

Por Adilson Campoy e Marcio Malfatti

Por meio da Resolução 439/22 e da Circular 667/22, emitidas pelo Conselho Nacional de Seguros Privados e pela Superintendência de Seguros Privados, respectivamente, pretende-se atualizar a regulamentação acerca do seguro de pessoas.

Há acertos, e entre os maiores está a diminuição de disposições que estabeleciam regras para quase tudo sobre o que devia ou não constar dos contratos comercializados pelas seguradoras. Mas há desacertos que permanecem.

Comentaremos, então, sobre o que, nos mencionados normativos e a nosso ver, é de maior importância para o momento.

A RESOLUÇÃO

O inciso I, de seu art. 2º^[1], conceitua o que é acidente pessoal para o contrato de seguro.

Quanto a isto não houve modificações, a não ser a remoção do elenco de situações, antes presente nos antigos normativos, que se incluíam ou não no conceito.

Um acerto, porque um conceito deve se bastar e, portanto, ao intérprete para que as situações fáticas sejam ou não a ele enquadráveis, a menos que não se tenha segurança sobre sua formulação. Era o caso, parece não ser mais.

Perde-se a oportunidade, no entanto, de se retirar do conceito a expressão “ou que torne necessário tratamento médico”.

Voltemos ao conceito: acidente pessoal ocorre, segundo a norma, por um evento causador de lesão física que “(...) torne necessário tratamento médico (...)”.

Lembremos que uma lesão física que torne necessário tratamento médico não poderá caracterizar sinistro se da lesão não resultar morte ou incapacidade, ainda que temporária - a depender da garantia de que se trate - .

Tal como posto - repita-se que não houve mudança quanto a isto - é possível interpretar que um acidente que torne necessário um tratamento médico é, por si só, situação caracterizadora de sinistro.

Atente-se para que aqui estamos a tratar de um conceito - e com ele nada têm a ver coberturas como diárias hospitalares, por exemplo, ainda que essas diárias sejam cobertas apenas para o caso de acidente pessoal, e não de doença - .

O que se quer dizer é que o sinistro de acidente pessoal não se caracteriza com o simples tratamento médico. O que pode ocorrer é que, por um acidente que exija tratamento médico - ou por uma doença - , o segurado faça jus a uma soma por diárias hospitalares, mas não é o tratamento médico o elemento caracterizador do acidente. Ele é - o tratamento médico - , pela concepção do produto, o sinistro.

Permanece, também, o equívoco mais grave: o de considerar como acidente pessoal o suicídio ou sua tentativa.

A uma porque não cabe ao CNSP dispor sobre nada que não esteja autorizado a fazê-lo em razão de lei, e não há lei que defina suicídio como acidente pessoal.

A duas porque incluir suicídio ou sua tentativa como acidente pessoal contraria o próprio conceito

por ele definido. Ou o suicídio decorre de ato voluntário do segurado ou, se involuntário, decorre de um fator interno – que seria a perda de capacidade de consciência – , não externo.

Por óbvio haverá opiniões contrárias à nossa, mas é uma questão que deveria merecer o atento estudo da doutrina e da jurisprudência, e não ser resolvida por uma imposição do normativo.

Ao referir-se a prazo de carência (inciso XVI^[2]), a norma indica estar presa à estrutura de nosso antigo código civil, porque segurados e beneficiários não ficarão sem o direito à percepção de capitais segurados, mas sim sem o direito à garantia para determinado risco. E são coisas distintas. Um risco não garantido não gera, à seguradora, a obrigação de constituir reserva, já que esta é sua obrigação primeira no contrato de seguro: garantir interesse em relação a riscos, e não a pagar indenizações ou capitais.

A definição de proposta de adesão (XIX^[3]) cotejada com a do inciso seguinte (proposta de contratação) emoldura o equívoco em se ter duas propostas distintas com a mesma finalidade, segunda a norma, e isto não é verdadeiro. Tudo se explica, a nosso ver, pela falta de distinção entre o que o mercado denomina de apólices abertas e apólices fechadas.

O art. 3º^[4], ao dispor que valores de prêmio e capitais segurados serão definidos na proposta de adesão, desconsidera a estrutura do seguro coletivo, em que isto é definido na proposta de contratação que se dá entre estipulante e seguradora. Exigir-se que tais informações constem do certificado individual, que obrigatoriamente deve ser encaminhado a cada segurado, faz todo sentido. Exigir-se que constem da proposta de adesão (que nem haveria de ser obrigatória), nenhum.

