

FACULDADE DAMAS DA INSTRUÇÃO CRISTÃ
CURSO DE DIREITO

MIRELLY STEFFANY DA SILVA SOUSA

**A NEGATIVA DA INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA EM CASO DE DOENÇA
PREEXISTENTE: Uma crítica a Súmula 609 do STJ**

Recife
2019

MIRELLY STEFFANY DA SILVA SOUSA

**A NEGATIVA DA INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA EM CASO DE DOENÇA
PREEXISTENTE: Uma crítica a Súmula 609 do STJ**

Monografia apresentada à Faculdade Damas da
Instrução Cristã como requisito parcial para
obtenção do título de Bacharel em Direito.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Renata Cristina Othon
Lacerda Andrade

Recife

2019

Catálogo na fonte
Bibliotecário Ricardo Luiz Lopes CRB/4-2116

Souza, Mirelly Steffany da Silva.
S725n A negativa da indenização securitária em caso de doença preexistente:
uma crítica a Súmula 609 do STJ / Mirelly Steffany da Silva Souza. -
Recife, 2019.
41 f.

Orientador: Prof.^a Dr.^a Renata Cristina Othon Lacerda de Andrade.
Trabalho de Conclusão de Curso (Monografia - Direito) – Faculdade
Damas da Instrução Cristã, 2019.
Inclui bibliografia.

1. STJ. 2. Súmula 609. 3. Seguro de vida. I. Andrade, Renata Cristina
Othon Lacerda de. II. Faculdade Damas da Instrução Cristã. III. Título

340 CDU (22. ed.)

FADIC (2019.2-373)

FACULDADE DAMAS DA INSTRUÇÃO CRISTÃ
CURSO DE DIREITO

MIRELLY STEFFANY DA SILVA SOUSA

A NEGATIVA DA INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA EM CASO DE DOENÇA
PREEXISTENTE: Uma crítica a Súmula 609 do STJ

Defesa Pública em Recife, _____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA:

Presidente:

Examinador(a)

Dedico o presente trabalho a toda minha família, em que recebi todo amor, apoio e compreensão para a conclusão do curso, nas pessoas dos meus avós: Edimilson Roque da Silva, Maria José Raimundo Queiroz e Maria Severina de Sousa.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço ao meu bom Deus e a Virgem Maria Santíssima por todas as graças alcançadas e bênçãos recebidas, Eles que foram meu sustento e deram-me coragem para questionar realidades e propor sempre um novo mundo de possibilidades.

Seguidamente, agradeço a minha mãe, Michelle Sousa, por toda compreensão, esforço e amor, ao meu pai, Elias Sousa (*in memoriam*), minha saudade eterna, que a mim dedicou tanto amor, tenho certeza que conto com sua intercessão.

As minhas avós: Maria Queiroz e Maria Severina, por todas orações, carinho e cuidado. Ao meu avô, Edimilson Roque, que tomou para si o doce fardo de ser meu pai, o incentivador do curso, homem perene, justo e íntegro, operador do Direito digno de toda homenagem. Aos meus tios, especialmente tia Márcia e tio Waldiney, por sempre acreditarem em meu potencial e me impulsionarem a seguir adiante, desde a minha tenra idade. Bem como, Tio Nathan e Celso, por toda torcida.

Agradeço a minha prima Isabelle, fonte inesgotável de alegria, que mesmo tão pequena, entende meus anseios e me ama da forma mais genuína. Do mesmo modo, não ousaria esquecer minha prima Mikaelly, que sempre caminhou ao meu lado e me aconselhou como uma irmã, igualmente, Eloísa, por me enxergar como um exemplo e nutrir por mim uma verdadeira afeição.

Como não poderia ser diferente, gratidão ao meu amor, Matheus Ferraz, sempre se revelando meu porto seguro, meu melhor amigo e confidente, tive a graça de caminhar com ele durante os cinco anos de faculdade.

Agradeço, ainda, ao meu chefe, Hugo Novaes, sempre disponível, solícito e compreensivo, compartilhando comigo seus materiais de estudo, sua experiência e o seu próprio trabalho de especialização, o qual tive a honra de citar.

Um agradecimento especial a minha orientadora Prof.^a Renata Andrade, pela orientação, apoio e solicitude. No mesmo sentido, agradeço ao professor Ricardo Silva, pela disponibilidade que lhe é própria, ele foi uma das peças fundamentais para a conclusão do TCC.

Por fim, mas não menos importante, agradeço aos meus amigos, professores e religiosas da rede Damas, que acreditam no meu potencial e me revelam que eu posso muito mais do que imagino.

EPÍGRAFE

“Aqueles que pretendem exercer a profissão jurídica devem ter, sobretudo, a qualidade da busca incessante pela justiça, a qual é o fim supremo do Direito. Toda norma jurídica traz essencialmente esse anseio milenar da busca do alcance do justo.”

(Advogado Darlan Batista)

RESUMO

O contrato de seguro de vida assume uma relevância desmedida na sociedade contemporânea, em que as seguradoras transferem para si o risco relacionado com a morte ou eventual sobrevivência da pessoa segurada, se dispondo a efetuar o pagamento da indenização securitária na ocorrência de sinistros. Nesta toada, salienta-se que Poder Judiciário continuamente discutiu acerca da legitimidade e licitude da negativa securitária em caso de doença preexistente, principalmente quando a seguradora não realiza exames prévios anteriores a contratação. Sendo assim, o STJ, em abril de 2018, editou a súmula 609, afirmando que a recusa de cobertura securitária, sob a alegação de doença preexistente, é ilícita se não houver a exigência de exames médicos prévios à contratação ou a demonstração de má-fé do segurado. Entretanto, a Egrégia Corte Superior, na edição da súmula, não se atentou para o ônus excessivo imputado não condizente com a realidade de contratação em massa, própria da estrutura securitária, além dos princípios da boa-fé objetiva e mutualismo, o que legitima a recusa securitária, mesmo quando não ocorre exames médicos prévios a contratação. Com isso, o objetivo geral da presente pesquisa é: verificar se a conduta da seguradora em negar a indenização securitária nos casos em que o sinistro decorrer de doença preexistente, não declarada pelo segurado quando do preenchimento da proposta e questionário de risco, quando não há a realização de exames prévios, é lícita. Cujas metodologia é qualitativa. Destarte, restou consignado que a aplicação deste assentamento da primeira parte da súmula, referente a exigência de exames médicos prévios, se mostra prejudicial a ambas partes contratantes, haja vista a negação aos princípios do mutualismo e da boa-fé objetiva, a contrassenso fático, põe em risco a estrutura e funcionamento do contrato de seguro de vida.

Palavras chaves: STJ, súmula 609, seguro de vida.

ABSTRACT

The life insurance contract assumes a never seen before relevance in the contemporary society, where insurers transfer to themselves the risk related to the death or eventual survival of the insured person, being willing to pay the insurance indemnity in the event of accidents. In this regard, it is noteworthy that the judiciary continually argued about the legitimacy and legality of the insurance denial in case of pre-existing illness, especially when the insurer does not perform examinations prior to hiring. Accordingly, in April 2018, the Brazilian Supreme Court approved Binding Precedent 609, stating that the refusal of insurance coverage, on the grounds of a pre-existing disease, is unlawful if there is no proof of the insured's bad faith or if there's no requirement for pre-medical examinations. However, in the conception of the Precedent, the Egregious Court did not pay attention to the excessive burden created which is not consistent with the reality of mass hiring, inherent to the insurance companies' structure, beyond the principles of objective good faith and mutualism, which legitimizes the companies' refusal, even when there are no medical examinations prior to hiring. Thus, the general objective of the present research is: to verify if is lawful the insurer's conduct in denying the insurance indemnity in cases where the claim arises from a pre-existing disease, not declared by the insured when the proposal and risk questionnaire were completed, when previous medical examinations were not performed. The methodology used is qualitative. Accordingly, it remains stated that the application of the first part of the Precedent, referring to the requirement of prior medical examinations, is detrimental to both contracting parties, given that it denies the principles of mutualism and objective good faith, it is illogical when it comes to facts and jeopardizes the structure and operation of the life insurance contract.

Keywords: Brazilian Supreme Court, binding precedent 609, life insurance contract.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	9
2	BREVES CONSIDERAÇÕES SOBRE O CONTRATO DE SEGURO	11
2.1	A origem do contrato de seguro.....	11
2.2	Da conceituação e elementos do contrato de seguro.....	14
2.2.1	Da estruturação do contrato de seguro de vida	17
2.2.2	A intervenção estatal no contrato de seguro de vida	19
3	PRINCÍPIOS DA BOA FÉ E MUTUALISMO E DOENÇA PREEXISTENTE ...	21
3.1	O princípio da boa-fé e o contrato de seguro de vida	21
3.2	Princípio do mutualismo e contrato de seguro de vida	24
3.3	O conceito de doença preexistente e o questionário de avaliação de risco....	26
4.	NEGATIVA POR DOENÇA PREEXISTENTE E A SÚMULA 609 DO STJ	29
4.1.	Entendimento do STJ sobre doença preexistente e negativa securitária	29
4.2.	Boa-fé e mutualismo confrontados com o conceito de doença preexistente ..	32
4.3.	Exames médicos e violação a intimidade do proponente do seguro de vida..	36
5	CONCLUSÃO	38
	REFERÊNCIAS.....	40

1 INTRODUÇÃO

A sociedade moderna é permeada pelo risco, razão pela qual o contrato de seguro assume um papel relevante na tutela dos diversos bens jurídicos. Dentre os múltiplos tipos de contrato de seguro (seguro de vida, automóvel, imóvel, transporte etc.), o contrato de seguro de vida tem ganhado bastante expressão na sociedade.

