**. 2. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2006, p. 800.

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, desejam 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.

Inclusive, o Supremo Tribunal Federal, no julgamento da Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 2.591-1/DF⁹, já consolidou que o contrato de seguro de vida encontra-se sob a égide do CDC, em face da atividade securitária ser erigida no ordenamento jurídico brasileiro como prestação de serviço, pelo artigo 3º, §2º do referido diploma legal¹⁰.

A fim de ilustrar a caracterização do contrato de seguro como típico contrato de adesão, colaciona-se, a seguir, a ementa de um julgado recente do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul (TJRS):

APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA. SEGURO DE VIDA. INCAPACIDADE PARA AS ATIVIDADES MILITARES. NÃO COMPROVADO O VÍNCULO CONTRATUAL. INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA. NÃO É ABSOLUTA. 1) **A atividade securitária sofre a incidência e regulação do Código de Defesa do Consumidor, em vista de que se trata de típico contrato de adesão, mormente diante da manifesta fragilização da *pacta sunservanda*, haja vista que o instrumento, embora bilateral, resultou em margem mínima de discutibilidade por parte do aderente, utente da garantia e, nessa condição, inferiorizado contratualmente.** 2) Contudo, mesmo considerando a incidência do Código de Defesa do Consumidor ao caso sub judice, tal não desonera a parte autora de comprovar os fatos constitutivos do direito alegado, nos termos do art. 373, I, do CPC. NEGARAM PROVIMENTO À APELAÇÃO. UNÂNIME.¹¹(Grifou-se)

De tal modo, é certo que o seguro de vida é um típico contrato de adesão, passando a ser tutelado concomitantemente pelo CDC.

Nessa sistemática, em que pese não seja unanimidade na doutrina face às inúmeras classificações, observa-se que os elementos essenciais do contrato de seguro é o interesse, que é a relação de valor do sujeito para com a pessoa beneficiada; o risco, que é a possibilidade de

⁹ BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Tribunal Pleno. **Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 2591-1/DF**. Relator: Carlos Velloso. Brasília, 07 de jun. de 2006. Disponível em:

<http://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=1990517>. Acesso em 30: ago. 2020.

¹⁰ Art. 3º CDC: “Fornecedor é toda pessoa física ou jurídica, pública ou privada, nacional ou estrangeira, bem como os entes despersonalizados, que desenvolvem atividades de produção, montagem, criação, construção, transformação, importação, exportação, distribuição ou comercialização de produtos ou prestação de serviços; §2º: Serviço é qualquer atividade fornecida no mercado de consumo, mediante remuneração, inclusive as de natureza bancária, financeira, de crédito e securitária, salvo as decorrentes das relações de caráter trabalhista.”

¹¹ RIO GRANDE DO SUL, Tribunal de Justiça do. (6ª Câmara Cível). **Apelação Cível nº 70082788407**. Relatora: Eliziana da Silveira Perez. Porto Alegre, 10 de out. de 2019. Disponível em: https://www.tjrs.jus.br/buscas/jurisprudencia/exibe_html.php. Acesso em: 22 set. 2020.

ocorrência do evento danoso segurado, no caso a vida, devendo a perda ser previamente quantificada, explicada, mensurada e absolutamente acidental; o prêmio é o “preço do risco”, ou seja, a contraprestação essencial do segurado para a formação do fundo comum; e pôr fim a garantia que corresponde à indenização¹².

Destarte, perquirindo o objeto do presente trabalho, qual seja, a verificação da aplicabilidade da cláusula de exclusão de cobertura para eventos decorrentes de doença preexistente, entendida como aquela doença de ciência do segurado e não informada no ato da contratação do seguro, adotar-se-á o entendimento de Sérgio Cavalieri Filho, de que o contrato de seguro se consolida em três elementos essenciais: risco, mutualidade e boa-fé, que se revestem de verdadeiros princípios (princípio da predeterminação dos riscos; princípio da mutualidade e princípio da boa-fé objetiva)¹³.

O risco, no contrato de seguro de vida, é entendido pela possibilidade de ocorrer ou não evento futuro e incerto de eventos relevantes aos interesses do contratante do seguro¹⁴, intimamente relacionados à expectativa da vida.

Isso quer dizer que o risco é a matéria prima que o segurado traz ao segurador, diante da efetiva possibilidade de ocorrência de um fato, como, por exemplo, a sua morte. Esse fato justifica o seu interesse em dispor-se a pagar um preço predeterminado para afastar ou reduzir a sensação de incerteza e eventuais consequências econômicas decorrentes da possível efetivação do risco¹⁵.

Em outras palavras, o risco é a contingência ou aproximação de um dano, um acontecimento ou modificação do mundo exterior, incerto quanto a sua posição ou quanto ao momento de sua concretização. Esta última é o que se passa nos seguros de vida, que cobrem o risco de falecimento: este evento é certo que ocorre, mas se desconhece o momento de sua ocorrência¹⁶.

Por tais motivos, é crucial a predeterminação de risco, visto que, neste ponto, o segurador estabelece os contornos da obrigação assumida e toma as bases para o cálculo do prêmio a ser pago pelo segurado, que não deve ser interpretado extensivamente, para não comprometer o fundo constituído e violar a noção de mutualismo.

O mutualismo é a base técnica que sustenta todos os contratos de seguro. É o suporte econômico essencial em toda a operação de seguro, na qual cada um contribui com uma

¹² FRANCO, Vera Helena de Mello. **Contratos: direito civil e empresarial**. 5ª Ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2014, p. 331-345.

¹³ CAVALIERI FILHO, Sérgio. **Programa de Responsabilidade Civil**. 13ª Ed. São Paulo: Atlas, 2019, p. 547.

¹⁴ COELHO, Fábio Ulhoa. **Curso de direito civil, volume 3**. São Paulo: Saraiva, 2005, p. 342.

¹⁵ CAMPOY, Adilson José. **Contrato de Seguro de Vida**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2014, p. 29.

¹⁶ SIGNORINO, Andrea Barbat. **Estudios de derecho de seguros**. Motevideo: La Ley, 2016, p. 454.

pequena parcela, proporcional à sua parte no risco, criando uma quantia para suportar os prejuízos que alguns dos componentes do grupo sofrerão¹⁷.

Para tanto, no contrato de seguro, a observância da boa-fé objetiva, tema que será aprofundado posteriormente, tanto no momento da contratação, quanto na execução, é fundamental, pois é um fator direcionador das relações jurídicas obrigacionais advindas do arcabouço jurídico desse contrato, conforme previsão legal do artigo 765 do CC, em consonância com o sentido estabelecido nos artigos 113, 187 e 422 do CC e 4, III e artigo 51, IV do CDC, que informam a base princípio lógico da boa-fé objetiva no Direito Privado¹⁸.

Em razão disso há riscos não cobertos pelas seguradoras, porquanto aumentam sobremaneira a probabilidade de ocorrência de sinistros. Estes eventos são previamente definidos pelas empresas securitárias e devem ser informados quando da contratação do seguro (artigo 62, Resolução CNPS nº 117/04¹⁹; artigo 56, Circular Susep nº 302/05²⁰). Dentre esses, chama-se atenção a um dos maiores problemas que envolvem o contrato de seguro de vida, a denominada doença preexistente, que será alvo de maior explanação no próximo tópico.

3. CONCEITO DE DOENÇAS PREEXISTENTES

De acordo com o artigo 62 da Circular 302/2005 da SUSEP, a doença preexistente é “doença de conhecimento do segurado e não declarada na proposta de contratação ou, no caso de contratação coletiva, na proposta de adesão”.

No mesmo sentido, por analogia, o artigo 11 da Lei nº 9.656/ 1998²¹, no inciso IX do artigo 4 da Lei nº 9.961/2000²² e as diretrizes estabelecidas na Resolução 162/2007²³ estabelecem que as doenças e lesões preexistentes são aquelas que o beneficiário (ou seu

¹⁷ POLIDO, Walter A. **Contrato de Seguro. Novos Paradigmas**. São Paulo: Editora Rocarati, 2010, p. 93.

¹⁸ THEODORO JÚNIOR, Humberto. **O contrato de seguro e a regulação do sinistro**. Revista Síntese de Direito Civil e Processual Civil. Porto Alegre, v.5, n.30, p. 5-23, jul./ago. 2004, p. 22-23.

¹⁹Art. 62. Deverão ser especificados, nas condições gerais ou especiais, os riscos cobertos e excluídos de cada cobertura.

²⁰Art. 56. As condições gerais e/ou especiais deverão apresentar as disposições de todas as coberturas incluídas no plano de seguro, com a especificação dos riscos cobertos. Parágrafo único. As exclusões específicas relativas a cada cobertura deverão ser inseridas após a descrição dos riscos cobertos.

²¹Art. 11. É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei após vinte e quatro meses de vigência do aludido instrumento contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor ou beneficiário.

²² Art. 4º Compete à ANS: (...) IX - normatizar os conceitos de doença e lesão preexistentes;

²³ Art. 2º Para fins desta Resolução, considera-se: I - Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, o inciso IX do art 4º da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000 e as diretrizes estabelecidas nesta Resolução;

representante legal) tem ciência de que é portador no momento da contratação ou adesão ao plano. Ou seja, essa se caracteriza por ser um risco potencialmente danoso, lícito e aleatório, que preexiste à contratação e ameaça um interesse legítimo – relativo à pessoa – do segurado²⁴.

Desse modo, Cláudia Lima Marques²⁵ conceitua a doença preexistente:

A preexistência da doença não se satisfaz apenas com a existência anterior da doença à celebração do contrato, mas exige que o contratante tenha conhecimento da sua existência. Desse modo, se o contratante tiver a doença antes de celebrar o contrato, mas o desconhecer, não estaremos diante, tecnicamente, de uma doença preexistente.

A partir dessa premissa, é evidente que não poderá haver alegação de preexistência se o indivíduo não tinha conhecimento da doença, já que não é possível declarar doença que não saiba ser portador, nem esconder o que se desconhece. Ou seja, exige-se a existência de nexo causal entre a doença omitida na contratação do seguro e a que causou o óbito do segurado²⁶. Isso porque, a simples ignorância da enfermidade não caracteriza doença preexistente, sendo devida a indenização²⁷. Por exemplo, se o segurado tinha problema de hipertensão arterial antes de contratar o seguro, mas o desconhecia, não se caracteriza a doença preexistente para fins legais.

Para ilustrar melhor a definição de doença preexistente, colaciona-se a seguir ementa de julgado recente do TJRS, acerca do tema:

RECURSO INOMINADO. CONSUMIDOR. AÇÃO DE COBRANÇA. SEGUROS DE VIDA. NEGATIVA DE COBERTURA. OMISSÃO DE DOENÇA PREEXISTENTE À CONTRATAÇÃO. EXAMES JUNTADOS AOS AUTOS, ANTERIORES À CONTRATAÇÃO DO SEGURO, QUE ATESTAM QUE O SEGURADO TINHA CONHECIMENTO DE SEU ESTADO DE SAÚDE. VIOLAÇÃO DO PRINCÍPIO DA BOA-FÉ CONTRATUAL. DEVER DE INDENIZAR NÃO CONFIGURADO. SENTENÇA REFORMADA. PEDIDOS INICIAIS IMPROCEDENTES. RECURSO PROVIDO.²⁸

²⁴ BANDEIRA, Paula Greco. **Contratos aleatórios no direito brasileiro**. Rio de Janeiro: Renovar, 2010, p. 11.

²⁵ MARQUES, Cláudia Lima. **Saúde e responsabilidade 2: a nova assistência privada à saúde**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2008, p. 237-238.

²⁶ Daniela Courtes Lutzky define como sendo uma relação de causa e consequência em que um decorre do outro: “O nexo causal é a relação de causa e efeito entre a ação ou omissão, e o dano; em outras palavras, é o vínculo entre dois eventos, apresentando-se um como consequência do outro”. LUTZKY, Daniela Courtes. **A reparação de danos imateriais como direito fundamental**. 1ª Ed. Porto Alegre: Livraria do advogado, 2012, p. 121.

²⁷ CAVALIERI FILHO, Sérgio. **Programa de responsabilidade civil**. 14ª Ed. São Paulo: Atlas, 2020, p. 572.