O parágrafo único do art. 6º^[5] não revela, ainda que exemplificativamente, quais seriam as doenças graves ou congênitas não suscetíveis de serem provocadas intencionalmente, ou melhor, quais seriam.

Ao art. 11^[6], repetimos a crítica feita quando de nossas considerações à definição de carência, exceto pelo fato de que o artigo em foco prevê carências parciais, quando haverá a correspondente garantia parcial e isto poderá corresponder a eventuais pagamentos parciais de capitais segurados.

O art.12^[7] estabelece regra para o seguro coletivo que não se pode admitir. Veja-se que nele está disposto que a carência não pode exceder à metade de vigência prevista no certificado individual.

Imagine-se um seguro coletivo celebrado por um empregador em proveito de seus empregados e que contenha prazo de carência de três meses para cobertura de morte natural. Este prazo deverá ser observado para cada um dos segurados.

Sabemos todos que em um seguro coletivo há, durante sua vigência, uma rotatividade no grupo segurado – alguns componentes serão excluídos e outros incluídos – . Ora, um empregado contratado e incluído no seguro a quatorze dias do prazo final de vigência da apólice não poderá ter carência de apenas 7 dias, como diz o dispositivo, até porque, se assim fosse, teríamos duas ou mais classes de segurados, que cumpririam prazos de carência distintos a depender do momento em que fossem incluídos na apólice.

Por consequência, a exceção prevista no art. 13^[8] deveria ser estender também para os segurados que não tivessem cumprido o prazo total da carência durante a vigência inicial.

O art. 14^[9] fixa que a carência para hipótese de suicídio em seguro de acidentes pessoais é de dois anos “ininterruptos”, com o que a resolução, se assim fosse possível, alteraria o código civil. De fato, o art. 798, CC, fixa o prazo de dois anos de carência contados a partir da vigência inicial do contrato, ou de sua recondução depois de suspenso – aliás, como disposto no art. 11, já comentado – , de sorte que a contagem do prazo pode não ser ininterrupta. Se a regra do código civil refere-se à suspensão em razão da mora do segurado, e se ela é justa, pode-se discutir, mas eventual alteração da regra deve partir do poder legitimado a fazê-lo.

O art. 18^[10] desconsidera a existência de seguros de pessoa com função indenizatória, de sorte que alguém pode contratar, por exemplo e em tese, mais de um seguro de diárias por incapacidade temporária com várias seguradoras obtendo, em caso de sinistro, uma indenização superior à renda perdida.

A CIRCULAR

Vemos com preocupação a regra do art. 8º^[11] da circular.

Quando ela imputa à seguradora a responsabilidade por toda a informação e serviço prestados por seus intermediários e por todos aqueles que comercializem seus produtos, será possível, se não provável, que se interprete que responderá também por atos praticados por corretores.

A expressão “por seus intermediários” já seria suficiente para discussão, dado que o judiciário, ao menos parte considerável dele, considera o corretor de seguros representante de seguradoras. Mas ao acrescentar “e por todos aqueles que comercializarem seus produtos”, faz com que a convicção de que a seguradora responderá por atos do corretor se fortaleça.

Sabemos que há diferença significativa entre as figuras do agente (representante de seguradoras) e corretor (que não é representante – embora às vezes o seja por desvio de função –), mas a norma não as distingue.

O art. 9º^[12] parece imputar à seguradora a obrigação de dispor as condições contratuais aos que pretenderem aderir a seguro coletivo. Se se estiver tratando de apólice aberta, evidentemente que assim há de ser. Se de apólice fechada, o equívoco é grande. Mesmo o Superior Tribunal de Justiça já compreendeu que as tratativas para a celebração de um contrato, em um verdadeiro seguro coletivo, se dá entre seguradora e estipulante e é a este que cabe informar, inclusive disponibilizando as condições contratuais, os componentes do grupo segurável e, depois, também os do grupo segurado.

O art. 14^[13] autoriza a continuação de comercialização de apólices abertas, segundo entendemos, e trata-se de um fato positivo.

De há muito dizemos que apólice aberta não é seguro coletivo verdadeiro. Seria um falso seguro coletivo, mas isto não o torna ilícito e nem contrário aos interesses da sociedade. Basta que se enxergue que esses dois tipos contratuais – apólice aberta e apólice fechada – devem ser tratados consideradas suas marcantes diferenças.

O art. 26^[14], em síntese, revigora os termos da Carta Circular Susep 8/07, revogada. Uma oportunidade perdida para se corrigir grave equívoco.