Nas apólices de seguro de vida, as seguradoras se dispõem a cobrir um risco relacionado com a morte ou eventual sobrevivência (em casos de cobertura de invalidez, por exemplo) da pessoa segurada, sendo, por óbvio, um contrato que resguarda a pessoa humana.

O negócio jurídico em questão é regulado através de poucos artigos do Código Civil, atos normativos emitidos pela agência reguladora de seguros, a SUSEP - Superintendência de Seguros Privados, além do Decreto Lei 73/66.

Em razão disto, o Poder Judiciário, por diversas vezes, acaba tutelando tal espécie contratual, sem a devida observância das nuances próprias do instituto jurídico em comento. Um tema bastante polêmico na jurisprudência pátria diz respeito a legitimidade da negativa da indenização securitária, por parte da seguradora, em casos de doença preexistente.

Neste sentido, o STJ, buscando uniformizar a jurisprudência e firmar seu entendimento acerca do tema, editou, em abril de 2018, a Súmula 609, aplicável aos contratos de seguro de vida e saúde, afirmando que a recusa da cobertura securitária, sob a alegação de doença preexistente, é ilícita acaso não ocorra a exigência de exames médicos anteriores a contratação, ou não haja a demonstração de má-fé do segurado.

Entretanto, a Corte Superior, em um verdadeiro ativismo judicial, ignorou por completo o princípio da confiança e da boa-fé-objetiva, além do dever legal de declaração do risco por parte do segurado (art. 766 do Código Civil), impondo um ônus excessivo, e não condizente com a realidade de contratação em massa, de realizar exames médicos prévios para a delimitação do real risco assumido.

Sendo assim, o presente trabalho se mostra útil aos operadores do Direito, haja vista que proporciona uma reflexão profunda acerca da natureza transindividual da modalidade contratual em testilha, bem como, permite avaliar se os princípios próprios

que regem o presente negócio jurídico foram levados em consideração quando da edição do verbete sumular editado pelo STJ.

Nesta toada, é imperioso indagar: A primeira parte da súmula 609 do STJ, referente a realização de exames médicos prévios a contratação, é condizente com a dinâmica dos contratos de seguro de vida?

Levando-se em consideração o caráter transindividual do contrato de seguro de vida, notado através do princípio do mutualismo, bem como, o princípio da boa-fé objetiva, e a própria estrutura securitária, percebe-se que a determinação do STJ no tocante a realização de exames médicos para delimitar o risco, é incompatível com a dinâmica exercida no contrato de seguro de vida.

Portanto, o objetivo geral deste trabalho é verificar se a realização de exames médicos em momento prévio a contratação é condizente com a realidade fática do contrato de seguro de vida, tanto em relação ao axioma principiológico fundante da matéria, como no próprio modo de ser da figura contratual.

Como objetivos específicos pretende-se: a) Apresentar breves explicações acerca do contrato de seguro; b) Analisar e o conceito de doença preexistente e os princípios da boa-fé e mutualismo no contrato de seguro de vida. c) Examinar a Súmula 609 do STJ e comparar a viabilidade prática da primeira parte da súmula com a estruturação securitária nas apólices de seguro de vida.

O método adotado é o dedutivo, visto que buscar entender o fenômeno (negativa da indenização securitária) e explica-lo de forma perfunctória, cuja metodologia é qualitativa e descritiva.

No primeiro capítulo almeja-se apresentar a importância da figura contratual para a sociedade contemporânea, além de tecer breves considerações sobre os elementos do contrato de seguro.

No segundo capítulo pretende-se analisar os princípios da boa-fé e mutualismo no contrato de seguro de vida e o conceito de doença preexistente.

No terceiro capítulo procura-se examinar o entendimento firmado pelo STJ através da Súmula 609, e comparar a viabilidade prática da primeira parte da súmula com a estruturação securitária nas apólices de seguro de vida.

2 BREVES CONSIDERAÇÕES SOBRE O CONTRATO DE SEGURO

No presente capítulo, explana-se acerca da origem do contrato de seguro no mundo e no Brasil, a fim de demonstrar a importância da figura contratual estudada, bem como, se analisa os elementos do contrato de seguro e a estruturação do seguro de vida.

2.1 A origem do contrato de seguro

A luta contra o risco, o imprevisível, ensejou a criação de um instituto jurídico chamado contrato de seguro, haja vista que o principal objetivo desta espécie contratual é dirimir riscos. O instituto em comento teve sua origem com o Renascimento e a expansão marítima durante o mercantilismo. A operação contratual era simples, mas um pouco diferente do que se vê hoje, inclusive, à época, eram as pessoas físicas que se dispunham a assumir os riscos das embarcações.

Pois bem, outrora, existiu uma espécie contratual em que um determinado capitalista (espécie de banqueiro) emprestava uma quantia em dinheiro ao proprietário de um barco, a fim de financiar a viagem, se houvesse um naufrágio ou danos a carga, os prejuízos eram assumidos pelo capitalista, este, por sua vez, recebia, ao final, os juros estipulados em contrato, além de um valor adicional pela garantia do risco.

A figura contratual discutida ficou conhecida como contrato de câmbio marítimo, perdurando no comércio por séculos, contudo, no século IX, o papa Gregório assinou um decreto proibindo a usura, isto é, o contrato de empréstimo com cláusula de pagamento de juros, acarretando a morte do instituto retro mencionado (câmbio marítimo), prejudicando todo o comércio marítimo.

Em razão de tal decreto, surgiu-se a preocupação de garantir aos proprietários das navegações a minoração dos riscos das viagens, motivo que ensejou os operadores do direito criarem uma modalidade nova de contrato de câmbio marítimo.

Assim como antigamente, o negócio jurídico também era firmado entre um capitalista e um proprietário de um barco, situação em que o primeiro se dispunha perante o segundo a pagar uma quantia acaso acontecesse algum dano a embarcação ou ocorresse o extravio da carga transportada. Em troca da proteção, o proprietário da navegação efetuará uma contraprestação ao capitalista,

posteriormente, chamada de prêmio. Se, porventura, o risco não se concretizasse, o negócio jurídico dava-se por resolvido.

A partir da experiência do seguro marítimo, o contrato de seguro expandiu-se, adquirindo técnicas modernas e elaboradas, sendo evidente sua importância para a sociedade pós-moderna.

Especula-se que no Brasil a modalidade contratual estudada adveio com a vinda da família real portuguesa, no ano de 1808, momento em que surgiu a primeira seguradora no país, a companhia “Boa-fé”, cuja sede fora situada no estado da Bahia. Por óbvio, tratava-se de uma empresa europeia, uma vez que no Brasil não havia sequer a noção de proteção de bens por meio de apólice de seguros.

Nas palavras do doutrinador Siene¹:

É recente a história do nosso seguro. Data da independência do país, ou um pouco antes, da chegada ao Brasil da Família Real Portuguesa, em 1808. Naquela época, o seguro europeu havia alcançado sua maturidade, com seus princípios técnicos e jurídicos bem definidos, e operando em larga escala nas carteiras dos ramos marítimos e terrestres. Esse progresso beneficiou a implantação do seguro entre nós, por força de nossa ligação com a cultura dos povos europeus e das transações comerciais que se estabeleceram com eles, a partir da abertura dos portos para o intercâmbio internacional.

Neste momento, diversas seguradoras estrangeiras vieram exercer a atividade securitária no território brasileiro, contudo, a comercialização era restrita ao contrato de seguro marítimo, em virtude da abertura dos portos ao comércio internacional. Destaca-se que as companhias em comento eram reguladas pelas normas portuguesas.

Apenas no ano de 1850, com a criação do Código Comercial, existe menção no ordenamento jurídico brasileiro e estudo ao contrato de seguro. Obviamente, a legislação supra não regulava de forma perfunctória o instituto em comento, limitando-se a tratar exclusivamente do seguro marítimo.

Por outro lado, a criação do código comercial revelou-se um grande avanço para a figura contratual em comento, possibilitando que as seguradoras expandissem seus produtos, comercializando não só seguros marítimos, mas outros tipos de seguro, inclusive, seguro de pessoas.

¹ SIENE, Tride Leone. **Seguro de pessoas**: negativa de pagamento das seguradoras, 2. ed. rev. Atual. Paraná: Editora Juruá, 2009, p. 27.

Destarte, ressalta-se que a primeira seguradora genuinamente brasileira comercializava exclusivamente seguro de pessoas, com cobertura para o risco vida, contudo, é importante evidenciar que a comercialização do produto retro (seguro de pessoas) apenas era permitido para pessoas livres, já que a escravidão ainda era permitida no país. A partir de então, houve uma verdadeira expansão e popularização do negócio jurídico em questão.

Acontece que, em 1895, na época do Brasil República, houve a promulgação da Lei 294 que dispunha exclusivamente sobre as companhias estrangeiras de seguros de vida, determinando que suas reservas técnicas fossem constituídas e tivessem seus recursos aplicados no Brasil, para fazer frente aos riscos aqui assumidos.

Por outro lado, já no século XX, o Decreto nº 4.270/1901 passou a regulamentar o funcionamento das companhias de seguros de vida, marítimos e terrestres, nacionais e estrangeiras, já existentes ou que viessem a se organizar no território nacional, criando a "Superintendência Geral de Seguros", subordinada diretamente ao Ministério da Fazenda.

A instituição possuía um papel fiscalizador, em que já se percebe uma maior intervenção estatal nas figuras contratuais, a fiscalização realizada era concernente a análise da documentação da sociedade seguradora, bem como, havia uma inspeção direta e periódica referente ao regular funcionamento ou não da companhia de seguros.

No ano de 1937 foi preconizado o princípio da nacionalização do seguro em que a própria constituição do país estabelecia a necessidade de certas atividades comerciais adquirirem determinados tipos de seguros, ou seja, o Estado criou seguros obrigatórios para empresas, indústrias e concessionárias públicas contra riscos de incêndio e transportes, tais como seguro rodoviário, ferroviário, marítimo etc.

