

Por Antonio Penteado Mendonça



A operação de seguro se caracteriza pela divisão dos prejuízos sofridos por alguns integrantes do grupo por todos os seus membros. É a velha máxima do “todos por um” transformada na mais eficiente ferramenta de proteção social.

Ao pagar prêmio, o segurado está colaborando para a constituição de um fundo comum, do qual a seguradora retira os recursos necessários para fazer frente aos sinistros de seus segurados, além de custear as despesas administrativas e comerciais, pagar impostos e remunerar o capital dos acionistas.

Durante a maior parte do século 20, as seguradoras trabalharam pela média dos riscos, usando padrões gerais para precificar os seguros em função do objeto, da frequência e do valor médio dos eventos indenizados.

Não havia uma diferenciação em função do perfil do segurado ou da qualidade do risco. Automóvel era automóvel e o seguro era feito levando em conta marca, modelo e ano. Imóvel era imóvel e o seguro levava em conta a utilização e a construção. Assim como no transporte, a seguradora verificava o meio de transporte e o bem transportado. Os dados referentes a cada segurado, com as exceções de praxe, eram deixados de lado, não importando muito o seu perfil de risco.

Para não dizer que não havia diferenciação, no seguro de veículos havia uma tabela de bônus para os motoristas que não usassem o seguro, da mesma forma que no seguro de incêndio havia a diferenciação entre riscos residenciais e riscos empresariais. Mas não havia a individualização do seguro, em função da análise do segurado e das condições do risco, como acontece hoje.

Nesse desenho, o bom segurado pagava o custo do mau segurado. Como na precificação do seguro entravam apenas as médias estatísticas, que eram rateadas proporcionalmente ao risco de cada um por todos os segurados da carteira, não havia praticamente nenhum ganho para o bom segurado. De outro lado, o mau segurado acabava levando vantagem, na medida em que era custeado pelo fundo, que arcava com os prejuízos de todos os sinistros que ele provocasse.

Durante muitos anos, apesar de injusta, essa foi a regra que prevaleceu, até porque as seguradoras não tinham os mecanismos necessários para sofisticar sua conta de aceitação de riscos. Os avanços de TI são recentes e, sem o auxílio da informática, era impossível a utilização dos dados individuais, de pessoas ou empresas, na precificação de seus seguros.

Com o avanço das últimas décadas, essa situação foi radicalmente modificada e atualmente as seguradoras conseguem utilizar praticamente todas as informações sobre seus segurados para chegar no preço justo para cada seguro.

Partindo de premissas comuns a toda a carteira, a seguradora, se valendo de questionários de

aceitação de risco onde constam os dados e as informações do segurado, consegue atingir um nível de detalhamento impressionante, cujos efeitos incidem sobre as premissas básicas do seguro, individualizando a apólice de uma forma inimaginável vinte anos atrás.

Atualmente, nem o bom segurado paga pelo seguro do mau segurado, nem o mau segurado paga pelo seguro do bom segurado. Cada seguro é aceito e precificado em função de sua individualização e suas particularidades - quem é o segurado, qual sua experiência passada, como o objeto do seguro é tratado, quais as ameaças externas que o ameaçam, quais as medidas que melhoram o seu grau de proteção, etc.

Esta individualização não tem o dom de modificar as premissas básicas, decorrentes da lei dos grandes números e de tábuas estatísticas sobre as quais os seguros são desenvolvidos. Alguns fatores permanecem imutáveis, ainda que o segurado tenha um perfil melhor ou pior, o que permitiria que o preço do seguro fosse ainda mais baixo ou mais alto do que os limites do produto.

A razão disto está na definição da operação de seguro, pela qual a soma das contribuições de todos os integrantes do grupo serve para fazer frente aos prejuízos que atingem alguns. Ou seja, não há como se desconsiderar o custo real da operação.

Fonte: O Estado de São Paulo, em 17.08.2020.