²⁸ RIO GRANDE DO SUL, Tribunal de Justiça do. (2ª Turma Recursal Cível). **Apelação Cível nº 70083511550**. Relatora: Ana Cláudia Cachapuz Silva Raabe. Porto Alegre, 26 ago. 2020. Disponível em: https://www1.tjrs.jus.br/site_php/consulta/consulta_acordaos.php?Numero_Processo=70083511550&code=0401

Desse modo, não basta que o segurado efetivamente possua certa doença no momento da contratação do seguro, mas é fundamental que ele tenha pleno conhecimento disso.

Ainda, do ponto de vista técnico, a doença preexistente caracteriza-se como uma forma de gerenciar riscos, em razão da probabilidade ou intensidade de ocorrência de fatos que escapam à álea do segurador, não sendo aferíveis atuarialmente, atendendo ao princípio do mutualismo exposto acima²⁹. Nesse ponto, ressalta-se que a autonomia privada das seguradoras, para delimitar o risco alvo de cobertura, não é ilimitada, sendo, em regra, decorrente de supervisão estatal. Dessa maneira, adverte Luiza Petersen³⁰:

[...] esse processo de predeterminação do risco não remete exclusivamente à autonomia das partes, observando normas imperativas, fixadas na lei ou pelo órgão regulador. Como um contrato de adesão cujo conteúdo se submete à supervisão estatal, o seguro deve observar uma série de normas administrativas que estabelecem verdadeiros modelos contratuais, com a previsão de cláusulas e coberturas obrigatórias. Igualmente, há uma série de normas na legislação civil e consumerista que limitam a autonomia das partes na atividade de predeterminação do risco, que vão desde a indicação expressa de riscos que devem e de riscos que não podem ser objeto de cobertura, até o controle da validade, da interpretação e da clareza e redação das cláusulas delimitativas do risco.

Nessa senda, embora seja facultado às seguradoras dispor da cláusula de exclusão de riscos decorrentes de doenças preexistentes, a sua previsão é comum nos contratos de seguro de vida.

E para atingir a finalidade social do contrato de seguro a não depender de processos burocráticos de fiscalização e pesquisas demoradas, atualmente, a doença preexistente é combatida através do processo de subscrição, com a exigência de preenchimento de perfil de risco e declaração de saúde, que inclui, entre outras características, a revelação de doenças e lesões preexistentes como, por exemplo, ser ou não portador de doença cardíaca, de doença degenerativa, de lesão física grave, entre outros, conforme se passará a aprofundar³¹.

&entrancia=2&id_comarca=700&nomecomarca=&orgao=TRIBUNAL%20DE%20JUSTI%C7A%20-%206.%20CAMARA%20CIVEL. Acesso em: 16 out. 2020.

²⁹ALMEIDA, José Carlos Moitinho de. **O contrato de seguro no direito português e comparado**. Lisboa: Livraria Sá da Costa, 1971, p. 199.

³⁰PETERSEN, Luiza Moreira. **O risco no contrato de seguro**. São Paulo: Roncarati, 2018, p. 106.

³¹FARIA, Lauro Vieira de. **Seguro e doença preexistente**. Revista Caderno de Seguros. Edição 178, p. 17-20. Disponível em: <http://cadernosdeseguro.ens.edu.br/pdf/cad178artigo-lauro-faria.pdf>. Acesso em: 10 set. 2020.

4. A PROPOSTA DE ADESÃO E A DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE DO SEGURADO COMO ELEMENTO BALIZADOR DA CONTRATAÇÃO DO SEGURO DE VIDA

Conforme preconiza o artigo 759 do CC, a emissão de apólice do seguro deve ser precedida de proposta de adesão escrita com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco. No mesmo sentido, disciplina o artigo 9º do Decreto-Lei nº 73/66 segundo o qual “os seguros serão contratados mediante propostas assinadas pelo segurado, seu representante legal ou por corretor habilitado, com emissão das respectivas apólices, ressalvado o disposto no artigo seguinte”.

O artigo 10 do referido decreto dispõe que “é autorizado a contratação de seguros por simples emissão de bilhete de seguro, mediante solicitação verbal do interessado”. Ou seja, há seguros de que podem ser concluídos com a simples emissão de um bilhete, contudo, é exceção, pois, em regra, faz-se necessário o preenchimento da proposta de adesão e, inclusive, vistoria prévia, fornecimento de documentos fins de confirmar as peculiaridades do risco a ser coberto.

Assim, a proposta tem a finalidade específica de fornecer à seguradora os elementos essenciais para nortear o segurador quanto ao perfeito enquadramento do risco assegurado, bem como a fixação do preço do prêmio³².

Desse modo, todas as propostas contratuais devem ser revestidas de veracidade, boa-fé, completude, informação e cooperação. Até porque a proposta visa a exteriorizar a vontade do proponente e de oferecer informações à seguradora acerca do interesse e do risco, guiando a própria interpretação do contrato.

E no seguro de vida, em regra, é exigido do segurado condição de saúde, bem como a informação acerca da existência ou não de doenças preexistentes e demais circunstâncias, as quais interferem na avaliação do risco e mensuração do prêmio, por meio do preenchimento da declaração pessoal de saúde (DPS).

Desse modo, a declaração pessoal de saúde consiste em um questionário que deve ser preenchido pelos segurados, fornecendo informações sobre seu estado de saúde, tais como existência de doenças, realização de tratamentos médicos e uso de medicamentos. É com base nessas informações que, eventualmente, serão identificadas as doenças preexistentes.

³²SENE, Leone Trida. **Seguro de pessoas: negativas de pagamento das seguradoras**. Curitiba: Juruá, 2006, p. 32.

Quanto ao questionário, a doutrina aponta para uma dupla vertente quanto à sua relevância na definição do dever de declaração do risco³³. A primeira é o dever espontâneo. O questionário de informações fornecido pela seguradora não teria caráter exaustivo, mas seria mero ponto de partida. Assim, ainda que o tomador não indagasse expressamente sobre o fato relevante, o dever de informar subsistiria, contanto que a prestação da informação fosse comportamento razoavelmente expectável. Essa orientação é adotada em Portugal, nos termos do artigo 24º/1 do RJCS. A segunda vertente é a do questionário fechado. Nesse caso, o tomador do seguro assume posição passiva. Seu dever de informar se restringe ao que foi expressamente indagado. A mesma posição é adotada pela Alemanha, §19º/1 da Lei de Reforma do contrato de seguro, e pela França, no artigo 113-2-2º do *Codedes Assurances*³⁴.

Já a doutrina não possui clareza se o Código Civil adota o questionário fechado ou de declaração espontânea, haja vista a amplitude do dever de informação extraído do artigo 422 e 765 e da caracterização da boa-fé, objetiva do artigo 766 e 769.

Conforme será exposto a seguir, o dever informacional no contrato de seguro de vida é ambivalente, ou seja, recai tanto sobre o segurado, quanto sobre a seguradora. Refere-se isso ao passo que é a seguradora que detém melhores condições de exteriorizar, por meio de um questionário de riscos, elementos fáticos pertinentes para o equilíbrio do negócio jurídico pactuado³⁵. Já o segurado, ao preencher o formulário, pratica ato de execução instantânea e, portanto, é mais propenso à falha. Por isso, deve prestar informações que condizem com a verdade, pois o contrato de seguro é baseado na boa-fé em todas as suas etapas, inclusive na fase da proposta, fins de não incorrer na previsão do artigo 766 e artigo 79 da Circular Susep nº 302/05.

Nesse sentido, Thelma Mesquita Garcia e Souza³⁶ argumenta que “devido à variedade de dados aos quais só o proponente tem acesso e que seriam relevantes em relação ao risco, não se deve excluir a relevância de eventual informação que, nem mesmo a expertise do segurador poderia antever”.

³³ POÇAS, LUÍS. **O Dever de Declaração Inicial do Risco no Contrato de Seguro**. Coimbra: Almedina, 2013, p. 361-362.

³⁴ LOURO, Vanessa. “**Declaração Inicial do Risco no Contrato de Seguro: Análise do regime jurídico e breve comentário à jurisprudência recente dos Tribunais Superiores**”. Revista Eletrônica de Direito jul. 2016, nº 2, Faculdade de Direito da Universidade do Porto. Disponível em <http://www.cije.up.pt/content/declara%C3%A7%C3%A3o-inicial-do-risco-no-contrato-de-seguro-an%C3%A1lise-do-regime-jur%C3%ADdico-e-breve-coment%C3%A1rio>. Acesso em: 15 set. 2020, p. 11.

³⁵ OLIVEIRA, Leonardo David Quintanilha de. **O dever de prestar declaração do risco no contrato de seguro e o Direito Civil Sancionatório**. Revista jurídica de seguros. Nº 8. Rio de Janeiro: CNseg; Maio de 2018, p. 35.

³⁶ GARCIA E SOUZA, Thelma de Mesquita. **O Dever de Informar e sua Aplicação ao Contrato de Seguro**. Tese de doutoramento pela Universidade de São Paulo USP, 2012, p. 225. Disponível em www.teses.usp.br. Acesso em: 15 set. 2020.

Nota-se que, por meio da boa-fé das partes que perpassa pelo dever informacional, objetiva aos indivíduos possuem um alcance maior ao contrato de seguro de vida, deixando de onerar ambas as partes com procedimentos burocráticos, tais como exigência de exames médicos para averiguação de seu estado de saúde. Até porque, exigir que a seguradora faça um check-up no segurado, a cada contratação, é caminhar na “contramão” do princípio da boa-fé objetiva, bem como se estaria afirmando que as partes têm direito de prestar informações falsas. Nessa toada, colaciona-se recente decisão jurisprudencial do TJRS:

Apelação cível. Seguros. Ação de cobrança. Seguro de vida. Doença preexistente à data da contratação. Omissão consciente. Perda do direito ao benefício. Conhecimento do segurado acerca de doença preexistente. Omissão intencional de informação relevante. Se o segurado, por si ou por seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, perderá o direito à garantia. No contrato de seguro de vida, o segurado não tem direito à indenização caso, agindo de má-fé, silencie a respeito de doença preexistente que venha a ocasionar o sinistro, ainda que a seguradora não exija exames médicos no momento da contratação. Apelo provido.³⁷

À vista disso, o cerne da questão verte-se em exatificar se houve, ou não, a declaração falsa do segurado. Em caso afirmativo, exclui-se a responsabilidade da seguradora. Do contrário, ela tem o dever de indenizar.

A título ilustrativo acerca da problemática, remete-se a trecho constante no Agravo Interno no Recurso Especial nº1280544/PR (2011/0177268-6):

APELAÇÕES CÍVEIS - APELAÇÃO 1: PEDIDO INDENIZAÇÃO PELA NEGATIVA DA COBERTURA SEGURO DE VIDA - NÃO CABIMENTO - RECURSO DESPROVIDO. APELAÇÃO 2: SEGURO DE VIDA - DOENÇA PRÉ-EXISTENTE - SEGURADO QUE OMITIU INFORMAÇÕES À SEGURADORA QUANDO DA CONTRATAÇÃO DO SEGURO - AMPLO LAPSO TEMPORAL PASSADO ENTRE A CONTRATAÇÃO DA PRIMEIRA APÓLICE E A MORTE DO SEGURADO QUE TODAVIA AFASTA EVENTUAL APOSTAMENTO DE MÁ-FÉ NA CONTRATAÇÃO - PRECEDENTES DO STJ - MÁ-FÉ CONFIGURADA, TODAVIA, EM RELAÇÃO À CONTRATAÇÃO DA SEGUNDA APÓLICE DE SEGURO, JÁ QUE ALÉM DA OMISSÃO QUANTO À DOENÇA PRÉ-EXISTENTE, TRANSCORREU DIMINUTO PRAZO TEMPORAL ENTRE ESSA NOVA CONTRATAÇÃO E O SINISTRO - RECURSO PARCIALMENTE PROVIDO.³⁸
(Grifou-se)

³⁷ RIO GRANDE DO SUL, Tribunal de Justiça do. (6ª Câmara Cível). **Apelação Cível nº 70083062851**. Relator: Ney Wiedemann Neto. Porto Alegre, 05 de dez. de 2019. Disponível em: https://www1.tjrs.jus.br/site_php/consulta/consulta_acordaos.php?Numero_Processo=70083062851&code=0401&entrancia=2&id_comarca=700&nomecomarca=&orgao=TRIBUNAL%20DE%20JUSTI%C7A%20-%206.%20CAMARA%20CIVEL. Acesso em: 16 out. 2020.