Ocorre que, somente em 1966, por meio do Decreto Lei nº 73 de 1966, foram reguladas todas as operações de seguros e resseguros e instituído o Sistema Nacional de Seguros Privados, constituído pelo Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP); Superintendência de Seguros Privados (SUSEP); Instituto de Resseguros do Brasil (IRB); sociedades autorizadas a operar em seguros privados; e corretores habilitados.

Atualmente, o contrato de seguro é regulamentado pelo Código Civil, nos artigos 757 a 801, pelo Decreto Lei nº 73 de 1966, bem como, por alguns atos

normativos expedidos pela agência reguladora dos seguros privados (SUSEP), não obstante exista o projeto de Lei nº 29 de 2017, com o intuito de unificar o regramento do instituto em comento, alterando, assim, os dispositivos do Código Civil que regem a matéria.

2.2 Da conceituação e elementos do contrato de seguro

O contrato de seguro é um instrumento por meio do qual a seguradora se dispõe a garantir, em face de seu segurado, riscos previamente determinados, objetivando a criação de um fundo comum, formado pela massa de segurados e administrado pela seguradora, de onde se extrai o pagamento da indenização quando algum dos segurados experimenta a concretização do risco, o sinistro.

Na legislação pátria, a conceituação do contrato de seguro se encontra no art. 757 do Código Civil:

Art. 757. Pelo contrato de seguro, o segurador se obriga, mediante o pagamento do prêmio, a garantir interesse legítimo do segurado, relativo a pessoa ou a coisa, contra riscos predeterminados. Parágrafo único. Somente pode ser parte, no contrato de seguro, como segurador, entidade para tal fim legalmente autorizada.²

No que concerne a classificação contratual do negócio jurídico em comento, pode-se dizer que se trata de um contrato bilateral, vez que gera obrigações recíprocas para ambas partes contratantes (seguradora e segurado).

Igualmente, o contrato de seguro revela-se oneroso, porque há uma vantagem de cunho patrimonial para as partes contratuais. Do mesmo modo, é um contrato consensual, pois, embora necessite ser escrito, o mero consenso das partes contratantes é suficiente para perfazê-lo.

Outrossim, é importante destacar que se trata de um contrato aleatório, uma vez que a prestação almejada só se concretiza com a ocorrência de um risco, que

² BRASIL. **Lei nº 10.406 de 10 de janeiro de 2002**. Código Civil. Diário Oficial da União, Brasília, 11/01/2002.

nem sempre é certo. Bem como, é um contrato de adesão, isto porque, as cláusulas contratuais não são previamente acordadas entre as partes, sendo estas ofertadas pela seguradora.

Nas palavras da ilustre doutrinadora Cláudia Lima Marques:

Contrato de adesão é aqueles 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, do objeto e do preço.³

Todavia, não significa que as cláusulas são redigidas ao bel prazer da seguradora, até porque as condições contratuais de todo e qualquer contrato de seguro devem, necessariamente, se coadunarem com as disposições previamente estabelecidas pela SUSEP, ante a sua natureza jurídica de dupla adesão, conforme será visto doravante.

O contrato de seguro surge com o preenchimento da proposta, momento em que proponente, futuro segurado, presta informações relativas a sua pessoa e ao risco que pretende-se garantindo, permitindo que a seguradora realize o cálculo matemático atuarial concernente a probabilidade da concretização do risco, chegando, por fim, ao valor do prêmio- a contraprestação a ser paga pelo segurado.

Salienta-se que as informações supra são fornecidas através do questionário de avaliação de risco (QAR), em tal questionário o proponente responde uma série de perguntas formuladas pela seguradora e, com base nas informações prestadas, a seguradora delimita e individualiza o risco assumido.⁴

Por sinal, um outro elemento de extrema importância para toda estrutura securitária é o prêmio, este nada mais é do que a contraprestação paga pelo segurado, em troca da garantia de um risco. Ou seja, é a quantia financeira dispendida pelo consumidor para evitar um risco.

O elemento supra integra um fundo comum, atuarialmente calculado ao pagamento de sinistros e sua probabilidade, isto significa, que os departamentos técnicos das seguradoras efetuam diversos cálculos (o chamado cálculo atuarial),

³ MARQUES, Cláudia Lima. **Contratos no Código de Defesa do Consumidor**. 4. ed. rev., atual. e ampl. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2002, p. 52

⁴ CORDEIRO, A. **Direito dos seguros**. Coimbra: Editora Almedina, 2013

objetivando a maior precisão na avaliação do prêmio, a fim de chegar ao valor pago pelo segurado.

Pode-se afirmar, de forma sucinta e breve, sem qualquer pretensão de exaurir o tema, que é por deveras complexo, que o cálculo do prêmio securitário é dividido em quatro etapas.

A priori, têm-se o prêmio estatístico que é a repartição pura dos prejuízos sofridos por alguns segurados, pelo número total destes, durante um determinado período. Como o cálculo, nesta fase, é sempre baseado em prejuízos passados, a seguradora acrescenta uma margem de segurança ao prêmio estatístico. Após o acréscimo desta margem de segurança, origina-se o prêmio puro (prêmio estatístico mais margem de segurança) que é destinado unicamente ao adimplemento das obrigações contratuais, ou seja, ao pagamento das indenizações.⁵

Há, ainda, o prêmio comercial que é o resultado matemático entre o prêmio puro mais despesas administrativas, comerciais, corretagem e remuneração do segurador (participação dos acionistas).

Por fim, chega-se ao prêmio bruto, preço final pago pelo consumidor, que é o preço líquido, oriundo de toda operação matemática, mais o custo da apólice específica e o tributo federal de operação financeira (IOF), frisa-se, que é possível que o prêmio líquido seja acrescido à parcela de juros, acaso haja o pagamento de forma fracionada.⁶

Sob a ótica da estrutura brevemente explanada, o risco declarado está umbilicalmente relacionado ao valor do prêmio pago, visto que há uma clara análise, inclusive matemática, de probabilidades de acontecimentos de sinistros (risco concretizado).

Por isso, ao preencher o QAR o futuro segurado deve ser o mais sincero possível, visto que é a parte contratual que está mais próxima do objeto a ser protegido.

Pois bem, após a análise das informações constantes na proposta, a seguradora decide se assumirá ou não o risco apresentado. Nos termos do artigo 2º da Circular da SUSEP nº 251/2004 a seguradora terá um prazo de 15 (quinze) dias

⁵ MARTINS, João Marcos. **Direito de seguro**: Responsabilidade civil das seguradoras. Rio de Janeiro. Editora Forense Universitária, 2005, p. 49.

⁶ MARTINS, João Marcos. **Direito de seguro**: Responsabilidade civil das seguradoras. Rio de Janeiro. Editora Forense Universitária, 2005, p. 49.

para se manifestar sobre a proposta, sendo *dies ad quo* o recebimento do instrumento em questão.

Acaso o risco seja aceito pela companhia de seguros, há a emissão da apólice, exteriorizando o contrato de seguro entabulado entre as partes. Na apólice deve, obrigatoriamente, estar consignada todas as principais informações do contrato em comento, inclusive, as prestadas pelo consumidor quando do preenchimento da proposta e QAR.

Nesta senda, é mister evidenciar que a apólice é um instrumento hábil para comprovar a existência de um contrato de seguro, embora não seja o único, posto que o artigo 758 do Código Civil estabelece que “o contrato de seguro prova-se com a exibição da apólice ou do bilhete do seguro, e, na falta deles, por documento comprobatório do pagamento do respectivo prêmio”.

2.2.1 Da estruturação do contrato de seguro de vida

Concernente ao contrato de seguro de vida, objeto do presente estudo, as seguradoras se dispõem a cobrir um risco relacionado com a morte ou eventual sobrevivência (em casos de cobertura de invalidez, por exemplo) da pessoa segurada. A apólice de seguro de pessoa (vida) possui duas modalidades: individual e coletiva-também conhecida como apólice de vida em grupo.

Na apólice de vida individual, além do segurador e segurado, existe a figura de um terceiro estranho a relação contratual: o beneficiário da indenização securitária. Trata-se de uma pessoa eleita pelo segurado para que, após a concretização do risco morte, receba a indenização securitária. Logo, conclui-se que depois da morte do segurado a relação jurídica é formada entre a seguradora e o beneficiário.

Por sua vez, na apólice de vida em grupo, além das partes contratuais acima mencionadas, existe uma quarta figura, conhecida como estipulante, este é a pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de um seguro coletivo, ficando investido de poderes de representação do segurado, isto é, é o porta voz dos segurados perante a seguradora. Em contrapartida, a estipulante não representa a seguradora diante os segurados, inclusive, é o que dispõe o § 1º do art. 801 do Código Civil:

Art. 801. O seguro de pessoas pode ser estipulado por pessoa natural ou jurídica em proveito de grupo que a ela, de qualquer modo, se vincule.

§ 1º O estipulante não representa o segurador perante o grupo segurado, e é o único responsável, para com o segurador, pelo cumprimento de todas as obrigações contratuais.⁷

Há duas espécies de estipulante: o estipulante-instituidor aquele que participa, total ou parcialmente, do custeio da apólice, ou seja, estipulante pode pagar integralmente o prêmio securitário; e o estipulante-averbador, aquele que não participa do custeio do contrato, o prêmio é quitado individualmente por cada segurado.

A resolução Susep nº 107 de 2004, consigna acerca das obrigações do estipulante, sendo elas: fornecer a seguradora os dados cadastrais dos segurados, informar alterações no risco coberto, além de repassar o prêmio a companhia de seguros, comunicar imediatamente a ocorrência de um sinistro, também é seu papel informar aos segurados eventuais alterações na apólice, dar ciência a estes (segurados) dos prazos e procedimentos para a liquidação do sinistro, etc.