Os termos do art. 26 nos convencem de que ele ofende o princípio da legalidade, porque à Susep apenas cabe regular o que decorre de lei. Esta lei não existe. O que o artigo em foco revela, ao contrário, é um conflito com a letra do art. 757^[15], CC, que, ao determinar que as seguradoras se obrigam a garantir riscos predeterminados, está implicitamente dispondo que o risco a ser garantido pode ser limitado.

O § 2º^[16], do art. 30, erra ao utilizar-se de uma conjunção aditiva (e) quando deveria utilizar-se de uma conjunção alternativa (ou) no trecho em que afirma que a seguradora deverá comunicar os segurados E, no caso de apólice coletiva, o estipulante, sobre seu desinteresse na renovação da apólice.

A interpretação literal é que em se tratando de apólice coletiva, além dos segurados, deve o estipulante ser também comunicado, quando na verdade esta comunicação deve ser feita exclusivamente a este último.

Já na década de 70 nos ensinava Fabio Konder Comparato que as relações, inclusive comunicações,

entre seguradora e segurado se dá por intermédio do estipulante, pelo que se repete aqui as críticas feitas ao comentar o art. 9º.

O art. 38^[17], assim como o art. 43^[18], oferece alternativas para a mora no pagamento de prêmios periódicos ou fracionados, e todas contrariam o art. 763^[19], CC.

O art. 44^[20] ofende a lógica da contratação de apólice coletiva ao dispor que valores de prêmio e capitais devem constar das propostas de adesão - veja-se nossa crítica ao art. 3º - .

O parágrafo único do art. 58^[21] subverte a regra do parágrafo único do art. 766^[22], CC. Por este, declarações inexatas ou incompletas, ou a falta delas, feitas pelo proponente sem má-fé outorgam à seguradora a opção de resolver o contrato ou de dar-lhe continuidade (neste último caso, mesmo após sinistro), mas em nenhum momento condiciona uma ou outra opção à ocorrência ou do sinistro, ao contrário da regra da Susep.

Isto é grave porque, pelo que se interpreta do parágrafo do art. 58, ocorrido o sinistro, a seguradora pagará sempre e sempre o capital segurado, ainda que, ciente do fato não declarado, ou declarado de forma inexata ou incompleta ao tempo da proposta, ela fosse recusada.

Ora, os riscos, para serem garantidos, devem ser homogêneos. Se determinado risco não seria aceito pela seguradora porque ele não é homogêneo, considerado os riscos normalmente por ela aceitos, nem mesmo a ausência de má-fé do proponente/segurado poderá obrigar ao pagamento do capital segurado. Se isto é feito, o é a dano de toda coletividade. Pior ainda, a regra deverá constar das condições contratuais.

Ao tratar do seguro prestamista em seus artigos 78 e seguintes, a norma sob estudo não regula, nem por uma linha, a hipótese de contratação pelo credor sem adesão do devedor, até mesmo sem seu conhecimento, ao contrato, como autorizado pelo art. 790, CC.

Impossível dizer por que a hipótese foi ignorada, mas não deveria ter sido, até pelo volume de operações que assim se realizam, como são exemplo as operações de crédito consignado que os bancos fazem e são garantidos por seguro prestamista.

A definição de urgência - §º 5º, II, do art. 88^[23] - é um desafio à compreensão de alguns, ou de muitos, porque a urgência, segundo a norma define, se caracteriza quando não há emergência. Por essa via, haverá sempre urgência quando a hipótese não for de emergência.

[1] Art. 2º Para fins desta Resolução, define-se: I - acidente pessoal: evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, causador de lesão física, que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, a invalidez permanente total ou parcial, a incapacidade temporária ou que torne necessário tratamento médico, observando-se, que o suicídio, ou sua tentativa, será equiparado, para fins de pagamento de indenização, a acidente pessoal;

[2] XVI - prazo de carência: período, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado ou da recondução, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados;

[3] XIX - proposta de adesão: documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais;

[4] Art. 3º As coberturas de que trata esta Resolução poderão ser contratadas de forma individual ou coletiva e deverão ser estruturadas na modalidade de benefício definido, segundo a qual os valores do capital segurado, pagável de uma única vez ou sob a forma de renda, e respectivos

prêmios, são estabelecidos previamente, na proposta de contratação, em caso de planos individuais, ou na proposta de adesão, em caso de planos coletivos.

[5] Art. 6º Para os menores de catorze anos é permitido, exclusivamente, seja na condição de segurado principal ou dependente, o oferecimento e a contratação de coberturas cuja indenização se dê sob a forma de reembolso de despesas ou prestação de serviços, desde que a despesa ou serviço estejam diretamente relacionados ao sinistro coberto. Parágrafo único. A restrição de que trata o caput deste artigo não se aplica a coberturas de doenças graves não infecciosas ou doenças congênitas, desde que não suscetíveis a serem provocadas intencionalmente.