³⁸ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. (4ª Turma do STJ). **AgInt no RECURSO ESPECIAL Nº 1.280.544/PR**. Relatora: Maria Isabel Galloti. Brasília, 02 de maio de 2017. Disponível em:

Observa-se, do trecho acima colacionado, que, em relação a um contrato de seguro, os desembargados entenderam que, apesar de evidenciada a omissão de informações pelo segurado no ato da contratação do seguro, que caracterizaria violação à boa-fé e ao dever informacional, essa fora relativizada em razão do lapso temporal transcorrido entre a data da ciência da doença e o óbito. Já em relação a um segundo seguro, fora declarada a configuração da má-fé, haja vista o diminuto prazo temporal entre a contratação do seguro e o sinistro.

Ocorre que, essa flexibilização, quanto à configuração de violação à boa-fé contratual, não somente caracteriza violação ao próprio princípio, mas também causa desequilíbrio contratual, pois apesar da existência de sobrevivência do segurado, a seguradora não teve ciência do fato, o que, conseqüentemente, não fora considerado para fins de cálculo do valor da contrapartida (prêmio), causando evidente desequilíbrio contratual e violação ao princípio do mutualismo.

Desse modo, para aprofundar essa problemática, é imprescindível a compreensão sobre os contornos particulares do princípio da boa-fé objetiva e do dever informacional no contrato de seguro, fins de verificar quando a alteração comportamental da seguradora, ou do segurado, possui o condão de aumentar o risco contratual e afastar o dever da seguradora em efetuar o pagamento do seguro na hipótese de ocorrência do sinistro.

5. DO PRINCÍPIO DA BOA-FÉ OBJETIVA E DO DEVER DE INFORMAÇÃO NOS CASOS DE DOENÇA PREEEXISTENTE

Como já apresentado, a veracidade das informações prestadas pelo contratante possui importância ímpar no seguro de vida, pois, além de a seguradora fundamentar a aceitação – ou não – da proposta, poderá, de acordo com os artigos 766 e 769 do CC, futuramente, em caso de requerimento de pagamento de indenização, negar-se a efetuar-la, caso não seja aferida a boa-fé do segurado no momento da contratação.

A regulamentação das sanções pelo descumprimento do dever de prestar informações do risco individual do seguro consta enxuta nos artigos 766 e 769 do CC:

Art. 766. Se o segurado, por si ou por seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, perderá o direito à garantia, além de ficar obrigado ao prêmio vencido.

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.

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

Da leitura dos artigos supracitados, nota-se que eles visam a inibir condutas socialmente reprováveis, ou seja, contrárias à boa-fé objetiva, autorizando as seguradoras a emitir negativa ao pagamento de indenização quando o sinistro for decorrente de doença pré-existente.

Esse fato evita que as externalidades dos contratantes impeçam a obtenção de resultados socialmente eficientes, tal como viabilizar o fluxo da contratação de seguro de vida e a diluição do preço da desonestidade, exigindo, para tanto, rigorosamente o cumprimento do dever de informação, lastreado no princípio da boa-fé³⁹.

Ocorre que os artigos 766 e 769 do CC, ao mencionarem a má-fé, não fazem qualquer menção quanto ao elemento finalístico da reticência das partes – se é necessária a comprovação da intenção dolosa de causar prejuízo à seguradora por parte do proponente ou o enriquecimento ilícito por parte da seguradora que, mesmo ciente das condições de saúde do seguro, o aceita – o que leva a interpretação em sintonia com o artigo 765 do CC⁴⁰.

E o dito dispositivo legal estabelece que “O segurado e o segurador são obrigados a guardar na conclusão e na execução do contrato, a mais boa-fé e veracidade, tanto a respeito do objeto como das circunstâncias e declarações a ele concernentes”.

A boa-fé a que se refere o artigo 765 do CC deve ser entendida como boa-fé objetiva, consagrada como princípio pelo artigo 422 do mesmo diploma legal, que é aplicável a todas as relações obrigacionais. O artigo 422 dispõe que os contratantes são obrigados a guardar, na conclusão do contrato, como em sua execução, os princípios da probidade e da boa-fé.

Importante esclarecer que, ao se tratar de seguro de vida, aplica-se a boa-fé objetiva e não a boa-fé subjetiva. Isso porque, diversamente da boa-fé subjetiva, a boa-fé objetiva não exige análise da esfera psicológica do agente, mas tão somente que as partes se conduzam com probidade, lealdade e honestidade, fins de viabilizar um adequado tráfego negocial. Nessa baliza, expõe Judith Martins Costa⁴¹:

³⁹ RODRIGUES, Vasco. **Análise Econômica do Direito: Uma Introdução**. 2ª Ed. Coimbra: Almeida, 2016, p. 40.

⁴⁰ POÇAS, LUÍS. **O Dever de Declaração Inicial do Risco no Contrato de Seguro**. Coimbra: Almedina, 2013, p. 276.

⁴¹ MARTINS-COSTA, Judith. **A boa-fé no direito privado: sistema e tópica no processo obrigacional**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2000, p. 412.

Diversamente, ao conceito de boa-fé objetiva estão subjacentes as ideias e ideias que animam a boa-fé germânica; a boa-fé como regra de conduta fundada na honestidade, na retidão, na lealdade, e, principalmente, na consideração para com os interesses do “alter”, visto que como um membro do conjunto social que é juridicamente tutelado. Aí insere a consideração para com as expectativas legitimamente geradas pela própria conduta aos demais membros da comunidade, especificamente no outro pólo da relação obrigacional.

A boa-fé objetiva qualifica, pois, uma norma de comportamento leal.

Fábio Ulhoa Coelho⁴² ressalta que, no contrato de seguro, exige-se a boa-fé do contratante porque, em regra, os interesses dos demais segurados dependem do agir de lealdade dele e, se este, por exemplo, vier a omitir fato relevante para pagar prêmio menor e beneficiar terceiro, o fundo constituído será insuficiente para atender todos os sinistros.

Nesse sentido, Ernesto Tzirulnik, Flávio Cavalcanti e Ayrton Pimentel⁴³ definem o disposto no artigo 765 do CC:

Em primeiro momento, a norma procura garantir que os comportamentos de comunicação e cooperação material, visando à contratação, possuam os atributos da sinceridade, da colaboração prática atentando para o interesse do outro contratante, de forma que o contrato seja individual e socialmente útil, e seja emanado de forma correta e completa (veracidade).

Em segundo momento, formada a relação contratual, o dispositivo procura garantir que as variações que possam ser relevantes e afetar o equilíbrio entre as prestações devidas sejam relevadas reciprocamente e recebam a atuação prática necessária para o melhor atendimento aos interesses de ambas as partes.

Dessa forma, a veracidade exigida pelo artigo 765 do CC refere-se ao objeto do seguro, às circunstâncias e às declarações referentes ao seu objeto, passando por uma avaliação ponderativa, à luz do caso concreto, com base em padrão de comportamento do homem mediano⁴⁴. Em razão disso, as seguradoras não exigem que o proponente se submeta a exames de saúde prévios ou o imponha condição de apresentação de laudos de exames realizados previamente.

Como consequência, o dever de informação, um dos principais deveres anexos da boa-fé objetiva, impõe aos contratantes, o dever precípua de informação acerca de todas as circunstâncias relevantes sobre o contrato, para que as partes possam, livremente, exercer sua autonomia privada, cabendo à seguradora alertar os proponentes acerca das informações relevantes a serem prestadas para a aceitação e formação do contrato e esclarecer, nos seus

⁴² COELHO, Fábio Ulhoa. **Curso de direito civil**, volume 3. São Paulo: Saraiva, 2005, p. 361.

⁴³ TZIRULNIK, Ernesto; CAVALCANTI, Flávio de Queiroz B.; PIMENTEL, Ayrton. **O contrato de seguro: de acordo com o novo código civil brasileiro**. 2ª Ed. Ver., atual e ampl. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2003, p.74.

⁴⁴ SCHREIBER, Anderson. **Novos Paradigmas da Responsabilidade Civil: da Erosão dos Filtros da Reparação à Diluição dos Danos**. São Paulo: Atlas, 2007, p. 39-40.

impressos e questionários, as consequências do descumprimento dos deveres impostos⁴⁵, enquanto, ao segurado, cabe fornecer informações verídicas.

Nessa toada, importa destacar que o dever informacional se torna mais relevante perante o segurado que adere ao produto, já que, em regra, é parte hipossuficiente perante a seguradora. Todavia, não exclui a importância da reciprocidade do segurado com a seguradora.

Menciona-se isso, em primeiro lugar, pelo fato de que os consumidores (proponentes/possíveis segurados) aderem a contratos previamente redigidos, padronizados, sem que possam ter conhecimento prévio, claro e preciso do conteúdo contratual, pois não têm a oportunidade de ler e ponderar, com preocupação, sobre as cláusulas que lhe são impostas.

Aliado a esse fator, o proponente do seguro de vida, via de regra, é leigo, pois não possui conhecimentos a fim de compreender o conteúdo contratual (vulnerabilidade técnica, jurídica), possuindo pouco ou quase nenhum acesso a informações claras, precisas e transparentes sobre o contrato (vulnerabilidade informativa) e, ainda, avença com seguradoras que representam grandes conglomerados econômicos (vulnerabilidade econômica), o que lhe impõe posição evidente de inferioridade perante a elas na contratação do seguro.

Além disso, observa-se a importância do cumprimento do dever informacional para que os contratantes possam ser alertados sobre fatos de que não poderiam perceber, por sua própria diligência, seja porque o segurado desconhece as especificidades de um contrato e as seguradoras desconhecem o histórico de saúde do proponente, constituindo inclusive um importante mecanismo de reequilíbrio contratual nas relações de consumo⁴⁶.

Essa situação é de ocorrência cotidiana nas contratações que envolvem o contrato de seguro, pois os segurados assinam as propostas de seguro sem que tenham prévio e completo conhecimento da importância da declaração pessoal de saúde e de suas consequências previstas nas condições gerais do contrato, as quais somente lhe são apresentadas *a posteriori*, no ato de entrega da apólice de seguro pelas seguradoras.

⁴⁵O Projeto de lei 3.555/2004 (que tramita na Câmara dos Deputados e cujo objetivo é o de inserir no Brasil uma lei específica sobre contrato de seguro) pretende expressamente consagrar o sistema do questionário fechado (“Art. 49 – A seguradora deverá alertar o proponente sobre quais são as informações relevantes a serem prestadas para a aceitação e formação do contrato e esclarecer nos seus impressos e questionários as consequências do descumprimento desse dever” redação de acordo com o texto consolidado aprovado pela Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJ) da Câmara em reunião realizada em 04 de abril de 2017).

⁴⁶MARQUES, Claudia Lima. **Contratos no código de defesa do consumidor: o novo regime das relações contratuais**. 5ª Ed. rev., atual. e ampl. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2006, p. 772.

Nessa baliza, a doutrina e a jurisprudência, preocupadas com o exercício abusivo das seguradoras, estabeleceram, por imposição da boa-fé objetiva (artigos 4, III, 51, IV do CDC, 422 e 465 do CC), preceitos erigidos no Código de Defesa do Consumidor ligados ao dever de informar e ao direito à informação do consumidor (artigo 4, IV e 6, III do CDC) que é dever da seguradora informar, previamente ao segurado, de forma clara, ostensiva, precisa e adequada, sobre todas as condições, cláusulas limitativas, possíveis exclusões de responsabilidade e termos técnicos relacionados ao contrato de seguro firmado, sob pena de quebra da boa-fé objetiva e de interpretação favorável ao segurado, ao teor do artigo 47 do CDC⁴⁷.

No ensinamento de J. M. Carvalho Santos⁴⁸:

O segurado, em se tratando de seguro de vida, deve, regra geral, esclarecer a idade, a profissão, o estado de saúde. Qualquer informação falsa ou errada, qualquer omissão ou reticência, da parte do segurado, dará motivo à nulidade do contrato, pelas razões já conhecidas. Mas, evidentemente, quando o segurador, por esse fundamento, recusa pagar o seguro, claro que lhe cabe provar: a) não só que o segurado, no momento da celebração do contrato, já sofria da moléstia de que veio a falecer; b) como ainda que ele a conhecia e que efetivamente a dissimulou.