Sem sobra de dúvida, o estipulante possui uma importância desmedida nos contratos de seguro de pessoas em grupo, tanto é verdade que possui legitimidade processual ativa para discutir questões gerais da apólice e legitimidade passiva para responder pela desídia no exercício de seus deveres.

Por fim, evidencia-se que, na apólice de vida em grupo, a família do beneficiário do seguro (integrante do grupo) tem direito a uma quota do capital global, previamente estabelecida na apólice, constituído o capital segurado individual.

Salienta-se, ainda, que tanto no seguro de vida individual, quanto no seguro em grupo, a indicação de um beneficiário do seguro de vida não é obrigatória, nos casos em que o segurado não tenha designado outrem para o recebimento da prestação devida pela seguradora, o capital previsto em apólice será prestado aos herdeiros necessários da pessoa segura.

Entretanto, é mister destacar que o beneficiário não se confunde com herdeiro, tampouco, o capital segurado é equivalente a herança, não estando este (capital segurado) sujeito a quitar as dívidas do segurado *de cujus*, qualquer interpretação em sentido contrário viola o art. 794 do Código Civil.

⁷ BRASIL. Lei nº 10.406 de 10 de janeiro de 2002. Código Civil. Diário Oficial da União, Brasília, 11/01/2002.

Pois bem, ante o brevemente exposto, é possível concluir que o seguro de vida possui um cunho patrimonial e pessoal, patrimonial porque a seguradora ao receber o pagamento do prêmio, além de formar o fundo comum das indenizações, obtêm lucro, pessoal porque o segurado busca proteger financeiramente seus familiares, ou a pessoa por ele eleita, o beneficiário do contrato de seguro.⁸

Outro ponto importante é que no contrato de seguro de vida não há limite máximo para o capital segurado, ou seja, a quantia devida pela seguradora no caso da concretização do risco, pode ser livremente estipulada pelo segurado quando do preenchimento da proposta.

Do mesmo modo, ao contrário dos outros tipos de seguro, o proponente, futuro segurado, pode contratar mais de um seguro sobre o mesmo interesse – a vida, com a mesma ou outras seguradoras, consoante determina o artigo 789 do Código Civil.

2.2.2 A intervenção estatal no contrato de seguro de vida

Feitas as considerações acima, é conveniente destacar que a contratação do seguro de vida é massificada (até mesmo pelo fato de tratar-se de um contrato de adesão), havendo homogeneidade em suas cláusulas contratuais, razão pela qual há clara incidência do Código de Defesa do Consumidor no que tangencia as relações jurídicas oriundas de tal negócio jurídico.

Destarte, é oportuno destacar que o contrato de seguro de vida, assim como as outras espécies de seguro, possui uma diferença em relação aos demais contratos de adesão. Isto porque, as disposições inseridas no instrumento contratual supracitado são pré-estabelecidas pela agência reguladora dos seguros privados, a SUSEP-superintendência dos seguros privados.

Nos termos do artigo 2º do Decreto Lei 73/66, compete a SUSEP exercer o controle do Estado sobre as operações da seguradora, como forma de proteger o interesse dos segurados e beneficiários dos contratos de seguro, bem como, se insere no âmbito de competência de tal órgão, examinar e aprovar as condições de cobertura das apólices.

⁸ FRANCO, Ana Carolina Alves. **Doença preexistente**: indenização no seguro saúde. 2010. 74 f. Trabalho de Conclusão de Curso. Faculdade de Direito, Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2010

Isto acontece, devido à importância social do contrato de seguro, em especial o contrato de seguro de vida, fazendo que o Estado (por meio da agência reguladora) não só fiscalize as atividades comerciais exercidas pelas seguradoras, mas, também, preestabeleça as cláusulas contratuais dos diversos tipos de seguro.

Portanto, o fornecedor de seguros (no caso, as seguradoras) não possui ampla autonomia para estabelecer as cláusulas que serão inseridas nos contratos comercializados.

Logo, é forçoso concluir que o contrato de seguro possui uma natureza de dupla adesão, ante a mitigação da liberdade da seguradora em escolher suas disposições contratuais, posto que a grande maioria são impostas pelo Poder Público.

No caso do seguro de vida, as condições gerais (cláusulas contratuais) estão consignadas pelas Circulares SUSEP 209/2002 e 212/2002, cabendo as seguradoras, tão somente, colacionar tais cláusulas no contrato de seguro de vida que irá ser comercializado.

Por óbvio, isso não significa que inexistam cláusulas abusivas nos contratos de seguros de vida, logicamente, há, inclusive, passíveis de intervenção judicial, com a consequente interpretação mais favorável ao consumidor. Contudo, é mister frisar mais uma diferenciação do contrato de seguro de vida, a fim de entender melhor toda a estruturação que o compõe.

A intervenção estatal ocorre em virtude da importância que o contrato de seguro assume para a sociedade contemporânea, tal relevância pode ser ainda mais percebida, quando se analisa a evolução histórica de tal instituto. Portanto, o controle por parte da agência reguladora busca garantir a harmonização dos interesses da presente relação contratual, unindo dois propósitos: proteger o consumidor e viabilizar o desenvolvimento econômico.

3 PRINCÍPIOS DA BOA FÉ E MUTUALISMO E DOENÇA PREEEXISTENTE

Neste capítulo pretende-se analisar a incidência dos princípios da boa-fé objetiva e mutualismo no contrato de seguro de vida, além da correlação de tais fundamentos com a doença preexistente e o questionário de avaliação de risco.

3.1 O princípio da boa-fé e o contrato de seguro de vida

O princípio da boa-fé objetiva é o princípio basilar de todas as relações contratuais, assumindo um extremo valor também nas relações securitárias.

O princípio em comento vem romper a ideia de uma relação contratual estática, trazendo a concepção de que o contrato é uma relação jurídica dinâmica e cooperativa, em que se exige dos agentes contratuais uma conduta de lealdade e retidão, pautada em um comportamento ético e social adequado, objetivando o equilíbrio das relações contratuais.

A boa fé objetiva é prevista no Código Civil, por meio de seu art. 422, uma vez que consigna que as partes contratuais devem guardar, na execução e na conclusão do contrato, os princípios de probidade e boa-fé.

No capítulo de seguro do diploma legal supracitado (código civil), o preceito da boa-fé está consignado no artigo 765 dispondo que “o segurado e o segurador são obrigados a guardar na conclusão e na execução do contrato, a mais estrita boa-fé e veracidade, tanto a respeito do objeto como das circunstâncias e declarações a ele concernentes” (BRASIL, 2002).

Outrossim, o Decreto Lei 73/66 (que dispõe sobre o Sistema Nacional de Seguros Privados, regula as operações de seguros e resseguros) afirma, no parágrafo 2º do seu art. 11, que é lícito a à sociedade seguradora arguir a existência de circunstância relativa ao objeto ou interesse segurado cujo conhecimento prévio influiria na sua aceitação ou na taxa de seguro, para exonerar-se da responsabilidade assumida, até no caso de sinistro.

Isto demonstra, que a própria lei específica que rege a matéria revela interesse sobre a disposição em comento, legitimando a negativa de cobertura securitária na hipótese em que o segurado viola o seu dever de boa-fé e lealdade na declaração do risco.

Do mesmo modo, a boa-fé objetiva é prevista no inciso III, do art. 4º do Código de Defesa do Consumidor, posto que prevê o fundamento em questão como um conciliador entre os interesses das partes da relação consumerista. Não se pode olvidar, de forma alguma, que se aplica aos contratos de seguro a Lei nº 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor), uma vez que se forma uma relação de consumo entre a seguradora e seu segurado.

Em razão do exposto, não há dúvida que o princípio da boa-fé assume um papel relevante e inovador no âmbito do direito privado, devendo ser respeitado por todas as partes de uma relação jurídica, inclusive, a securitária.

Na realidade, o contrato de seguro é, por natureza, um contrato de boa-fé, visto que é formado através de declarações prestadas por uma das partes interessadas. Neste diapasão, nota-se que não é à toa que o artigo 766 do Código Civil impõe ao segurado o dever de prestar informações verídicas sobre o risco que pretende garantir, visto que a prestação inverídica ou omissão de informações relevantes que podem influenciar na taxa do prêmio ou aceitação do risco, enseja a perda da indenização securitária mais o dever de adimplir o prêmio vencido.

O entendimento disposto em tal artigo advém da ideia de que a boa-fé passa a integrar o negócio jurídico por meio dos chamados deveres anexos de conduta (proteção, cooperação e informação, dentre outros), que devem ser observados antes, durante e depois da execução do contrato, almejando sempre o adimplemento contratual sem o ferimento das legítimas expectativas das partes, limitando, portanto, o abuso de direito.

Em outras palavras: A não observância dos deveres anexos de conduta também é capaz de gerar uma violação a boa-fé objetiva, uma vez que o ordenamento jurídico pretende extirpar condutas desleais.

Por outro lado, entende-se como deveres anexos de conduta, os deveres positivos e negativos que, através da boa-fé objetiva, relativizam a autonomia privada e firmam comportamentos éticos que vão nortear toda a relação contratual, não há unicamente a preocupação da execução de um negócio jurídico, mas, também, da maneira que os agentes contratuais se comportam.

A função de controle da boa-fé objetiva é impor limites ao exercício abusivo de direito subjetivo dos contratantes, para determinar até onde este é legítimo ou não, e merece proteção e respaldo por parte do ordenamento jurídico.

Entretanto, isto não significa que é necessário analisar o elemento volitivo, intencional, da seguradora ou segurado para que seja comprovada a boa-fé, pois, esta prescinde da análise de qualquer investigação motivacional.

Sem sombra de dúvida, um dever de cooperação (dever anexo a boa-fé objetiva), de extrema importância para a relação securitária é o dever de informação, este possui um contorno maior na fase pré-contratual, em que se estabelece a vontade de contratar e, especificamente no contrato de seguro de vida, se conhece os riscos e as obrigações advindas do negócio jurídicos prestes a se perfectibilizar.

