Para que a seguradora possa valer-se da alegação de doença preexistente, com o fito de ser exonerada do pagamento da indenização securitária deve exigir a realização de exames prévios ou comprovar a efetiva má-fé do segurado, posto que essa não se presume. Portanto, se demonstrado o ato ilícito pela negativa de pagamento do seguro contratado, impõe-se o dever de indenizar pelo dano moral experimentado. Esse foi o ponto de vista defendido pela Terceira Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça de Mato Grosso, que não acolheu a Apelação nº 30798/2017 e manteve decisão de Primeira Instância contrária aos interesses da Companhia de Seguros Aliança do Brasil.

O Juízo da Quinta Vara da Comarca de Tangará da Serra julgou procedentes os pedidos da ora apelada, condenando a seguradora ao pagamento do capital segurado (R$ 30 mil), corrigido monetariamente pelo INPC, desde a data do sinistro e acrescido de juros de mora de 1% ao mês, desde a data do requerimento administrativo; ao pagamento de R$20 mil, a título de danos morais, corrigida monetariamente pelo INPC, a partir da prolação da sentença e acrescida de juros de mora de 1% ao mês, a partir da citação; e ao pagamento das custas processuais e dos honorários advocatícios, fixados em 10% sobre o valor da condenação.

Em suas razões, a apelante defendeu, sem êxito, a exclusão da cobertura, uma vez que a apelada teria intencionalmente ocultado a existência de doença preexistente à época da contratação. Registrou que a preexistência do risco impõe a isenção da seguradora ao pagamento do capital, por força das normas que regem o pacto havido entre as partes. Aduziu ainda a inexistência de dano moral haja vista que a situação de desconforto vivenciada pela apelada não se traduziria na constituição do dever de indenizar.

Consta dos autos que em 1º de fevereiro de 2013 foi celebrado entre as partes o contrato BB Seguro Vida Mulher, onde foi estipulada a indenização no valor de R$30 mil para o caso de morte e diagnóstico de câncer.

De acordo com apólice, a cobertura do seguro teria início em 24 horas a partir do dia da contratação e o prazo de carência seria de 60 dias. Entretanto, na data de 18 de abril de 2013, a segurada foi diagnosticada com câncer de mama e, mesmo assim, a cobertura contratada foi negada. “Nesse cenário, é de se compreender que a apelada, na qualidade de segurada/beneficiária, tem o direito de exigir o cumprimento da obrigação, haja vista que o fato gerador da pretensão, isto é, o diagnóstico de câncer de mama, deu-se após o período de carência da apólice contratada”, enfatizou o relator do recurso, desembargador Dirceu dos Santos.

Ainda conforme o magistrado, a apelante não tem razão ao alegar que não cumpriu com a sua obrigação em razão da conduta dolosa da apelada, pelo fato desta ter omitido a informação de doença preexistente. “Isso porque a seguradora aceitou as informações prestadas pela aderente na declaração de saúde sem contestá-las e não exigiu o prévio exame médico capaz de atestar o estado físico e mental dos segurados. Na esteira da melhor jurisprudência, deve a seguradora exigir no mesmo ato, laudo médico para afastar qualquer suspeita de doença preexistente, se não o fez assumiu o risco de pactuar com quem estava doente, não podendo depois alegar omissão quanto tais enfermidades”.

Em relação à pretensão da seguradora em ver reduzido o valor fixado a título de dano moral, os julgadores entenderam que esta não merece prosperar. Para eles, o valor fixado a título de dano moral merece ser mantido, pois atende aos parâmetros da razoabilidade e da proporcionalidade.

Acompanharam o voto do relator os desembargadores Serly Marcondes Alves (primeira vogal convocada) e Carlos Alberto Alves da Rocha (segundo vogal). A decisão foi unânime.

Fonte: TJMT, em 20.06.2017.