Igualmente, acentua Caroline Vaz⁴⁹, quanto ao direito à informação:

(...) somente será efetivo e atingirá seus fins se respeitar a confiança dos consumidores quanto às suas expectativas em relação a algum produto ou serviço e, principalmente, se esta aquisição não lhes gerar qualquer prejuízo econômico, muito menos físico, o que acarretaria a responsabilização do fornecedor. Portanto, como decorrência da boa-fé, a sociedade de consumo precisa ter assegurados todos os deveres anexos a esta, como lealdade, honestidade, cooperação, e nesse sentido, a informação dos consumidores precisa ver sua tutela como de direito fundamental.

Dessa feita, a boa-fé estará caracterizada quando se verificar que ambas as partes cumpriram com os deveres anexos a ela, a qual é averiguada por meio das informações prestadas.

Outra consequência da funcionalização do disposto nos artigos 766 e 769 do CC reside na ausência de clareza da norma quanto à imprescindibilidade do nexo de causalidade entre o risco relacionado à circunstância omitida ou declarada inexatamente e o sinistro para respaldar a extinção contratual sem pagamento da indenização.

⁴⁷ KRIGER FILHO, Domingos Afonso. **Contrato de seguro no direito brasileiro**. Niterói: Labor Juris, 2000, p. 99-100.

⁴⁸ CARVALHO SANTOS, J. M. **Código Civil Brasileiro Interpretado - Direito das Obrigações**. 7ª Ed. Volume XIX. Rio de Janeiro: Editora Freitas Bastos, 1958, p. 300.

⁴⁹ VAZ, Caroline. **A responsabilidade civil e o direito à informação dos consumidores na sociedade de consumo**. In: MELGARÉ, Plínio. **O direito das obrigações na contemporaneidade: estudos em homenagem ao Ministro Ruy Rosado de Aguiar Júnior**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2014, p. 101.

Conforme será exposto a seguir, em regra, a jurisprudência libera a seguradora de efetuar o pagamento para sinistros, decorrentes de doença preexistente, quando restar comprovado o nexo causal da doença que ocasionou o óbito do segurado e a sua intencionalidade em omiti-la no ato da contratação, quando de sua ciência. Ainda, serão observadas as lacunas existentes nos artigos 766 e 769 do CC, que vêm resultando em divergência jurisprudencial ao passo que alguns tribunais vêm flexibilizando a caracterização da violação à boa-fé em casos em que há sobrevida.

6. ANÁLISE DA APLICAÇÃO DA DOENÇA PREEXISTENTE NOS TRIBUNAIS DE JUSTIÇA

Nessa linha de raciocínio, mostra-se imprescindível o mapeamento do atual entendimento jurisprudencial acerca dos elementos que possuem força probatória para caracterizar a violação da boa-fé objetiva nos casos de doença preexistente.

Consequentemente, analisar os julgados que flexibilizam a sua violação, instaurando um cenário de insegurança jurídica às expectativas da seguradora e dos demais segurados que compõem eventualmente um grupo segurado, já que desprovido de quaisquer conhecimentos técnicos dos cálculos atuariais.

6.1 FUNDAMENTOS JURÍDICOS UTILIZADOS PARA PROVAR A MÁ-FÉ DO SEGURADO

Dentre os principais elementos atribuídos pela jurisprudência para fins de apontar a má-fé do segurado e afastar a obrigação da seguradora em efetuar o pagamento da indenização contratada é quando resta provado que o contratante, na época da avença, sabia ser portador da doença que acabou por vitimá-lo, devido à sua omissão na declaração pessoal de saúde.

Para melhor ilustrar o referido, segue colacionado julgado do TJRS:

APELAÇÃO CÍVEL. SEGUROS. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO PRESTAMISTA. MORTE. DOENÇA PREEXISTENTE. COMPROVAÇÃO. AUSÊNCIA DE BOA-FÉ CONTRATUAL. INDENIZAÇÃO INDEVIDA. ILEGITIMIDADE PASSIVA DA ESTIPULANTE. ACOLHIDA. 1) Acolhida a ilegitimidade passiva da Estipulante BV Financeira S.A., haja vista que a proposta de Adesão de Seguro de Proteção Financeira de fl. 28, claramente define as figuras da seguradora, da estipulante e da corretora de seguros, cujo documento possui logotipo da BNP PARIBAS CARDIF e Votorantim Corretora de Seguros, não havendo qualquer confusão entre os papéis de cada uma na relação contratual que

permita o consumidor acreditar que a instituição financeira também é a responsável na relação securitária, razão pela qual não vislumbro a possibilidade da aplicação da Teoria da Aparência no caso concreto. 2) **Na conclusão e execução do contrato de seguro, as partes devem agir com boa-fé e veracidade, nos termos do art. 765, do Código Civil, tanto referente ao objeto como quanto às circunstâncias e declarações que fizer, perdendo o direito à garantia na hipótese de fazer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, bem como se agravar intencionalmente o risco objeto do contrato, conforme preceituam os arts. 766 e 768, do Código Civil.** 3) **No caso concreto, restou demonstrado que, antes da contratação da apólice, a segurada tinha ciência da doença que a acometia, que acabou ocasionando o seu óbito, sendo manifesta, portanto, a ausência de boa-fé contratual, razão pela qual não é devida a indenização securitária.** À UNANIMIDADE, DERAM PROVIMENTO AO APELO DA BV FINANCEIRA E, POR MAIORIA, DERAM PROVIMENTO À APELAÇÃO DA CARDIF DO BRASIL VIDA E PREVIDÊNCIA S/A.⁵⁰ (Grifou-se)

No mesmo sentido, cita-se julgado do Tribunal de Justiça do Estado de Santa Catarina (TJSC):

SEGURO DE VIDA - MORTE DO SEGURADO - RECUSA DE COBERTURA DA SEGURADORA POR DOENÇA PREEEXISTENTE - SENTENÇA QUE ACOLHE A MÁ-FÉ DA SEGURADA PARA JULGAR IMPROCEDENTE A AÇÃO QUE PLEITEIA A COBERTURA - RECURSO DA BENEFICIÁRIA AUTORA - REITERAÇÃO DAS TESES DA INICIAL - NÃO ACOLHIMENTO - SEGURADA QUE ERA PORTADORA DE hipertensão arterial, diabetes e doença de Crohn HÁ PELO MENOS 7 ANOS ANTES DE FORMALIZAR O SEGURO - OMISSÃO DA SEGURADA EM INFORMAR AS DOENÇAS NA PROPOSTA DE ADESÃO, OPORTUNIDADE EM QUE AS NEGOU - MÁ-FÉ CONFIGURADA - CAUSA DA MORTE QUE GUARDOU RELAÇÃO ÍNTIMA COM AS DOENÇAS MENCIONADAS - VIOLAÇÃO DO PRINCÍPIO DA BOA-FÉ CONTRATUAL (ART. 765, DO CC) - MANUTENÇÃO DA SENTENÇA - HONORÁRIOS SUCUMBENCIAIS RECURSAIS FIXADOS - RECURSO NÃO PROVIDO.⁵¹ (Grifou-se)

Ainda, se colaciona julgado do Tribunal de Justiça do Estado do Paraná (TJPR):

APELAÇÃO CÍVEL – SEGUROS DE VIDA E SEGUROS PRESTAMISTAS – PRELIMINAR DE ILEGITIMIDADE PASSIVA DA INSTITUIÇÃO FINANCEIRA AFASTADA - CONTRATOS DE FINANCIAMENTO E DE SEGURO PRESTAMISTA QUE FORAM ENTABULADOS DE MANEIRA COLIGADA – BANCO, ADEMAIS, QUE PERTENCE AO MESMO GRUPO ECONÔMICO DA SEGURADORA – MÉRITO - ÓBITO DA SEGURADA – NEGATIVA DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA, EMBASADA NA ALEGAÇÃO DE DOENÇA PREEEXISTENTE – SEGURADA

⁵⁰ RIO GRANDE DO SUL, Tribunal de Justiça do. (6ª Câmara Cível). **Apelação Cível nº 70081537789**. Relatora: Eliziana da Silveira Perez. Porto Alegre, 13 de dez. de 2019. Disponível em: https://www1.tjrs.jus.br/site_php/consulta/consulta_acordaos.php?Numero_Processo=70081537789&code=9222&entrancia=2&id_comarca=700&nomecomarca=&orgao=TRIBUNAL%20DE%20JUSTI%C7A%20-%206.%20CAMARA%20CIVEL. Acesso em: 16 out. 2020.

⁵¹ SANTA CATARINA, Tribunal de Justiça de. (4ª Câmara Cível). **Apelação n. 5003659-13.2019.8.24.0004**. Relator: Helio David Vieira Figueira dos Santos. Florianópolis, 06 de ago. de 2020. Disponível em: http://busca.tjsc.jus.br/jurisprudencia/html.do?q=&only_ementa=&frase=&id=321598360943205690303871920255&categoria=acordao_eproc. Acesso em: 16 out. 2020.

QUE SE SUBMETEU À GASTROPLASTIA, EVOLUINDO COM COMPLICAÇÕES – POSTERIOR CONTRATAÇÃO DE DIVERSOS SEGUROS – CIÊNCIA DE SEU QUADRO CLÍNICO, TANTO QUE NECESSITAVA DE ACOMPANHAMENTO MÉDICO, TENDO FALECIDO POUCO TEMPO APÓS OS AJUSTES – OMISSÃO INTENCIONAL DA CONTRATANTE - MÁ-FÉ EVIDENCIADA – AUSÊNCIA DE EXAMES PRÉVIOS QUE NÃO AFASTA A RESPONSABILIDADE DA SEGURADA PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES – NEGATIVA ESCORREITA - SENTENÇA REFORMADA - INVERSÃO DO ÔNUS SUCUMBENCIAL - HONORÁRIOS RECURSAIS – CABIMENTO.RECURSO DE APELAÇÃO “01” PROVIDO.RECURSO DE APELAÇÃO “02” PARCIALMENTE PROVIDO.1 - Para o contrato de seguro de vida, a veracidade da declaração de saúde é indispensável. Se o proponente não fizer afirmações verídicas e completas, e/ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta, perderá o direito ao valor do seguro (art. 766, do Código Civil). **Restando comprovada a má-fé da segurada, consubstanciada na omissão deliberada da preexistência de doença grave, tendo realizado procedimento cirúrgico com complicações, demandando acompanhamento médico, antes da contratação do seguro, e que foi a causa eficiente do seu óbito, a seguradora desincumbe-se do pagamento da indenização.**2 - A despeito de a dispensa de exames clínicos prévios gerar, em regra, a assunção dos riscos quanto à saúde da segurada, tal carência não isenta as partes de guardar a estrita boa-fé e veracidade na contratação de modo que o direito à indenização encontra óbice quando a má-fé da contratante revela-se configurada de forma inconcussa.⁵² (Grifou-se)

Dessa forma, pode-se entender que as doenças preexistentes à contratação do seguro, não informadas na declaração pessoal de saúde e que não estejam diretamente relacionadas à causa do óbito, não ensejam na caracterização da má-fé do segurado. Em outras palavras, não estará comprovada a má-fé do segurado quando o proponente que padece de moléstia não sabe ser grave ou fatal ou não fora diagnosticado até o ato de contratação do seguro.