Logo, o segurado deve agir com lisura e retidão, quando do preenchimento da proposta e declaração pessoal de saúde, sendo sincero em todas as suas respostas, bem como, evitando-se generalidades.

Destarte, tal transparência também deve ser exigida da seguradora, que deve informar o consumidor, de forma clara e ostensiva, sobre as cláusulas contratuais relevantes, bem como, acerca dos deveres advindos da formação do negócio jurídico evitando com isso, manietar o direito de escolha do consumidor, futuro segurado, além de impedir que o mesmo se prejudique pela falta de clareza das disposições que se submetem tal contrato, haja vista que o proponente/consumidor é a parte mais vulnerável.

No caso de seguro de vida, por exemplo, a seguradora possui o dever de informar de forma clara, objetiva e visível, sem a possibilidade de interpretação dúbia, que a omissão ou prestação inverídicas de informações relevantes para a assunção do risco, enseja a perda do direito a indenização securitária.

Salienta-se, ainda, que o direito à informação do consumidor se revela uma importante garantia do consumidor estabelecida pelo CDC (Código de Defesa do Consumidor), a qual a seguradora deve total obediência, sob pena de infringir preceitos protetivos do direito do consumidor.

Resta evidente, portanto, que no contrato de seguro de vida as partes devem se portar com lealdade e honestidade, buscando a manutenção do equilíbrio contratual.

Destarte, a análise prática da utilização de tal preceito se revela uma tarefa árdua, posto que há uma tendência no emprego exacerbado deste princípio em favor do segurado, a propensão em comento é até natural, ante a vulnerabilidade do consumidor na relação contratual, porém, por vezes, note-se uma excessiva proteção do consumidor.

Contudo, não se pode olvidar que a seguradora também se utiliza do princípio da boa-fé para tutelar as legítimas expectativas depositadas no contrato, ainda mais nos casos de seguro de vida, em que a correção das informações fornecidas pelo contratante no preenchimento da proposta assume importância singular.

Sem dúvida, o segurado também deve se portar de forma proba, suportar o peso do negócio jurídico, por mais que este seja hipossuficiente. Óbvio, o consumidor deve ser protegido, isto é indiscutível, entretanto, não se pode isentá-lo também de todos os deveres e valores gerais e conexos que decorrem daquela boa-fé, tais como lealdade, verdade e informação.

3.2 Princípio do mutualismo e contrato de seguro de vida

Assim como o princípio da boa-fé objetiva, o princípio do mutualismo assume uma importância desmedida no contrato de seguro de vida, pois, é um fundamento que está umbilicalmente ligado a estrutura das relações securitárias, da maneira como o contrato de seguro opera, tratando-se do alicerce do direito securitário.

Sob a ótica mutualística, o contrato de seguro de vida possui natureza transindividual, ou seja, apesar do instrumento contratual ser formado entre seguradora e segurado, há uma relação por detrás que envolve toda a massa de segurados que compõe o fundo comum (formado pelo pagamento dos prêmios, que é administrado pela seguradora, conforme já dito neste trabalho).

Indubitavelmente, o contrato de seguro de vida se revela uma operação complexa, sendo sustentada pelo mutualismo, o qual pressupõe que o fundo comum, formado pela junção dos pagamentos dos prêmios, suporta o adimplemento das indenizações securitárias.

Portanto, percebe-se a estrutura empresarial do contrato de seguro, que compõe a mutualidade, uma vez que a seguradora não é considerada unicamente como uma mera parte contratante da apólice (visão individual do contrato), mas uma instituição financeira gestora de fundos econômicos formados pelas somas dos prêmios pagos pela massa dos segurados (o grupo, a coletividade).

A Companhia Securitária, por força do mutualismo, passa a ter responsabilidades que ultrapassam as meras obrigações individuais avençadas nas apólices firmadas entre ela e os segurados individualmente considerados.

Ante todo o exposto, não é possível pensar ou conceber o contrato de seguro de vida sem levar em consideração a sua dimensão coletiva (oriunda da visão mutualística). Até mesmo, porque o próprio risco e o prêmio correlato são calculados tomando por base fórmulas e dados econômico-atuariais relativos à coletividade num determinado intervalo de tempo, consoante já exposto.⁹

O ordenamento jurídico brasileiro, revela de forma sutil o princípio do mutualismo, através do art. 763 do Código Civil, bem como, o art. 12, parágrafo único, do Decreto Lei 73/66, haja vista que dispõem e alertam expressamente que não há indenização sem o correspondente pagamento do prêmio.

O que leva a crer que sem mutualismo não existiria o instituto do seguro, posto que os segurados individualmente não conseguiriam suportar o ônus da operação, por isso exige-se a contraprestação (prêmio) para a garantia de um risco.

Destarte, evidencia-se que as informações prestadas pelo segurado também são capazes de afeta a massa de segurados que informa o aspecto social do contrato de seguro (mutualismo).

Por tal razão, qualquer decisão administrativa ou judicial deve levar em consideração o aspecto mutualista do instrumento contratual em discussão, uma vez que um *decisum*, sobretudo judicial, que beneficia de forma indevida um segurado individual pode prejudicar toda a coletividade de segurados, acarretando uma deturpação econômica – e até mesmo jurídica, que, a longínquo prazo, pode gerar a quebra do grupo securitário.

Sendo assim, é forçoso concluir que o contrato de seguro possui um viés social e, ao mesmo tempo, empresarial. Nesta toada, as decisões que imputam o dever de indenizar de forma imprópria, destinando os valores do fundo comum de prêmios a sinistros não indenizáveis, além de majorar a probabilidade de risco na prática securitária, gera um grande impacto neste setor.¹⁰

Por este motivo, do mercado de seguro abranger a coletividade, e ter uma importância maior do que somente a relação segurado e seguradora, é que o segurado deve agir com a mais estrita boa-fé quando está por firmar contrato com a

⁹ RETTO, Ana Paula Giovanna de Chini. **Seguro de pessoas:** efeitos das doenças preexistentes à luz do princípio da boa-fé. 2014. Disponível em: http://www.pucrs.br/wp-content/uploads/sites/11/2018/09/ana_pretto.pdf. Acesso em: 21. out. 2019.

¹⁰ NOVAES, Hugo Leonardo de Oliveira. **A exigência de exame prévio na súmula 609 do STJ: re: UMA CRÍTICA À LUZ DO MUTUALISMO NO CONTRATO DE SEGURO.** 2018. 22 f. Monografia (Especialização) - Curso de Direito, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2018. Cap. 5.

seguradora. Isto porque seus atos refletem num todo, refletem no fundo mutual que a seguradora administra.

Portanto, o Estado-Juiz deve sopesar na prática os interesses do grupo segurado e o proveito do segurado individual, levando-se em consideração a função social do contrato de seguro de vida e a empresarialidade que lhe é inerente, coibindo abusos cometidos contra o mutualismo, tanto pela seguradora, quanto pelo consumidor individual.

3.3 O conceito de doença preexistente e o questionário de avaliação de risco

Por outro lado, é extremamente relevante para o presente trabalho conceituar tecnicamente o que vem a ser doença preexistente e seus reflexos na avaliação do risco por parte da companhia de seguros, através do QAR (Questionário de Avaliação de Risco).

Pois bem, para a SUSEP, autarquia federal responsável pela captura regulatória do setor de seguros privados, no art. 62 da Circular 302/2005¹¹ (aplicada aos seguros de pessoas), doença preexistente é aquela que era de conhecimento prévio do segurado e não foi declarada na proposta de contratação/adesão.

Algumas críticas são tecidas acerca de tal conceituação, sob a justificativa que esta se revela imprecisa, sem qualquer embasamento por parte do Conselho Federal de Medicina (CFM), visto que apenas o órgão supracitado poderia trazer uma definição mais precisa do que seria doença preexistente.

Contudo, não se pode desprezar a definição dada pela autarquia federal supra (SUSEP), porque a conceituação trazida por esta tem como objetivo mostrar uma situação prática que tem relação com a análise de risco, não há intenção de listar doenças preexistentes (o que seria bastante difícil e complexo).

Por conseguinte, é imperioso ressaltar que a doença preexistente não é uma ou várias doenças específicas, para a prática securitária a caracterização daquela (doença preexistente) se dá a partir do momento em que há o conhecimento anterior

¹¹ BRASIL. Circular nº 302, de 19 de setembro de 2005. Dispõe sobre as regras complementares de funcionamento e os critérios para operação das coberturas de risco oferecidas em plano de seguro de pessoas, e dá outras providências. **Circular Susep no 302, de 19 de setembro de 2005**. Disponível em: <http://www.susep.gov.br/textos/circ302.pdf>. Acesso em: 21 out. 2019.

a contratação de uma determinada doença, e, em contrapartida, não há o aviso de que se é portador de tal enfermidade.

Ou seja, importa o critério objetivo do conhecimento anterior a contratação, isto é, a doença diagnosticada de forma prévia e omitida no questionário de avaliação de risco. Sem conhecimento, não há caracterização de doença preexistente no campo jurídico securitário. Para o contrato de seguro, não importa o critério médico de quando a doença surgiu, se desenvolveu.

Há uma análise pela seguradora da boa-fé objetiva- e toda a conjectura que compõe o contrato, a partir do conhecimento prévio do segurado e eventual omissão.

Outrossim, deve ser levado em consideração a função de importância desmedida que a SUSEP desempenha, por força do Decreto-Lei nº 73 de 21 de novembro de 1966, no Sistema e na Política Nacionais de Seguro Privado, motivo pelo não se pode desprezar o conceito supracitado, sob a argumentação de que agência reguladora não teria a tecnicidade suficiente para definir o que viria a ser doença preexistente.