[6] Art. 11. O prazo de carência corresponde ao período contado a partir da data de início de vigência da cobertura ou da sua reabilitação, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados, no todo ou em parte, conforme dispuserem as condições contratuais.

[7] Art. 12. O prazo de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, não poderá exceder metade do prazo de vigência previsto pela apólice, no caso de contratação individual, ou pelo certificado individual, no caso de contratação coletiva.

[8] Art. 13. Em caso de renovação de apólice, não será iniciado novo prazo de carência, exceto no caso previsto no parágrafo único do art. 11.

[9] Art. 14. Para sinistros decorrentes de acidentes pessoais não será aplicável prazo de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido prazo corresponderá a dois anos ininterruptos.

[10] Art. 18. É vedada a adoção de cláusula de concorrência de apólices, exceto no caso de coberturas que garantam o reembolso de despesas.

[11] Art. 8º As sociedades seguradoras são responsáveis direta ou indiretamente pelas informações e serviços prestados por seus intermediários e por todos aqueles que comercializarem seus produtos.

[12] Art. 9º As condições contratuais do seguro deverão estar à disposição do proponente previamente à emissão do bilhete ou à assinatura da respectiva proposta de contratação, no caso de plano individual, ou da proposta de adesão, no caso de plano coletivo.

[13] Art. 14. As condições contratuais deverão especificar se o plano é de contratação coletiva ou individual.

[14] Art. 26. É vedado constar no rol de riscos excluídos do seguro eventos decorrentes de atos praticados pelo segurado em estado de insanidade mental, de embriaguez ou sob efeito de substâncias tóxicas.

[15] 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.

[16] § 2º Quando prevista renovação da apólice, caso a sociedade seguradora não tenha interesse em efetuar esta renovação, deverá comunicar aos segurados e, no caso de apólice coletiva, ao estipulante mediante aviso prévio de, no mínimo, trinta dias que antecedam o final de vigência da apólice.

[17] Art. 38. Quando o prêmio for periódico, caso o pagamento não seja efetuado no prazo estipulado, a sociedade seguradora poderá cancelar o seguro ou, alternativamente, de forma isolada ou combinada: I - garantir a cobertura dos sinistros ocorridos durante o período de inadimplência, podendo haver a cobrança do prêmio devido ou, quando for o caso, seu abatimento

do valor da indenização; ou II – suspender a cobertura durante o período de inadimplência, sendo vedada a cobrança dos prêmios referentes a este período. Parágrafo único. Deverão ser especificados nas condições contratuais o prazo de tolerância e/ou de suspensão de que tratam, respectivamente, os incisos I e II deste artigo.

[18] Art. 43. No caso de fracionamento do prêmio único, configurada a falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subsequentes à primeira, o prazo de vigência da cobertura será ajustado de forma proporcional ao prêmio efetivamente pago.

[19] Art. 763. Não terá direito a indenização o segurado que estiver em mora no pagamento do prêmio, se ocorrer o sinistro antes de sua purgação.

[20] Art. 44. Os valores dos prêmios e dos capitais segurados, discriminados por cobertura, além da forma e da periodicidade de pagamento dos prêmios, deverão ser estabelecidos na proposta de contratação, no caso de planos individuais, e na proposta de adesão, no caso de planos coletivos.

[21] Art. 58. Deverá constar das condições contratuais e da proposta que, se o segurado, por si ou por seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, perderá o direito à indenização, além de estar o segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido. Parágrafo único. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, a sociedade seguradora deverá: I – na hipótese de não ocorrência de sinistro: a) cancelar o seguro, podendo reter do prêmio originalmente pactuado a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, podendo cobrar a diferença de prêmio cabível e/ou restringir termos e condições da cobertura contratada. II – na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado: a) após o pagamento da indenização, cancelar o seguro, podendo reter do prêmio originalmente pactuado a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido, acrescido da diferença cabível; ou b) permitir a continuidade do seguro, podendo cobrar a diferença de prêmio cabível, deduzi-la do valor a ser indenizado e/ou restringir termos e condições da cobertura contratada. III – na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do capital segurado: após o pagamento da indenização, cancelar o seguro, podendo deduzir do valor a ser indenizado a diferença de prêmio cabível.

[22] Art. 766. Quando 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.

[23] II – urgência: situação em que o segurado necessita de atendimento, não caracterizado como de emergência, podendo aguardar o atendimento de casos emergenciais.