Neste ponto, importa mencionar que a jurisprudência é clara no sentido de que a alegação da má-fé do segurado não é presumida e, portanto, deve ser devidamente comprovada pela seguradora, conforme ementa:

APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA SECURITÁRIA. SENTENÇA DE PROCEDÊNCIA. INSURGÊNCIA DA SEGURADORA ACIONADA. SEGURO DE VIDA. NEGATIVA DE PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA SOB A JUSTIFICATIVA DE OMISSÃO DO SEGURADO QUANTO AO SEU ESTADO DE SAÚDE NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO. INSUBSISTÊNCIA. SÚMULA 609 DO STJ. **SEGURADORA QUE NÃO EXIGIU EXAMES MÉDICOS PRÉVIOS À CONTRATAÇÃO E QUE NÃO SE DESINCUMBIU DO ÔNUS DE COMPROVAR A MÁ-FÉ DO CONTRATANTE NO PREENCHIMENTO DA DECLARAÇÃO DE SAÚDE. COMPARECIMENTO A UMA ÚNICA CONSULTA PRÉVIA À SUBSCRIÇÃO DA PROPOSTA DO SEGURO QUE NÃO IMPLICA NECESSARIAMENTE EM ENFERMIDADE PREEXISTENTE DO SEGURADO, MORMENTE QUANDO A DECLARAÇÃO DO MÉDICO ATENDENTE NÃO ATESTA A PREEEXISTÊNCIA DE DOENÇA. RECUSA**

⁵² PARANÁ, Tribunal de Justiça do. (10ª Câmara Cível). **Apelação Cível nº 0066596-10.2017.8.16.0014**. Relator: Luiz Lopes. Curitiba, 21 de jun. de 2020. Disponível em: <https://portal.tjpr.jus.br/jurisprudencia/j/4100000013026631/Ac%C3%B3rd%C3%A3o-0066596-10.2017.8.16.0014#>. Acesso em: 16 out. 2020.

DE PAGAMENTO ILÍCITA. CONDENAÇÃO MANTIDA. "Enquanto a boa-fé do segurado se presume, a sua má-fé nas declarações prestadas por ocasião da celebração do contrato deve ser cabalmente comprovada, sendo que tal ônus compete à seguradora, a qual deve demonstrar, estreme de dúvida, que a omissão sobre doença preexistente do segurado foi intencional, com a finalidade fraudar a seguradora. Na ausência dessa prova, impõe-se a obrigação de indenizar, no importe correspondente ao saldo devedor do financiamento na data do óbito do segurado" (TJSC, Apelação n. 0049515-27.2012.8.24.0038, de Joinville, rel. Des. Saul Steil, Primeira Câmara de Direito Civil, j. 11-08-2016). **JUROS DE MORA. TERMO INICIAL. SENTENÇA QUE DETERMINOU A INCIDÊNCIA DO CONSECTÁRIO LEGAL DESDE A DATA DO EVENTO DANOSO. RELAÇÃO CONTRATUAL. JUROS MORATÓRIOS QUE DEVEM FLUIR A PARTIR DA CITAÇÃO. ART. 405 DO CC. SENTENÇA REFORMADA NO PONTO. "Nas ações que buscam o pagamento de indenização securitária, os juros de mora devem incidir a partir da data da citação da seguradora, visto tratar-se de eventual ilícito contratual"** (STJ, AgInt no REsp 1669669/SC, Rel. Min. Nancy Andrighi, Terceira Turma, j. 20/03/2018). **RECURSO CONHECIDO E PROVIDO EM PARTE.**⁵³(Grifou-se)

Conforme se extrai da ementa acima colacionada, a prova da má-fé é comprovada por meio das informações prestadas pelos proponentes na declaração pessoal de saúde ou por meio da solicitação de exames médicos no ato da contratação do seguro.

Desse modo, ainda que se tomasse por incontroverso que o segurado fosse portador de alguma doença preexistente, a ausência de comprovação de má-fé, por meio da declaração pessoal de saúde, não afasta o dever da seguradora de efetuar o pagamento do capital segurado, conforme segue:

APELAÇÕES CÍVEIS. AÇÃO DE COBRANÇA AJUIZADA CONTRA A INSTITUIÇÃO FINANCEIRA E AS DUAS SEGURADORAS INDICADAS NO CONTRATO. SEGURO PRESTAMISTA DE FINANCIAMENTO DE VEÍCULO. MORTE DO SEGURADO. PROCESSO DE SINISTRO DEFLAGRADO E NÃO CONCLUÍDO. INDENIZAÇÃO NÃO PAGA. SENTENÇA DE PROCEDÊNCIA. IRRESIGNAÇÃO DA SEGURADORA E COSSEGURADORA DEMANDADAS. INSURGÊNCIA DA RÉ BRADESCO VIDA E PREVIDÊNCIA S.A.

(...)

ALEGAÇÃO DE OMISSÃO DE DOENÇA PREEXISTENTE. TESE REJEITADA. ART. 766 DO CÓDIGO CIVIL. SÚMULA 609 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. PRÉVIO EXAME MÉDICO NÃO EXIGIDO PELA SEGURADORA. ASSUNÇÃO DO RISCO. CONTRATO DE ADESÃO, SEM O DEVIDO DESTAQUE PARA DECLARAÇÃO DE SAÚDE E AO QUAL NÃO SE INTEGROU NENHUM QUESTIONÁRIO PREENCHIDO PELO PRÓPRIO SEGURADO. ÔNUS QUE INCUMBIA À DEMANDADA. MÁ-FÉ NÃO EVIDENCIADA. AUSÊNCIA DE PROVA DE QUE A CAUSA MORTIS DECORREU DE DOENÇA PREEXISTENTE À CONTRATAÇÃO. DEVER DE PRESTAR COBERTURA MANTIDO. HONORÁRIOS RECURSAIS FIXADOS EM FAVOR DOS ADVOGADOS DOS AUTORES, DEVIDOS PELA SEGURADORA CARDIF, EM RAZÃO DO DESPROVIMENTO INTEGRAL DO SEU APELO. RECURSO DA BRADESCO

⁵³ SANTA CATARINA, Tribunal de Justiça de. (7ª Câmara Cível). **Apelação Cível nº 0300842-15.2017.8.24.0050.** Relatora: Haidée Denise Grin. Florianópolis, 21 de maio de 2020. Disponível em: http://busca.tjsc.jus.br/jurisprudencia/html.do?q=&only_ementa=&frase=&id=AABAg7AAIAADgqZAAO&categoria=acordao_5. Acesso em: 16 out. 2020.

VIDA E PREVIDÊNCIA S.A. CONHECIDO E PARCIALMENTE PROVIDO. RECURSO DA CARDIF DO BRASIL VIDA E PREVIDÊNCIA S.A. CONHECIDO E DESPROVIDO.⁵⁴ (Grifou-se)

Nessa senda, o Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo (TJSP) entendeu por afastar a alegação da segurada de má-fé face à existência de doença preexistente, uma vez que não havia restado comprovado que a segurada preencheu a declaração pessoal de saúde de próprio punho, pois fora digitado e impresso. Além disso, consignou que a declaração era genérica, ao passo que, no impresso, constava o termo “não foram diagnosticados como portadores de doença grave nos últimos anos”, não especificando há quantos anos a seguradora se refere, se um, dois, dez ou mais. Ainda, reforçou que, ao assinar o documento, já impresso na proposta, aos olhos do consumidor, ele estaria aceitando a proposta de seguro e não prestando esclarecimentos sobre seu estado de saúde, entendendo pelo dever de indenizar da seguradora⁵⁵.

Corroborando com este entendimento, colaciona-se decisão do TJRS:

APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA. SEGURO DE VIDA. SENTENÇA DE PROCEDÊNCIA. RECURSO DA SEGURADORA RÉ NEGATIVA DE PAGAMENTO DO SEGURO, SOB O FUNDAMENTO DE DOENÇA PREEXISTENTE. **AUSÊNCIA DE PROVA DA MÁ-FÉ DA DEMANDANTE. SEGURADORA QUE NÃO EXIGIU EXAMES PRÉVIOS. DECLARAÇÃO FIRMADA PELA AUTORA GENÉRICA, SEM HAVER COMPROVAÇÃO DE QUE O CONTEÚDO LHE FOI ESCLARECIDO. ADEMAIS, PATOLOGIA QUE NÃO SE ENCAIXA EM NENHUMA DAS PERGUNTAS FORMULADAS. INDENIZAÇÃO CABÍVEL.** HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS. FIXAÇÃO EQUITATIVA. EXISTÊNCIA, CONTUDO, DE CONDENAÇÃO. OBSERVÊNCIA AO ART. 85, § 2º, DO CPC. ALTERAÇÃO, DE OFÍCIO, JÁ CONSIDERANDO O LABOR DO PROCURADOR DA AUTORA NA FASE RECURSAL. RECURSO CONHECIDO E DESPROVIDO.
⁵⁶ (Grifou-se)

Dessa forma, para que reste evidente a má-fé do segurado ao omitir doença preexistente à contratação do seguro, a seguradora deve elucidar o objetivo da declaração

⁵⁴ SANTA CATARINA, Tribunal de Justiça de. (6ª Câmara Cível). **Apelação Cível nº 0001846-32.2014.8.24.0062**. Relatora: Bettina Maria Maresch de Moura. Florianópolis, 09 de jun. de 2020. Disponível em:

http://busca.tjsc.jus.br/jurisprudencia/html.do?q=&only_ementa=&frase=&id=AABAg7AAIAAFieZAAQ&categoria=acordao_5. Acesso em: 16 out. 2020.

⁵⁵ SÃO PAULO, Tribunal de Justiça de. (34ª Câmara de Direito Privado). **Apelação Cível nº 1039384-34.2016.8.26.0602**. Relatora: Cristina Zucchi. São Paulo, 22 de jul. de 2020. Disponível em: <https://esaj.tjsp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcordao=13778959&cdForo=0>. Acesso em: 16 out. 2020.

⁵⁶ SANTA CATARINA, Tribunal de Justiça de. (5ª Câmara Cível). **Apelação Cível nº 0300355-24.2016.8.24.0036**. Relatora: Cláudia Lambert de Faria. Florianópolis, 30 de abr. de 2019. Disponível em: http://busca.tjsc.jus.br/jurisprudencia/html.do?q=&only_ementa=&frase=&id=AABAg7AAGAAA8PIAAM&categoria=acordao_5. Acesso em: 16 out. 2020.

pessoal de saúde e a consequência decorrente da omissão de eventuais informações, devendo o instrumento ser assinado de próprio punho pelo segurado.

Nota-se que a ausência de comprovação pela seguradora acerca da ciência do segurado das condições da apólice, na qual é especificado como risco excluído de todas as garantias os eventos ocorridos em decorrência de doenças preexistentes à contratação do seguro e ter anuído com tal cláusula, igualmente afasta a possibilidade de má-fé do segurado quanto à eventual omissão de sua condição de saúde⁵⁷.

Flávio Tartuce ressalta que, relativamente ao tema, foi aprovado, na IV Jornada de Direito Civil do Conselho da Justiça Federal e do Superior Tribunal de Justiça, o Enunciado n. 372: "em caso de negativa de cobertura securitária por doença preexistente, cabe à seguradora comprovar que o segurado tinha conhecimento inequívoco daquela". Isso porque a boa-fé objetiva do segurado consumidor é presumida⁵⁸.

O autor chama atenção, ainda, para a aplicação da Súmula 609 do STJ, que firmou o entendimento de que “A recusa de cobertura securitária, sob a alegação de doença preexistente, é ilícita se não houve a exigência de exames médicos prévios à contratação ou à demonstração de má-fé do segurado”. Ou seja, inexistente a solicitação de exames médicos prévios ou comprovação de má-fé do segurado, a seguradora será responsabilizada pelo pagamento da cobertura securitária. Nesse sentido, segue colacionado julgado do TJRS⁵⁹:

ACÇÃO DE COBRANÇA. SEGURO DE VIDA. MORTE. DOENÇA PREEXISTENTE. COMPROVAÇÃO. AGRAVAMENTO DO RISCO. AUSÊNCIA DE BOA-FÉ CONTRATUAL. INDENIZAÇÃO INDEVIDA. SENTENÇA DE IMPROCEDÊNCIA MANTIDA. HONORÁRIOS RECURSAIS. I. De acordo com o art. 757, caput, do Código Civil, pelo contrato de seguro, o segurador se obriga a garantir interesse legítimo do segurado, relativo a pessoa ou a coisa, contra riscos predeterminados. Desta forma, os riscos assumidos pelo segurador são exclusivamente os assinalados na apólice, dentro dos limites por ela fixados, não se admitindo a interpretação extensiva, nem analógica. II. De outro lado, na conclusão e na execução do contrato de seguro, as partes devem agir com boa-fé e veracidade, sendo que o segurado perde o direito à garantia se fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio. Igualmente, o segurado perde o direito à garantia se agravar intencionalmente o risco objeto do contrato. Inteligência dos arts. 765, 766 e

⁵⁷ SANTA CATARINA, Tribunal de Justiça de. (6ª Câmara Cível). **Apelação Cível nº 0003894-22.2006.8.24.0004**. Relator: André Luiz Dacol. Florianópolis, 08 de ago. de 2017. Disponível em: http://busca.tjsc.jus.br/jurisprudencia/html.do?q=&only_ementa=&frase=&id=AABAg7AAEAACe+TAAU&categoria=acordao.5. Acesso em: 16 out. 2020.