Desta forma, é forçoso concluir que pela regulamentação da matéria dada pela SUSEP, é possível, nos contratos de seguro de vida, a inclusão de cláusula de exclusão de cobertura para doença preexistente, entendendo esta como sendo a doença anterior à contratação e que já era de conhecimento do contratante capaz de influenciar na aceitação ou mensuração do risco ou do prêmio.

Nesta senda, é conveniente destacar que a apreciação da doença preexistente em um determinado contrato de seguro de vida, se dá a partir das informações contidas no questionário de avaliação de risco preenchidas pelo segurado no momento da adesão.

Geralmente, nas propostas de seguro de vida existe um formulário de avaliação de vida e saúde em que se faz diversas perguntas sobre o estado geral da saúde do proponente (futuro segurado) e há um campo específico em que se questiona se o segurado é portador de alguma doença à época da contratação. Neste momento, o segurado, pautado em uma conduta de retidão, deve responder de forma objetiva e sincera a tal questionamento, evitando respostas genéricas ou ambíguas.

Consoante já dito no capítulo anterior, a partir das informações fornecidas pelo consumidor, analisa-se o risco assumido e estipula-se o valor do prêmio securitário. Sendo óbvio que a omissão de uma doença preexistente possui o condão de influenciar na aceitação de risco e no valor do prêmio.

Logo, verifica-se que a regra da SUSEP que define doença preexistente está em consonância com o art. 766 do código civil, que sanciona com a perda de cobertura aqueles casos em que houve declarações inexatas e/ou omissões de circunstâncias que possam influir na contratação ou no prêmio securitário.

O artigo citado existe razão de ser, uma que a prática securitária é fomentada pelo risco, é ele quem origina e sustenta a figura contratual estudada. Em contrapartida, este somente é conhecido, quando declarado. É por tal motivo que existe o QAR (Questionário de Avaliação de Risco), pelo simples fato de que para a perfectibilização do contrato de seguro é necessário que o segurado informe de forma sincera seu real estado de saúde, para, a partir disto, a seguradora decidir se aceita ou rejeita o risco apresentado.

Do mesmo modo, não se pode esquecer que contrato de seguro é baseado, também, no princípio da autonomia privada, sendo que por este motivo, não é obrigada a seguradora, salvo exceções, a aceitar a proposta de adesão que não seja benéfica para o seguro como um todo.

Até porque, quando se aceita a proposta de uma pessoa com estado de saúde prejudicado, a seguradora assume os riscos inerentes aquele contrato, o que causará, necessariamente, mudanças nos cálculos atuariais do prêmio, com o intuito de não prejudicar a coletividade administrada pela companhia de seguros.

Por fim, salienta-se que a companhia de seguros não tem qualquer dever ou ônus de provar a veracidade das informações que foram prestadas pelo proponente/segurado, consoante lecionam o art. 766 do Código Civil e art. 11, §º 2, do Decreto-Lei 73/66, visto que legitima a negativa de cobertura securitária na hipótese em que o segurado viola o seu dever de boa-fé e lealdade na declaração do risco. Em suma: A companhia de seguros não precisa investigar o risco que pretende assumir.

Ante o exposto, é notório que os princípios da boa-fé objetiva e mutualismo se revelam acentuados na fase pré-contratual, com o preenchimento da proposta de seguro (QAR), posto que se espera de ambas partes contratantes condutas éticas de retidão e lisura, bem como, almeja-se que a seguradora preserve o fundo comum que administra.

4. NEGATIVA POR DOENÇA PREEXISTENTE E A SÚMULA 609 DO STJ

No presente capítulo, almeja-se examinar o entendimento firmado pelo STJ, através da Súmula 609, assim como, analisar a viabilidade prática da primeira parte do verbete sumular, correlacionando-a ao contexto fático das apólices de seguro de vida.

4.1. Entendimento do STJ sobre doença preexistente e negativa securitária

A negativa securitária em caso de doença preexistente é embasada por poucos artigos do Código Civil, atos normativos emitidos pela agência reguladora de seguros, a SUSEP - Superintendência de Seguros Privados, além de artigos do Decreto-Lei 73/66, conforme visto no decorrer do trabalho. Sendo assim, a questão em comento sempre foi levada ao Poder Judiciário, tratando-se de um tema bastante polêmico na jurisprudência brasileira, que continuamente discutiu acerca da licitude ou não, de tal negativa.

Por óbvio, a questão foi bastante debatida no STJ, tanto é, que, em abril de 2018, a Corte Superior editou a súmula 609, objeto do presente trabalho. O verbete sumular se aplica aos contratos de seguro de vida (pessoa) e saúde, e afirma que a recusa da cobertura securitária, sob a alegação de doença preexistente, é ilícita acaso não ocorra a exigência de exames médicos anteriores a contratação, ou não haja a demonstração de má-fé do segurado¹².

Na realidade, a súmula expressa o entendimento consolidado do Superior Tribunal de Justiça sobre o tema.

Indubitavelmente, a súmula 609 do STJ tem grande impacto no setor porque aplica-se, de um lado, a espécies de contratos que são comercializados de forma massificada no mercado brasileiro (seguro e vida e seguro saúde), e, por outro lado, cuida da hipótese fática da doença preexistente, essa de comum ocorrência na prática comercial brasileira.

Pois bem, doze precedentes da Corte deram origem a súmula 609, quais sejam: REsp 1230233/MG, EDcl no AREsp 237692/SC, AgInt no REsp 1280544/PR,

¹² BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Súmula nº 609. Brasília, DF, 18 de abril de 2018. **Diário Judicial Eletrônico**. Brasília, 17 abr. 2018.

AgInt no AREsp 868485/RS, AgInt no AREsp 826988/MT, AgInt no AREsp 767967/RS, AgRg no REsp 1359184/SP, AgRg no REsp 1299589/SP, AgRg no AREsp 429292/GO, AgRg no AREsp 353692/DF, AgRg no AREsp 339295/RS e AgRg no AREsp 177250/MT¹³.

Curiosamente, a maioria dos precedentes acima referem-se a contratos de seguro de vida. Nesta toada, cumpre trazer à baila parte da ementa do AgRg no AREsp 353692/DF¹⁴, julgado no dia 09/06/2015, a fim de mostrar melhor o entendimento da Corte:

[...] SEGURO DE VIDA. FINANCIAMENTO IMOBILIÁRIO. ENFERMIDADE PREEXISTENTE. OMISSÃO DO SEGURADO. ATESTADOS COMPROBATÓRIOS DA SAÚDE DO SEGURADO NÃO EXIGIDOS. MÁ-FÉ DO SEGURADO NÃO COMPROVADA. EXCLUSÃO DE COBERTURA. IMPOSSIBILIDADE. [...] A mera alegação de que o segurado se omitiu em informar enfermidade preexistente não é bastante para afastar o pagamento da indenização securitária se, no momento da contratação, a seguradora não exigiu atestados comprobatórios do estado do segurado nem constatou sua má-fé. [...]

No mesmo sentido, o AgRg no REsp 1299589/SP¹⁵, julgado em 01/09/2015:

[...] INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA E POR DANOS MORAIS. CONTRATO DE SEGURO DE VIDA. RECUSA INJUSTIFICADA DA COBERTURA. MESMO TRATAMENTO JURÍDICO DADO AO CONTRATO DE SEGURO DE SAÚDE. DANO MORAL IN RE IPSA. CONFIGURAÇÃO. DOENÇA PREEXISTENTE. MÁ-FÉ DA SEGURADA NÃO VERIFICADA. DIREITO À INDENIZAÇÃO [...] A recusa injustificada da cobertura oriunda de contrato de seguro de vida, neste caso, teve o mesmo tratamento jurídico dado ao contrato de seguro de saúde, caracterizando dano moral in re ipsa, ou seja, aquele que independe da comprovação do abalo psicológico sofrido pelo segurado. 2. A Corte estadual, embasada na jurisprudência do STJ, entendeu que a seguradora-agravante não poderia negar o pagamento da indenização se assumiu o risco ao não realizar os exames médicos antes da contratação do seguro de vida, considerando ilícita a recusa da cobertura securitária, sob a alegação de doença preexistente. [...]

Consoante nota-se das ementas acima transcritas, o STJ considera ilícita a exclusão de cobertura em razão da doença preexistente não declarada pelo segurado, sob a justificativa de que a ausência de realização de exames prévios anteriores a

¹³ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Súmula 609. **Jurisprudência - Súmulas, Súmulas Anotadas**. Brasília, 2018.

¹⁴ Idem. Agrg no Aresp nº 353692/DF, Seguro de Vida. Enfermidade Preexistente. Relator: Ministro João Otávio Noronha. Brasília, DF, 09 de junho de 2015. **Diário Judicial Eletrônico**. Brasília, 11 jun. 2015.

¹⁵ Idem. Agrg no Resp nº 1299589/SP, Seguro de Vida. Negativa Injustificada. Relator: Ministro Moura Ribeiro. Brasília, DF, 01 de setembro de 2015. **Diário Judicial Eletrônico**. Brasília, 11 set. 2015.

contratação, implica anuência do risco, não podendo a companhia de seguros eximir-se de seu dever de indenizar.

Uma outra questão levada em consideração pelo Superior Tribunal de Justiça, é a demonstração de má-fé do segurado que omite a doença preexistente, sendo tal ônus imputado as seguradoras, uma vez que se presume sempre a boa-fé do segurado, sendo impossível concluir que a mera omissão é demonstração de má-fé.

Ademais, importa pontuar que o entendimento discutido passou a ser aplicado por analogia ao contrato de seguro de vida, posto que fora um entendimento utilizado, inicialmente, nas apólices de seguro saúde.