⁵⁸ TARTUCE, Flávio. **Manual de direito civil**: volume único. 6 ed. rev., atual. e ampl., São Paulo: Método, 2016, p. 861 e 863.

⁵⁹ RIO GRANDE DO SUL, Tribunal de Justiça do. (5ª Câmara Cível). **Apelação Cível nº 70083684845**. Relator: Jorge André Pereira Gailhard. Porto Alegre, 15 de abr. de 2020. Disponível em: https://www1.tjrs.jus.br/site_php/consulta/consulta_acordaos.php?Numero_Processo=70083684845&code=9222&entrancia=2&id_comarca=700&nomecomarca=&orgao=TRIBUNAL%20DE%20JUSTI%C7A%20-%205.%20CAMARA%20CIVEL. Acesso em: 16 out. 2020.

768, do Código Civil. III. Por sua vez, é ilícita a recusa de cobertura securitária sob alegação de doença preexistente quando a seguradora não tiver exigido exames médicos prévios à contratação ou quando estiver demonstrada a má-fé do segurado. Inteligência da Súmula 609, do STJ. IV. No caso concreto, restou demonstrado que, antes da contratação da apólice, o segurado tinha plena ciência das doenças que, lamentavelmente, acabaram ocasionando o seu óbito. Assim, é manifesta a ausência de boa-fé contratual por parte do segurado, ao negar a existência das doenças preexistentes, razão pela qual não é devida a indenização securitária. V. De acordo com o art. 85, § 11, do CPC, ao julgar recurso, o Tribunal deve majorar os honorários fixados anteriormente ao advogado vencedor, observados os limites estabelecidos nos §§ 2º e 3º para a fase de conhecimento. APELAÇÃO DESPROVIDA.

De tal modo, tem-se que a violação da boa-fé, com a consequente aplicação do artigo 766 do CC, exige que a seguradora informe ao segurado da cláusula que prevê doença preexistente como risco excluído e conseqüentemente o objetivo do preenchimento da declaração pessoal de saúde. Ainda, exige-se a comprovação, pela seguradora, acerca da omissão do segurado no ato da contratação do seguro de vida em declarar moléstia, que era de seu conhecimento e que tenha sido causa de seu óbito.

Conforme será exposto a seguir, há entendimento jurisprudencial flexibilizando o conceito de má-fé, em que pese evidente nos autos, esvaziando a força da declaração do segurado acerca de seu estado de saúde, bem como de eventual exigência de exames médicos.

6.2 FUNDAMENTOS JURÍDICOS UTILIZADOS PARA FLEXIBILIZAR O PRINCÍPIO DA BOA-FÉ, A SÚMULA 609 DO STJ E O ARTIGO 766 DO CC

Se por um lado a boa-fé do segurado é presumida e prevalece em caso de dúvida, por outro lado se permite, à seguradora, a comprovação da má-fé por parte do segurado, mediante prova de que ele tinha conhecimento, na data do preenchimento da proposta do contrato de seguro, da doença que, posteriormente, causou a sua morte e, deliberadamente, deixou de informá-la. Ocorre que as crescentes decisões jurisprudências vêm flexibilizando o conceito da má-fé, a afetar sobremaneira as seguradoras e a coletividade de segurados presentes em determinado grupo segurado.

À vista disso, traz-se exemplo de recente decisão proferida pelo Superior Tribunal de Justiça que, por unanimidade, condenou uma seguradora ao pagamento de indenização securitária, apesar de restar evidente que a causa do óbito do segurado estava diretamente relacionada à doença preexistente à contratação do seguro. O segurado faleceu aos 60 anos em decorrência de diabetes *mellitus*, da qual sabia ser portador desde os 14 anos de idade, não tendo declarado a sua existência no ato da celebração do contrato. Segundo o acórdão, o

segurado não teria omitido sua real condição de saúde quando declarou que gozava de boa saúde, a vir infringir o artigo 765 do CC e ensejar na perda do direito à garantia ao valor contratado, à indenização, de acordo com o artigo 766 do referido diploma legal. Isso porque o diabetes *mellitus*, dos 14 anos aos 60 anos, não teria significado circunstância impeditiva de vida plena ao segurado ou complicações para a sua saúde. Além disso, consignou que a seguradora celebrou contratos de seguro com o falecido nos anos de 2013 e 2015, mas jamais se preocupou em submeter o segurado a exame prévio para se certificar de seu estado de saúde⁶⁰.

Nessa senda, verifica-se que há três pontos questionáveis no julgado, cujo o primeiro consiste no fato de que restaram totalmente hostilizados os elementos arrolados no tópico anterior para a caracterização da má-fé e, conseqüentemente, da aplicação do artigo 766 do CC. Conforme se depreende do julgado, em que pese tenha restado demonstrado que a doença que causou o óbito do segurado estava diretamente relacionada à doença que sabia ser portador desde os 14 anos, e foi omitida no ato da contratação do seguro, foi afastada, pois o segurado realizava tratamentos médicos para o controle da doença. Ocorre que, na hipótese de o juiz valer-se das regras de experiência comum, constata-se que o fato de o segurado ter realizado acompanhamento médico ao longo da vida, para controle dos índices glicêmicos, não olvida o seu dever de informá-lo. Dessa maneira, surge o segundo ponto que é a ausência de discricionariedade do julgador para aferir o risco (probabilidade de ocorrência de sinistro em decorrência de determinada doença x faixa etária), visto que essa atividade requer o conhecimento das Ciências Econômicas Autorais⁶¹.

O terceiro ponto é de que a seguradora não possui o ônus de exigir do segurado prévios exames médicos, sob pena de, posteriormente, não poder negar o pagamento da cobertura, caso fique demonstrado que o segurado tinha conhecimento da circunstância suprimida. Conforme exposto acima, a Súmula 609 do STJ pontua que é necessária a exigência de exames médicos para averiguar o estado de saúde do segurado, ou comprovar

⁶⁰ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. (4ª Turma do STJ). **AgInt no AREsp nº 1641645/SP**. Relator: Marco Buzzi., Brasília, 09 de set. de 2020. Disponível em: https://processo.stj.jus.br/processo/julgamento/eletronico/documento/mediado/?documento_tipo=integra&documento_sequencial=114644404®istro_numero=201903775012&peticao_numero=202000346177&publicacao_data=20200909&formato=PDF. Acesso em: 16 out. 2020.

⁶¹ Quanto ao ato do juiz Liane Tabarelli e Márcia Andrea ressaltam que “impõe-se refletir sobre a atividade interpretativa judicial e sobre o intérprete em si, pois, se, de um lado, insta analisar a ponderação no sentido de que interpretação e aplicação são tarefas judiciais distintas, de outro, cabe refletir também sobre a necessidade de se ter intérpretes com uma postura ativa, que assumam a carga axiológica de seus julgados com responsabilidade e compromisso social”. ZAVASCKI, Liane Tabarelli. Um diálogo entre Dworkin e Perelman: reflexões sobre interpretação judicial e poder discricionário. In: ZAVASCKI, Liane Tabarelli; BÜHRING, Marcia Andrea; JOBIM, Marco Félix (org.). **Diálogos constitucionais de direito público e privado n. 2**. Porto Alegre/RS: Livraria do Advogado, 2013. v. 2, p. 125-140.

violação ao princípio da boa-fé. Sinaliza-se que a lei não impõe às seguradoras exigir dos proponentes/segurados a realização de exames médicos.

Para melhor ilustrar a problemática, cita-se a seguinte decisão proferida pelo TJSP que, dentre outros fundamentos, sustentou que, apesar de ter restado comprovado que a causa da morte da segurada seria preexistente, a doença afetaria grande parcela da população e que se devidamente tratada, permitia a vida normal do portador, não configurando fator de aumento de risco e, conseqüentemente, de exclusão de sinistro:

Apelação. Seguro prestamista. Contratação de seguro de proteção financeira visando a garantia do pagamento das parcelas de financiamento de veículo. Ação de cobrança de indenização securitária c./c. indenização por danos morais. **Morte do segurado. Recusa da seguradora sob alegação de doença preexistente. Hipertensão arterial (pressão alta). Comprovado que o segurado fazia tratamento desde 2011. Doença que afeta grande parcela da população e, se devidamente tratada, permite vida normal do portador, não configurando fator de aumento do risco segurado.** Venda casada de financiamento de veículo com seguro prestamista (cobertura para morte natural ou acidental) na qual o financiador é o beneficiário. Prática ilegal reconhecida pelo STJ em recurso repetitivo (temas 958 e 972 - REsp 1639259/SP e 1.639.320/SP). Não comprovado que o cliente preencheu de próprio punho declaração de saúde, não se podendo reputar má-fé por assinatura em declaração padrão e pronta de saúde inserida na adesão ao contrato padrão de seguro prestamista vinculado a concessão de empréstimo consignado. Não exigido exame ou atestado de saúde para contratação. Incidência da Súmula 609 do STJ. Óbito do segurado antes do vencimento da primeira parcela do financiamento do veículo. Autora que comprovou a quitação de todas as 24 parcelas. Indenização devida. Conduta ilícita das rés e perda do tempo útil do autor. Danos morais configurados e mantidos em R\$ 10.000,00 (dez mil reais). Precedentes. Sentença mantida. Honorários majorados. RECURSO DESPROVIDO.⁶² (Grifou-se)

O que se vê, independente de entendimento ou ponto de vista, e falando de forma estritamente objetiva e positiva, atendo-se ao disposto legalmente, os magistrados, em regra, não possuem conhecimento técnico para identificar a configuração do aumento do risco a depender da doença suportada pelo segurado e, conseqüentemente, relativizar a aplicabilidade dos elementos caracterizadores da violação ao princípio da boa-fé.

Quanto à exigência de exames médicos, encontram-se diversas decisões no sentido de que a dispensa de realização de exame médico prévio afasta a alegação de má-fé do segurado, uma vez que a seguradora estaria, automaticamente, assumindo o risco pela ocorrência do sinistro.

A título ilustrativo, segue colacionado julgado do TJSP:

⁶² SÃO PAULO, Tribunal de Justiça de. **Apelação Cível nº 1013268-26.2018.8.26.0309**, 34ª Câmara de Direito Privado. Relator(a): L. G. Costa Wagner, Julgado em: 30 set. 2020. Disponível em: <https://esaj.tjsp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcordao=14014920&cdForo=0>. Acesso em: 16 out. 2020.