Em resumo: A Corte Superior, durante anos, possuiu o firme entendimento de que a negativa securitária por doença preexistente era ilícita, acaso a seguradora não submetesse os proponentes a exames médicos prévios a contratação, com o intuito de delimitar o risco assumido, ou não comprovasse sua má-fé, originando, assim, a Súmula 609.

Nesta toada, percebe-se que para que seja legítima a negativa de cobertura, pelo menos uma das duas hipóteses abaixo precisaria estar configurada, necessariamente, no caso concreto: 1) a exigência de exames médicos prévios à contratação; 2) a demonstração de má-fé do segurado.

Salienta-se que a demonstração de má-fé é caracterizada por meio de condutas objetivas da parte segurada, quais sejam: ciência prévia, doença não declarada e nexo causal entre a doença e o sinistro.

De outro lado, a primeira parte do verbete sumular (exigência de exames médicos anteriores à contratação) vai na contramão da legislação que rege toda matéria, uma vez que todo o aparato normativo pressupõe a boa-fé da seguradora em recepcionar as informações contidas no questionário de avaliação de risco, até porque o segurado está mais próximo do objeto da avença contratual, isto é, sua vida, seu estado de saúde.

De certo, tal compreensão, expressada na primeira parte da súmula continuamente mencionada, transfere para a seguradora boa parte dos deveres da relação jurídica, sobretudo, os inerentes a boa-fé objetiva.

4.2. Boa-fé e mutualismo confrontados com o conceito de doença preexistente

Inúmeras questões, inegavelmente, não foram suficientemente debatidas pelo Supremo Tribunal de Justiça na ocasião das discussões para se chegar ao conteúdo da primeira parte da súmula 609.

Ab initio, é fundamental lembrar que a contratação de seguros de vida acontece de forma massificada, inclusive, a cobertura para o risco morte (principal cobertura do seguro de pessoas) pode estar presente em microsseguros, que é uma modalidade de seguro destinada a pessoas de baixa renda.

Posto isto, a exigência por prévios exames médicos para apurar eventual preexistência de doença é, para a realidade das relações jurídicas e econômicas, fator de inviabilidade contratual, visto que a seguradora não teria condições de assumir risco com base em um único tipo de exame, já que não se pode admitir que todas as possíveis doenças pudessem ser diagnosticadas em única análise médica.

Além disso, não há dúvidas de que a realização de inúmeros exames médicos prévios ainda na fase de tratativa de contratação do seguro de vida encareceria demais o serviço, e este valor adicional culminaria por respingar nos próprios consumidores em vista do inevitável aumento do valor do prêmio securitário.

Ou seja, o fornecedor, no caso a seguradora, teria um custo extra para cumprir com a determinação da primeira parte da súmula e este teria que ser repassado, necessariamente, ao consumidor, haja vista que haveria um incremento no preço comercial da proposta (terceira fase do cálculo atuarial do prêmio, conforme já explanado), que influenciaria no valor final da apólice, pago pelo segurado a título de contraprestação da garantia.

Outrossim, a fase pré-contratual, além de dispendiosa economicamente, se tornaria bastante lenta, visto que a seguradora não analisaria somente o questionário de avaliação de risco, mas os exames médicos feito individualmente por cada proponente, o que é extremamente incompatível com a agilidade da contratação de massa, típica do mercado segurador.

Um outro fator olvidado pelo STJ, é que as companhias securitárias, dispõem apenas de um prazo ínfimo de 15 (quinze) dias para analisar o risco e aceitar, ou não,

a proposta, consoante estabelece a agência reguladora do setor, por meio do artigo 2º da Circular da SUSEP nº 251/2004¹⁶.

Logo, acaso as seguradoras implantassem a realização de exames médicos, em momento anterior a emissão da apólice, facilmente poderia ocasionar um atraso na análise do risco e, conseqüentemente, aceitação ou não da proposta, posto que apurações médicas demoram um certo tempo para serem finalizadas, acarretando um verdadeiro caos, uma vez que a não comunicação formal da rejeição do risco pressupõe a aceitação tácita deste, nos termos do §4º do artigo supracitado.

A fim de melhor entender o explanado acima, imagine que a seguradora não consiga comunicar em tempo hábil a rejeição do risco proposto, em razão do dispêndio de tempo para a emissão e análise dos exames médicos, bem como, neste intervalo ocorre a morte de um proponente, o que leva os seus herdeiros, ou possíveis beneficiários do seguro, acionar a companhia para efetuar o pagamento da indenização securitária, obviamente, tal pleito seria negado, haja vista que sequer fora emitida apólice, ante a ausência de aceitação do risco.

Em virtude disto, os interessados no pagamento do capital segurado acionam o Poder Judiciário, para que o Estado-Juiz solucione o imbróglio, e este, por sua vez, julga procedente o pedido dos autores da ação, sob o entendimento de cometimento de ato ilícito, condenando a Cia a pagar o capital segurado de uma proposta que sequer foi aceita, prejudicando toda a massa de segurados, uma vez que a seguradora não havia previsto o pagamento de indenização. Salienta-se, ainda, que, muitas vezes, não há o pagamento do prêmio antes da emissão da apólice, o que deixa mais evidente o impacto ao fundo comum.

Ou seja, a exigência de exames médicos na fase da proposta, pode desencadear situações adversas, inclusive, inviabilidade contratual, além de um possível descumprimento de uma determinação da agência reguladora, qual seja, o prazo para a aceitação da proposta, tendo por consequência, o aumento do número de demandas no poder judiciário.

Sendo assim, evidencia-se que o teor a respeito da condição de saúde do segurado nas declarações pré-contratuais assume relevante papel como condição de

¹⁶ BRASIL. Circular nº 251, de 15 de abril de 2004. Dispõe sobre aceitação da proposta e sobre o início de vigência da cobertura, nos contratos de seguros e dá outras providências. **Circular Susep nº 251, de 15 de abril de 2004**. Disponível em: <http://www2.susep.gov.br/bibliotecaweb/docOriginal>. Acesso em: 06 nov. 2019.

contratação de seguro de vida, pois, é com base nelas que a seguradora analisa o risco, estabelece taxas, valores dos prêmios e provisiona valores de reserva técnica, congruente afirmado anteriormente.

Por conseguinte, a declaração real do risco recai sobre o contratante (segurado), não apenas porque a boa-fé objetiva também impõe deveres de lealdade e verdade ao consumidor, mas também porque é o contratante (pretense segurado) quem está mais perto do objeto do contrato, detendo informações que não são de conhecimento da seguradora.

A afirmação do estado de saúde firmado pelo próprio segurado, sob o pressuposto de que seu conteúdo é revestido de veracidade e exatidão em cumprimento à boa-fé contratual, dispensa o prévio exame médico, que, na realidade, se revela uma utopia na prática securitária.

A própria legislação brasileira, prevê a negativa securitária em caso de doença preexistente, sem a necessidade de apuração médica minuciosa, para delimitar o risco assumido ou averiguar a veracidade das informações prestadas pelo consumidor.

Isto é assim, para que os efeitos do contrato de seguro não acarretem vantagens indevidas que comprometam o equilíbrio contratual, o que é vedado no ordenamento jurídico, essa consequência da perda do direito à garantia é uma consequência imediata da violação da boa-fé objetiva exigida nos termos do artigo 765 do Código Civil.

Como se observa acima, essa obrigação de guardar o mais respeito à boa-fé vincula não apenas a companhia de seguros, mas também o próprio segurado. A omissão de doenças preexistentes acaba por comprometer não apenas o equilíbrio contratual entre as partes contratantes, como também o sistema atuarial da seguradora. Até porque, a seguradora apenas pode suportar garantir cobertura pelos riscos predeterminados, a qual possui previsão, com o objetivo de proteger a massa de segurado que administra.

Inclusive, pertinente repisar que o contrato em comento é de dupla adesão, ou seja, está limitado as diretrizes determinadas pela SUSEP, de modo que, em sua maioria, simplesmente replica as condições dispostas nas circulares, restando apertada margem para a seguradora dispor suas pretensões específicas.

Nesta toada, note, a negativa por doença preexistente está expressamente excluída da cobertura contratual por força imperativa das normas da agência reguladora.

Perceba, existe um conflito entre os deveres impelidos a seguradora, de um lado a SUSEP determina a exclusão do pagamento do capital segurado no caso de doença preexistente, doutro, a Súmula 609 não autoriza a negativa disposta nas circulares da referida agência, especialmente, em casos que não ocorre a realização de análise médica anterior a perfectibilização do contrato.

Não se pretende dizer que toda e qualquer negativa por doença preexistente, é lícita. Ao contrário, o consumidor é parte hipossuficiente e merece toda a proteção do ordenamento jurídico, porém, o entendimento do STJ, concernente a exigência de exames médicos prévios a contratação, foge da realidade prática das relações securitária.

Do mesmo modo, a determinação em comento pode desecandear diversos problemas indesejáveis e, a longo prazo, se revelar uma medida desfavorável ao consumidor.

A boa-fé objetiva é um imperativo que deve ser respeitado por ambas as partes contratantes, independente se consumidor ou fornecedor. Por conseguinte, a argumentação não pretende eximir as seguradoras de qualquer ônus.

Todavia, o que se aspirou elucidar é que os casos concretos precisam ser verificados minuciosamente, sobretudo quando uma decisão judicial, como é o caso de uma súmula, gera um impacto forte em um determinado instituto jurídico e setor econômico, sendo necessário deixar de lado os argumentos comezinhos utilizados para embasar as condenações, passando a olhar de forma perfunctória para uma dada situação, fazendo com que assim, os casos sejam resolvidos como devem ser, pela forma justa, não importando se pelo lado do segurador, ou se pelo lado do segurado.

Igualmente, o Poder Judiciário deve prezar pela correta aplicação do princípio da boa-fé objetiva, juntamente com a devida observância do mutualismo que é o pilar da figura contratual estudada.

4.3. Exames médicos e violação a intimidade do proponente do seguro de vida

Por outro lado, o STJ, ao condicionar o fornecimento de serviço prestado pelas companhias de seguro, à realização de análises médicas prévias, não se atentou que a investigação do histórico médico do segurado, através da exigência de exames, pode violar o direito constitucional a intimidade e vida privada.

Dado que a realização de exames médicos pode averiguar doenças pretéritas ou malformações genéticas, as quais o proponente não gostaria que pessoas fora de seu ciclo social tivessem conhecimento, até mesmo pelo fato de que tais informações são completamente irrelevantes para a avença.

Relembre-se que a negativa securitária por doença preexistente, acontece quando o segurado omite a ciência de uma enfermidade em que é portador na época da contratação, posto isto, é plenamente possível conceber que a revelação de doenças pretéritas ou, até mesmo, a descoberta de uma doença futura, malformações genéticas etc., em decorrência da exigência de exames médicos, pode macular a intimidade e vida privada do aderente.

Sendo assim, é possível que o consumidor pleiteie, por meio da via judiciária, uma indenização de cunho moral, em virtude da violação de direitos personalíssimos.

Neste sentido, vejamos o que afirma o doutrinador Carlos Harten em sua obra “*El Deber de Declaración del Riesgo en el Contrato de Seguro*”¹⁷:

Impossibilidade jurídica porque eventual investigação que realiza a empresa seguradora pode, por vezes, caracterizar como violação do direito constitucional a intimidade, nos casos, por exemplo, da investigação do histórico médico do segurado

Por conseguinte, ínfima parcela das pessoas que pretendem contratar um seguro de vida, estar-se-iam dispostos a se submeterem a uma série de exames, podendo sentir-se constrangidos, invadidos em sua privacidade, sendo capazes de pleitear uma ação indenizatória por danos morais, criando um grande ônus aos potenciais proponentes à celebração de contratos de seguro, desestimulando as vendas e inviabilizando, assim, a atividade econômica da seguradora.¹⁸

¹⁷ HARTEN, Carlos. **El Deber de Declaración del Riesgo en el Contrato de Seguro**: exposición e crítica del modelo brasileño y estudio del derecho comparado. Salamanca: Ratio Legis, 2007, p. 17.

¹⁸ NOVAES, Hugo Leonardo de Oliveira. **A exigência de exame prévio na súmula 609 do STJ:Re**: uma crítica à luz do mutualismo no contrato de seguro. 2018. 22 f. Monografia (Especialização) - Curso de Direito, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2018. Cap. 5.

O argumentado acima também se mostra prejudicial para os consumidores, uma vez que o negócio jurídico em comento assume uma importância desmedida para a sociedade pós-moderna, com a transferência de riscos.

Diante disto, nota-se que tal procedimento (investigação médica na fase pré-contratual) é capaz de abarrotar o judiciário brasileiro, gerando o efeito inverso do que a súmula almeja.

As considerações acima, colocam em xeque a viabilidade prática da primeira hipótese prevista pela Súmula 609 do STJ, bem como, a legitimidade da conduta da Companhia de Seguros de condicionar o fornecimento do seu serviço à investigação médica, com o intuito de atestar a veracidade das informações prestadas.

Mercê do exposto, novamente, surgem críticas ao teor sumular, vez que pode vir a ocasionar danos ao âmago moral do pretense segurado, gerando volumosas ações indenizatórias, além de inviabilizar a relação comercial do setor de seguros, conforme destacado alhures.

5 CONCLUSÃO

Como se pôde depreender no decorrer deste trabalho, o contrato de seguro, sobretudo o seguro de vida, assume um papel fundamental nas relações coevas, sendo sua reta aplicação primordial para a segurança necessária ao negócio.

Em pé de igualdade com sua relevância, impende destacar a peculiaridade do contexto principiológico, legal e o fático do instrumento contratual em questão.

Para o bom entendimento, e aplicação prática, da matéria securitária, é necessário atentar-se para os fundamentos basilares do contrato de seguro, com destaque para os princípios do mutualismo e da boa-fé objetiva, os quais, possibilita a atual conjectura dos seguros de vida, sendo os princípios basilares de tal figura contratual.

Isso porque, conforme fora devidamente esmiuçado durante o fluir deste trabalho, o contrato de seguro em tela tem dinâmica massificada, ou seja, é contratado de forma ampla e com baixas montas envolvidas, requerendo para tanto que sejam simples os procedimentos pré-contratuais, a fim de possibilitar agilidade nas tratativas, bem como barateio de custos para ambas as partes.

Sendo está à realidade fática e principiológica do contrato de seguro, faltou o egrégio STJ com a devida acuidade na análise deste tema multifacetário, quando da edição da Súmula 609 deste Superior Tribunal, que dispôs ser ilícita a recusa de cobertura securitária nos casos de doença preexistente, quando não realizados exames anteriores ao firmamento contratual.

Assim sendo, este trabalho apresenta contundente crítica ao verbete sumular *supra* empossado, haja vista que exigência prevista na primeira parte da súmula (exigência de exames médicos prévios) não condiz com os princípios do mutualismo e da boa-fé contratual que regem a matéria securitária, bem como, por ter olvidado completamente a realidade na qual são firmados os contratos desta espécie.

Destarte, todas as partes envolvidas ao universo securitário saem prejudicadas, em face as determinações da súmula ora debatida, ainda mais em uma análise a longo prazo.

De pronto, restou consignado que a aplicação deste assentamento jurisprudencial se mostra prejudicial aos futuros possíveis segurados, os quais devem se sujeitar a uma extensa bateria de exames médicos, encarecendo e delongando o

procedimento prévio a contratação do seguro, podendo inclusive ter sua esfera moral invadida no processo.

Não obstante, ocorreria um rombo no fundo comum da seguradora, causando diversos problemas à universalidade de segurados, podendo, inclusive, ocasionar o colapso da instituição, cumprindo, pois, com o disposto anteriormente, no que diz respeito aos prejuízos perpetrados em face das partes contratantes.

Por conseguinte, não se pode isentar o consumidor de todos os deveres e valores gerais decorrentes da boa-fé objetiva, haja vista que a perfectibilização do contrato de seguro depende das informações por ele prestadas.

Portanto, resta concluída a pertinência da crítica ora levantada contra o verbete sumular fustigado, haja vista sua negação aos princípios do mutualismo e da boa-fé objetiva, a contrassenso fático e, por fim, o real risco que põe ao sistema securitário contemporâneo.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Circular nº 251, de 15 de abril de 2004. Dispõe sobre aceitação da proposta e sobre o início de vigência da cobertura, nos contratos de seguros e dá outras providências. **Circular Susep nº 251, de 15 de abril de 2004**. Disponível em: <http://www2.susep.gov.br/bibliotecaweb/docOriginal>. Acesso em: 06 nov. 2019

_____. Circular nº 302, de 19 de setembro de 2005. Dispõe sobre as regras complementares de funcionamento e os critérios para operação das coberturas de risco oferecidas em plano de seguro de pessoas, e dá outras providências. **Circular Susep nº 302, de 19 de setembro de 2005**. disponível em: <http://www.susep.gov.br/textos/circ302.pdf>. Acesso em: 21 out. 2019.

_____. Decreto Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966. Dispõe sobre o Sistema Nacional de Seguros Privados, regula as operações de seguros e resseguros e dá outras providências. **Decreto-lei Nº 73, de 21 de novembro de 1966**. disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/Del0073compilado.htm. Acesso em: 21 out. 2019.

_____. **Lei nº. 8.078, de 11 de setembro de 1990**. Código de Defesa do Consumidor. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8078.htm. Acesso em: 21 out. 2019.

_____. **Lei nº 10.406 de 10 de janeiro de 2002**. Institui o Código Civil. DOU de 11/01/2002. disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8078.htm. Acesso em: 21 out. 2019

_____. Superior Tribunal de Justiça. Agrg no Aresp nº 353692/DF, Seguro de Vida. Enfermidade Preexistente. Relator: Ministro João Otávio Noronha. Brasília, DF, 09 de junho de 2015. **Diário Judicial Eletrônico**. Brasília, 11 jun. 2015.

_____. Superior Tribunal de Justiça. Agrg no Resp nº 1299589/SP, Seguro de Vida. Negativa Injustificada. Relator: Ministro Moura Ribeiro. Brasília, DF, 01 de setembro de 2015. **Diário Judicial Eletrônico**. Brasília, 11 set. 2015.

_____. Superior Tribunal de Justiça. Súmula 609. **Jurisprudência - Súmulas, Súmulas Anotadas**. Brasília, 2018.

CORDEIRO, A. **Direito dos seguros**. Coimbra: Editora Almedina, 2013.

FRANCO, Ana Carolina Alves. **Doença preexistente**: indenização no seguro saúde. 2010. 74 f. Trabalho de Conclusão de Curso. Faculdade de Direito, Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2010.

MARQUES, C. **Contratos no código de defesa do consumidor**. 4. ed. rev., atual. e ampl. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2002.

MARTINS, João Marcos. **Direito de seguro**: Responsabilidade civil das seguradoras. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 2005.

NOVAES, Hugo Leonardo de Oliveira. **A exigência de exame prévio na súmula 609 do STJ**: uma crítica à luz do mutualismo no contrato de seguro. 2018. 22 f. Monografia (Especialização) - Curso de Direito, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2018. Cap. 5.

RETTO, Ana Paula Giovanna de Chini. **Seguro de pessoas**: efeitos das doenças preexistentes à luz do princípio da boa-fé. 2014. Disponível em: http://www.pucrs.br/wp-content/uploads/sites/11/2018/09/ana_pretto.pdf. Acesso em: 21. out. 2019.

SIENE, Tride Leone. **Seguro de pessoas**: negativa de pagamento das seguradoras. 2. ed. rev., atual. Paraná: Editora Juruá, 2009.