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. SEGURO. NEGATIVA DE COBERTURA. **ALEGAÇÃO DE DOENÇA PREEXISTENTE NÃO INFORMADA NA CONTRATAÇÃO. NÃO REALIZAÇÃO DE EXAMES PRÉVIOS POR PARTE DA SEGURADORA. ALTERAÇÃO DAS PREMISSAS FÁTICAS.** INVIABILIDADE. SÚMULAS 5 E 7 DO STJ. DECISÃO MANTIDA. RECURSO NÃO PROVIDO. 1. **"É assente na jurisprudência do STJ que não pode a seguradora recusar a cobertura securitária alegando a existência de doença pré-existente se deixou de exigir, antes da contratação, a realização de exames médicos pela parte segurada"** (AgInt no AREsp 1.149.926/MG, Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, QUARTA TURMA, DJe de 09/02/2018). 2. Ademais, o col. Tribunal de origem, mediante análise do conjunto fático probatório dos autos, notadamente das conclusões do laudo pericial e da interpretação das cláusulas do contrato firmado entre as partes, concluiu que a autora foi acometida de invalidez permanente total, fazendo jus ao recebimento do seguro, nos termos do contrato. 3. A alteração das premissas fáticas estabelecidas no acórdão recorrido, tal como propugnada, exige a revisão do substrato probatório e análise de cláusulas contratuais, providência obstada na via estreita do recurso especial, pelas Súmulas 5 e 7 do STJ. Precedentes. 4. Agravo interno a que se nega provimento.⁶³ (Grifou-se)

Ainda, no mesmo sentido, há decisões do STJ:

APELAÇÃO CÍVEL. SEGUROS. SEGURO PESSOAL. INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (IFPD). DOENÇA PREEXISTENTE SUPRIMIDA E MÁ-FÉ DO SEGURADO. INEXISTÊNCIA. AUSÊNCIA DE EXAMES PRÉVIOS. APLICABILIDADE DA SÚMULA N.º 609 DO STJ. INDENIZAÇÃO DEVIDA NOS EXATOS TERMOS DA APÓLICE. São aplicáveis as regras do Código de Defesa do Consumidor à relação havida entre as partes, na medida em que se trata de relação de consumo. Caso em que comprovada a contratação do seguro de vida com cobertura da invalidez funcional permanente total por doença (IFPD), e em que a perícia judicial atesta, sem deixar margem a dúvidas, que o autor foi acometido por moléstia que o incapacitou, total e permanentemente, para o labor. Reconhecimento da abusividade da cláusula contratual que condicionava o pagamento de indenização por IFPD apenas a casos em que a doença acarretasse a perda da existência independente da pessoa segurada. **Para que a seguradora possa se valer da arguição de doença preexistente, com o objetivo de ser exonerada do pagamento de indenização securitária deve-se exigir a apresentação de exames médicos ou comprovar, de forma inequívoca, a má-fé do segurado no momento da contratação. Seguradora que aceitou as informações prestadas pelo segurado na proposta de adesão, sem contestá-las, assumindo os riscos do seu negócio, motivo pelo qual se revela incongruente a negativa de pagamento da indenização securitária. Precedentes do Superior Tribunal de Justiça e desta Câmara Cível.** Condenação solidária das rés ao pagamento do capital segurado ao autor no total de R\$ 60.000,00, que corresponde ao resultado da divisão de 100% do capital global pelo número de segurados da categoria (dois). Pedido improcedente quanto à pretensão de dobra do valor contratado. Absoluta ausência de demonstração da circunstância de a dobra ter sido verbalmente prometida por preposto do banco corréu. Sentença de improcedência reformada. Parcial procedência do pedido. Sucumbência redimensionada. RECURSO PARCIALMENTE PROVIDO.⁶⁴(Grifou-se)

⁶³ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. (4ª Turma do STJ). **AgInt no AREsp 1228500/DF**. Relator: Raul Araújo. Brasília, 29 de mar. de 2019. Disponível em: https://processo.stj.jus.br/processo/revista/documento/mediado/?componente=ITA&sequencial=1803999&num_registro=201800001593&data=20190329&formato=PDF. Acesso em: 16 out. 2020.

⁶⁴ RIO GRANDE DO SUL, Tribunal de Justiça do. (6ª Câmara Cível). **Apelação Cível nº 70082480237**. Relatora: Marlene Marlei de Souza, Julgado em: 27 ago. 2020. Disponível em:

A análise desses julgados indica a eminente insegurança jurídica que circunda a obediência do princípio da boa-fé e da aplicabilidade do artigo 766 do CC c/c, Súmula 609 do STJ, nos casos em que o sinistro for decorrente de doença preexistente, resultando em indevidos deferimentos de cobertura securitária. E, com isso, a força dissuasória da norma é diminuída, transmitindo à sociedade a mensagem de que o oportunismo compensa.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

De início, verifica-se que o contrato de seguro de vida é regrado pelo Código Civil, sendo a ele aplicáveis o Código de Defesa do Consumidor, pelas resoluções do Conselho Nacional de Seguros Privados e pelas circulares da Superintendência de Seguros Privados. A partir desses instrumentos, é possível assimilar que o seguro de vida objetiva garantir determinado valor aos herdeiros ou pessoas queridas do segurado, em face dos riscos atinentes à duração de vida.

Denota-se, ainda, que a natureza jurídica desse contrato (contrato de adesão, bilateral, oneroso, consensual e aleatório) e os três elementos essenciais para o deslinde do trabalho (risco, a mutualidade e a boa-fé) possuem o intuito de possibilitar uma compreensão melhor acerca da dinamicidade desse contrato, bem como propiciar uma interpretação mais adequada do regramento jurídico e dos princípios aplicáveis.

No segundo ponto, verificou-se que a doença preexistente é, em regra, hipótese de risco excluído do contrato de seguro, tendo em vista que é utilizada como forma de gerenciamento de riscos. Entendeu-se, ainda, que a doença preexistente é aquela doença de conhecimento do segurado e não declarada na proposta de contratação, ou na declaração pessoal de saúde anexa a ela.

Nesse contexto, no terceiro ponto, foi apontada a finalidade da proposta de adesão e da declaração pessoal de saúde, trazendo a importância de elas serem revestidas de boa-fé, de informação, de veracidade, completude e cooperação entre as partes, já que a exclusão de responsabilidade das seguradoras de efetuar o pagamento da cobertura securitária de riscos provenientes de doença preexistente somente ocorre quando restar caracterizado o cumprimento do dever anexo de informação clara pela seguradora e quando o segurado violar o seu dever de prestar informações verdadeiras.

Por oportuno, no quarto ponto, foi trabalhada a boa-fé objetiva e o dever de informação, tanto sob a ótica da seguradora, quanto do segurado, como elementos direcionares da sua celebração e conclusão.

No último ponto, por meio de análise de julgados, observou-se que a aplicação da cláusula excludente de riscos decorrentes de doença preexistente é autorizada quando restar comprovado pela seguradora que o segurado violou a boa-fé ao deixar de prestar informações verídicas, no caso as doenças preexistentes no ato da contratação do seguro e de seu conhecimento na proposta de adesão ou na declaração pessoal de saúde. A doença preexistente deve estar diretamente relacionada com a *causa mortis* do segurado e deve ser devidamente provada pela seguradora, não bastando meras suposições.

A mesma boa-fé deve ser aplicada à seguradora, que deve inserir as cláusulas limitativas ao direito do segurado de forma clara, destacada e objetiva na proposta de adesão e na declaração pessoal de saúde, está última devendo, ainda, observar a especificidade das condições de saúde do segurado que necessita saber para a perfectibilização do contrato, ou seja, as informações não podem ser genéricas ou, ainda, previamente redigidas e sem a correspondente assinatura do segurado, de modo a não induzir o segurado/consumidor em erro e nem possibilitar a seguradora de se esquivar de seu dever de indenizar, alegando doença preexistente.

Por fim, verificou-se que os Tribunais Pátrios vêm flexibilizando a caracterização da boa-fé em detrimento do segurado/consumidor em casos de sobrevida do segurado e quando a moléstia suportada não repercutia de forma grave na realização de suas atividades cotidianas. No entanto, tais fundamentos vêm desprovidos do devido conhecimento técnico econômico atuarial, o que, além de causar um desequilíbrio contratual, viola o princípio do mutualismo do contrato de seguro de vida. Dessa forma, nos casos em que o segurado declarasse ser portador de determinada doença, o dever de análise do risco assumido deveria ser uma incumbência das seguradoras, as quais detém conhecimento técnico para tanto e não do poder judiciário que deve averiguar a violação da boa-fé objetiva em cada caso.

O estudo proposto neste artigo não tem a pretensão de dirimir todas as dúvidas a respeito do tema. Ao contrário, objetiva demonstrar que a matéria está longe de alcançar um consenso, mas que, para evitar injustiças e decisões contrárias a princípios basilares do contrato de seguro de vida, a matéria precisa ser objeto de estudo jurídico técnico, sem cair no discurso meramente passional, o que vem se tornando corrente em muitas questões que envolvem a temática ora apresentada.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, J. B. Torres de. **O seguro no direito brasileiro**. São Paulo: Edjur, 2003.
- ALMEIDA, José Carlos Moitinho de. **O contrato de seguro no direito português e comparado**. Lisboa: Livraria Sá da Costa, 1971.
- BANDEIRA, Paula Greco. **Contratos aleatórios no direito brasileiro**. Rio de Janeiro: Renovar, 2010.
- BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. **Resolução Normativa – RN Nº 162, de 17 de outubro de 2007**. Estabelece a obrigatoriedade da Carta de Orientação ao Beneficiário; dispõe sobre Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP); Cobertura Parcial Temporária (CPT); Declaração de Saúde e sobre o processo administrativo para comprovação do conhecimento prévio de DLP pelo beneficiário de plano privado de assistência à saúde no âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar; revoga as Resoluções CONSU nº 2, de 4 de novembro de 1998, CONSU nº 17 de 23 de março de 1999, artigos 2º e 4º da Resolução CONSU nº 15 de 23 de março de 1999, a Resolução Normativa 20 de 12 de dezembro de 2002 e a Resolução Normativa RN nº 55, de 2 de novembro de 2003 e altera a Resolução Normativa - RN nº 124, de 30 de março de 2006. BRASÍLIA, DF, 2007. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTIyMw==#:~:text=1%C2%BA%20Esta%20Resolu%C3%A7%C3%A3o%20disp%C3%B5e%20sobre,benefici%C3%A1rio%20de%20plano%20privado%20de>. Acesso em: 08 out. 2020.
- BRASIL. **Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002**. Institui o Código Civil. Brasília, DF: Presidência da República, 2002. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110406.htm. Acesso em: 01 out. 2020.
- BRASIL. **Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990**. Instituiu o Código de Defesa do Consumidor. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18078compilado.htm. Acesso em: 01 out. 2020.
- BRASIL. Presidência da República. **Decreto-Lei nº 73, de 21 de novembro de 1996**. Dispõe sobre o Sistema Nacional de Seguros Privados, regula as operações de seguros e resseguros e dá outras providências. BRASÍLIA, DF, 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del0073.htm. Acesso em: 10 out. 2020.
- BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998**. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. BRASÍLIA, DF, 1998. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19656.htm. Acesso em: 08 out. 2020.
- BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000**. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. BRASÍLIA, DF, 2000. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19961.htm. Acesso em: 08 out. 2020.
- BRASIL. Superintendência de seguros privados – SUSEP. **Circular SUSEP nº 302, de 19 de setembro de 2005**. Rio de Janeiro, RJ, 2005. Disponível em: <http://www.susep.gov.br/textos/circ302.pdf>. Acesso em: 08 out. 2020.

BRASIL. Superintendência de seguros privados – SUSEP. **Resolução SUSEP nº 117, de 22 de dezembro de 2004**. Rio de Janeiro, RJ, 2004. Disponível em: <http://www.susep.gov.br/textos/resol117-04.pdf>. Acesso em: 08 out. 2020.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. (4ª Turma do STJ). **AgInt no AREsp 1228500/DF**. Relator: Raul Araújo. Brasília, 29 de mar. de 2019. Disponível em: https://processo.stj.jus.br/processo/revista/documento/mediado/?componente=ITA&sequencia_l=1803999&num_registro=201800001593&data=20190329&formato=PDF. Acesso em: 16 out. 2020.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. (4ª Turma do STJ). **AgInt no AREsp nº 1641645/SP**. Relator: Marco Buzzi. Brasília, 09 de set. de 2020. Disponível em: https://processo.stj.jus.br/processo/julgamento/electronico/documento/mediado/?documento_tipo=integra&documento_sequencial=114644404®istro_numero=201903775012&peticao_numero=202000346177&publicacao_data=20200909&formato=PDF. Acesso em: 16 out. 2020.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. (4ª Turma do STJ). **AgInt no RECURSO ESPECIAL Nº 1.280.544/PR**. Relator: Maria Isabel Galloti. Brasília, 02 de maio de 2017. Disponível em: https://processo.stj.jus.br/processo/revista/documento/mediado/?componente=ITA&sequencia_l=1598247&num_registro=201101772686&data=20170509&formato=PDF. Acesso em: 16 out. 2020.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. (Tribunal Pleno). **Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 2591-1/DF**. Relator: Carlos Velloso. Brasília, 07 de jun. de 2006. Disponível em: <http://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=1990517>. Acesso em: 30 ago. 2020.

CAMPOY, Adilson José. **Contrato de Seguro de Vida**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2014.

CARVALHO SANTOS, J. M. **Código Civil Brasileiro Interpretado - Direito das Obrigações**. 7ª ed. Volume XIX. Rio de Janeiro: Editora Freitas Bastos, 1958.

CAVALIERI FILHO, Sérgio. **Programa de Responsabilidade Civil**. 13ª Ed. São Paulo: Atlas, 2019.

CAVALIERI FILHO, Sérgio. **Programa de responsabilidade civil**. 14ª Ed. São Paulo: Atlas, 2020.

COELHO, Fábio Ulhoa. **Curso de direito civil**. Volume 3. São Paulo: Saraiva, 2005.

CORDEIRO, António Menezes. **Direito dos seguros**. Coimbra: Almedina, 2013.

FARIA, Lauro Vieira de. **Seguro e doença preexistente**. Revista Caderno de Seguros. Edição 178, p. 17-20. Disponível em: <http://cadernosdeseguro.ens.edu.br/pdf/cad178artigo-lauro-faria.pdf>. Acessado em: 10 set. 2020.

FRANCO, Vera Helena de Mello. **Contratos: direito civil e empresarial**. 5ª Ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2014.

GARCIA E SOUZA, Thelma de Mesquita. **O Dever de Informar e sua Aplicação ao Contrato de Seguro**. Tese de doutoramento pela Universidade de São Paulo USP, 2012. Disponível em: www.teses.usp.br. Acesso em: 15 set. 2020.

KRIGER FILHO, Domingos Afonso. **Contrato de seguro no direito brasileiro**. Niterói: Labor Juris, 2000.

LOURO, Vanessa. **“Declaração Inicial do Risco no Contrato de Seguro: Análise do regime jurídico e breve comentário à jurisprudência recente dos Tribunais Superiores”**. Revista Eletrônica de Direito jul. 2016, nº 2, Faculdade de Direito da Universidade do Porto. Disponível em: <http://www.cije.up.pt/content/declara%C3%A7%C3%A3oinicial-do-risco-no-contrato-de-seguro-an%C3%A1lise-do-regime-jur%C3%ADdico-e-breve-coment%C3%A1>. Acesso em: 15 set. 2020.

LUTZKY, Daniela Courtes. **A reparação de danos imateriais como direito fundamental**. 1ª Ed. Porto Alegre: Livraria do advogado, 2012.

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

MARQUES, Cláudia Lima. **Contratos no código de defesa do consumidor: o novo regime das relações contratuais**. 5ª Ed. rev., atual. e ampl. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2006.

MARQUES, Cláudia Lima. **Saúde e responsabilidade 2: a nova assistência privada à saúde**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2008.

MARTINS-COSTA, Judith. **A boa-fé no direito privado: sistema e tópica no processo obrigacional**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2000.

MIRANDA, Pontes de. **Tratado de direito privado: parte especial, tomo XLVI**. Rio de Janeiro: Editora Borsoi, 1972.

OLIVEIRA, Leonardo David Quintanilha de. **O dever de prestar declaração do risco no contrato de seguro e o Direito Civil Sancionatório**. Revista jurídica de seguros. Nº 8. Rio de Janeiro: CNseg; maio de 2018.

PARANÁ, Tribunal de Justiça do. (10ª Câmara Cível). **Apelação Cível nº 0066596-10.2017.8.16.0014**. Relator: Luiz Lopes, Julgado em: 21 jun. 2020. Disponível em: <https://portal.tjpr.jus.br/jurisprudencia/j/4100000013026631/Ac%C3%B3rd%C3%A3o-0066596-10.2017.8.16.0014#>. Acesso em: 16 out. 2020.

PETERSEN, Luiza Moreira. **O risco no contrato de seguro**. São Paulo: Roncarati, 2018.

POÇAS, LUÍS. **O Dever de Declaração Inicial do Risco no Contrato de Seguro**. Coimbra: Almedina, 2013.

POLIDO, Walter A. **Contrato de Seguro. Novos Paradigmas**. São Paulo: Editora Rocarati, 2010.

RIO GRANDE DO SUL, Tribunal de Justiça do. (2ª Turma Recursal Cível). **Apelação Cível nº 70083511550**. Relatora: Ana Cláudia Cachapuz Silva Raabe. Porto Alegre, 26 de ago. de 2020. Disponível em:

https://www1.tjrs.jus.br/site_php/consulta/consulta_acordaos.php?Numero_Processo=70083511550&code=0401&entrancia=2&id_comarca=700&nomecomarca=&orgao=TRIBUNAL%20DE%20JUSTI%C7A%20-%206.%20CAMARA%20CIVEL. Acesso em: 16 out. 2020.

RIO GRANDE DO SUL, Tribunal de Justiça do. (5ª Câmara Cível). **Apelação Cível nº 70083684845**. Relator: Jorge André Pereira Gailhard. Porto Alegre, 15 de abr. de 2020. Disponível em: https://www1.tjrs.jus.br/site_php/consulta/consulta_acordaos.php?Numero_Processo=70083684845&code=9222&entrancia=2&id_comarca=700&nomecomarca=&orgao=TRIBUNAL%20DE%20JUSTI%C7A%20-%205.%20CAMARA%20CIVEL. Acesso em: 16 out. 2020.

RIO GRANDE DO SUL, Tribunal de Justiça do. (6ª Câmara Cível). **Apelação Cível nº 70082788407**. Relatora: Eliziana da Silveira Perez. Porto Alegre, 10 de out. de 2019. Disponível em: https://www.tjrs.jus.br/buscas/jurisprudencia/exibe_html.php. Acesso em: 22 set. 2020.

RIO GRANDE DO SUL, Tribunal de Justiça do. (6ª Câmara Cível). **Apelação Cível nº 70083062851**. Relator: Ney Wiedemann Neto. Porto Alegre, 05 de dez. de 2019. Disponível em: https://www1.tjrs.jus.br/site_php/consulta/consulta_acordaos.php?Numero_Processo=70083062851&code=0401&entrancia=2&id_comarca=700&nomecomarca=&orgao=TRIBUNAL%20DE%20JUSTI%C7A%20-%206.%20CAMARA%20CIVEL. Acesso em: 16 out. 2020.

RIO GRANDE DO SUL, Tribunal de Justiça do. (6ª Câmara Cível). **Apelação Cível nº 70082480237**. Relatora: Marlene Marlei de Souza. Porto Alegre, 27 de ago. de 2020. Disponível em: https://www1.tjrs.jus.br/site_php/consulta/consulta_acordaos.php?Numero_Processo=70082480237&code=9222&entrancia=2&id_comarca=700&nomecomarca=&orgao=TRIBUNAL%20DE%20JUSTI%C7A%20-%206.%20CAMARA%20CIVEL%20-%20REGIME%20DE%20EXCECAO. Acesso em: 16 out. 2020.

RIO GRANDE DO SUL, Tribunal de Justiça do. (Sexta Câmara Cível). **Apelação Cível nº 70081537789**. Relatora: Eliziana da Silveira Perez. Porto Alegre, 13 de dez. de 2019. Disponível em: https://www1.tjrs.jus.br/site_php/consulta/consulta_acordaos.php?Numero_Processo=70081537789&code=9222&entrancia=2&id_comarca=700&nomecomarca=&orgao=TRIBUNAL%20DE%20JUSTI%C7A%20-%206.%20CAMARA%20CIVEL. Acesso em: 16 out. 2020.

RODRIGUES, Vasco. **Análise Econômica do Direito: Uma Introdução**. 2ª Ed. Coimbra: Almedina, 2016.

SANTA CATARINA, Tribunal de Justiça de. (4ª Câmara Cível). **Apelação n. 5003659-13.2019.8.24.0004**. Relator: Helio David Vieira Figueira dos Santos. Florianópolis, 06 de ago. de 2020. Disponível em: http://busca.tjsc.jus.br/jurisprudencia/html.do?q=&only_ementa=&frase=&id=321598360943205690303871920255&categoria=acordao_eproc. Acesso em: 16 out. 2020.

SANTA CATARINA, Tribunal de Justiça de. (5ª Câmara Cível). **Apelação Cível nº 0300355-24.2016.8.24.0036**. Relatora: Cláudia Lambert de Faria. Florianópolis, 30 de abr. de 2019. Disponível em:

http://busca.tjsc.jus.br/jurisprudencia/html.do?q=&only_ementa=&frase=&id=AABAg7AAGAAA8PIAAM&categoria=acordao_5. Acesso em: 16 out. 2020.

SANTA CATARINA, Tribunal de Justiça de. (6ª Câmara Cível). **Apelação Cível nº 0001846-32.2014.8.24.0062**. Relatora: Bettina Maria Maresch de Moura. Florianópolis, 09 de jun. de 2020. Disponível em: http://busca.tjsc.jus.br/jurisprudencia/html.do?q=&only_ementa=&frase=&id=AABAg7AAIAAFieZAAQ&categoria=acordao_5. Acesso em: 16 out. 2020.

SANTA CATARINA, Tribunal de Justiça de. (6ª Câmara Cível). **Apelação Cível nº 0003894-22.2006.8.24.0004**. Relator: André Luiz Dacol. Florianópolis, 08 de ago. de 2017. Disponível em: http://busca.tjsc.jus.br/jurisprudencia/html.do?q=&only_ementa=&frase=&id=AABAg7AAEAACe+TAAU&categoria=acordao_5. Acesso em: 16 out. 2020.

SANTA CATARINA, Tribunal de Justiça de. (7ª Câmara Cível). **Apelação Cível nº 0300842-15.2017.8.24.0050**. Relatora: Haidée Denise Grin. Florianópolis, 21 de maio de 2020. Disponível em: http://busca.tjsc.jus.br/jurisprudencia/html.do?q=&only_ementa=&frase=&id=AABAg7AAIAADgqZAAO&categoria=acordao_5. Acesso em: 16 out. 2020.

SÃO PAULO, Tribunal de Justiça de. (34ª Câmara de Direito Privado). **Apelação Cível nº 1013268-26.2018.8.26.0309**. Relator(a): L. G. Costa Wagner. São Paulo, 30 de set. de 2020. Disponível em: <https://esaj.tjsp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcordao=14014920&cdForo=0>. Acesso em: 16 out. 2020.

SÃO PAULO, Tribunal de Justiça de. (34ª Câmara de Direito Privado). **Apelação Cível nº 1039384-34.2016.8.26.0602**. Relatora: Cristina Zucchi. São Paulo, 22 de jul. de 2020. Disponível em: <https://esaj.tjsp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcordao=13778959&cdForo=0>. Acesso em: 16 out. 2020.

SCHREIBER, Anderson. **Novos Paradigmas da Responsabilidade Civil: da Erosão dos Filtros da Reparação à Diluição dos Danos**. São Paulo: Atlas, 2007.

SENE, Leone Trida. **Seguro de pessoas: negativas de pagamento das seguradoras**. Curitiba: Juruá, 2006.

SIGNORINO, Andrea Barbat. **Estudios de derecho de seguros**. Motevideo: La Ley, 2016.

TARTUCE, Flávio. **Direito Civil: teoria geral dos contratos e contratos em espécie – v.3**. 15ª Ed. Rio de Janeiro: Forense, 2020.

TARTUCE, Flávio. **Manual de direito civil: volume único**. 6ª Ed. rev., atual. e ampl. São Paulo: Método, 2016.

THEODORO JÚNIOR, Humberto. **O contrato de seguro e a regulação do sinistro**. Revista Síntese de Direito Civil e Processual Civil. Porto Alegre, v.5, n.30, p. 5-23, jul./ago. 2004.

TZIRULNIK, Ernesto; CAVALCANTI, Flávio de Queiros B.; PIMENTEL, Ayrton. **O contrato de seguro: de acordo com o novo código civil brasileiro**. 2ª Ed. Rev., atual. e ampl. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2003.

TZIRULNIK, Ernesto; CAVALCANTI, Flávio de Queiroz B.; PIMENTEL, Ayrton. **O contrato de seguro: de acordo com o novo código civil brasileiro**. 2ª Ed. Ver., atual e ampl. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2003.

VAZ, Caroline. **A responsabilidade civil e o direito à informação dos consumidores na sociedade de consumo**. In: MELGARÉ, Plínio. O direito das obrigações na contemporaneidade: estudos em homenagem ao Ministro Ruy Rosado de Aguiar Júnior. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2014.

ZAVASCKI, Liane Tabarelli. **Um diálogo entre Dworkin e Perelman: reflexões sobre interpretação judicial e poder discricionário**. In: ZAVASCKI, Liane Tabarelli; BÜHRING, Marcia Andrea; JOBIM, Marco Félix (org.). Diálogos constitucionais de direito público e privado n. 2. V. 2. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2013.