Há decisões judiciais que, embora aparentemente restritas ao caso concreto, ultrapassam os limites da controvérsia que lhes deu origem e oferecem oportunidade para uma reflexão mais ampla sobre a própria função econômica e jurídica do contrato de seguro.

A sentença proferida pela 6ª Vara Cível do Jabaquara, em São Paulo, insere-se precisamente nessa categoria.

Segundo a notícia divulgada pelo **Migalhas**[1], a magistratura condenou a seguradora a cumprir a cobertura prevista em duas apólices de seguro prestamista, determinando a quitação ou amortização dos saldos devedores de operações de capital de giro contraídas pela empresa segurada, em razão do falecimento de seu sócio administrador por infarto. A negativa da seguradora estava relacionada à alegação de doença preexistente.

Aliás, esta tese sustentada pela seguradora foi repelida em *leading case* referenciado em meu livro[2] no *recurso especial nº 198.015*, Relator **Ministro Eduardo Ribeiro**, que, em síntese lapidar disse:

“Se a seguradora aceita a proposta de adesão, mesmo quando o segurado não fornece informações sobre o seu estado de saúde, assume os riscos do negócio. Não pode, por essa razão, ocorrendo o sinistro, recusar-se a indenizar”.

Pois bem. O fundamento central da decisão foi singelo, mas juridicamente expressivo: “não tendo sido exigidos exames médicos prévios nem questionário específico de saúde e não tendo sido demonstrada a má-fé do segurado, não poderia a seguradora, posteriormente, recusar a indenização sob o argumento de preexistência da enfermidade”[3].

Portanto, a primeira e talvez mais importante indagação: para que serve o seguro prestamista?

A resposta está na própria estrutura econômica do contrato: serve precisamente para que, ocorrendo o evento previsto na apólice – entre eles a morte do segurado – o saldo da obrigação garantida seja quitado ou amortizado, nos limites da importância segurada.

Daí a expressão que dá título a estas reflexões: **Seguro é para isso**[4].

De outro giro, o seguro prestamista possui peculiaridade que o distingue de outras modalidades de seguro de pessoas.

Sua finalidade primordial não é proporcionar diretamente aos herdeiros do segurado uma vantagem patrimonial. O objeto econômico imediato é a proteção de uma obrigação financeira previamente existente.

Em regra, ocorrido o sinistro, a indenização securitária é destinada ao pagamento do saldo devedor perante o credor, observados os limites estabelecidos na apólice.

É justamente por isso que o seguro prestamista desempenha função relevante na expansão e na segurança do crédito.

Nas operações de capital de giro, particularmente para empresas de menor porte, a morte do sócio que concentra funções de administração pode representar não apenas uma perda humana irreparável, mas também

um grave acontecimento econômico.

A dívida, entretanto, permanece.

O seguro prestamista é concebido justamente para que determinado risco extraordinário – a morte ou outro evento coberto – não converta automaticamente a obrigação financeira em fator adicional de desestruturação patrimonial.

O seguro, nesse contexto, não constitui um elemento ornamental do contrato bancário. É instrumento de gestão de risco.

Talvez, um outro ponto delicado a ser examinado no caso em tela está corporificado na sobredita *alegação de doença preexistente*. **Sublinhei**.

A questão como dito supra é antiga no Direito dos Seguros e alcançou importante uniformização jurisprudencial com a edição da *Súmula 609* do **Superior Tribunal de Justiça**, vasada nos seguintes termos:

"A recusa de cobertura securitária, sob a alegação de doença preexistente, é ilícita se não houve a exigência de exames médicos prévios à contratação ou a demonstração de má-fé do segurado."

A orientação não significa que a doença preexistente seja juridicamente irrelevante.

O que ela impede é que a seguradora aceite o risco, receba o prêmio e somente depois da ocorrência do sinistro procure reconstruir retrospectivamente o estado de saúde do segurado para encontrar uma causa de exclusão da cobertura.

Em outras palavras, não se confunde doença preexistente com má-fé.

Uma enfermidade pode existir anteriormente à contratação sem que o segurado tenha ciência ou consciência de sua existência ou sem que tenha intenção de ocultá-la.

Já a má-fé, ao contrário, exige elemento subjetivo.

Não pode ser presumida simplesmente porque o segurado faleceu em decorrência de enfermidade que, posteriormente, se descobriu já existente.

O aspecto mais relevante da sentença sob exame talvez esteja exatamente nessa distribuição dos riscos.

A atividade securitária pressupõe seleção, mensuração e aceitação de riscos.

Cabe à seguradora, dentro de sua técnica de subscrição, decidir quais informações necessita para avaliar determinado risco. Se entende indispensável a realização de exame médico, deve exigi-lo. Se considera necessária a resposta a um questionário médico detalhado, deve formulá-lo. Se, entretanto, aceita a contratação sem exames e sem investigação específica, não parece juridicamente admissível que, somente depois do sinistro, transfira ao segurado ou ao beneficiário o ônus decorrente de sua própria opção de subscrição.

Neste norte a jurisprudência paulista já enfrentou situação semelhante em seguros prestamistas, reconhecendo

que a ausência de exames prévios, aliada à falta de demonstração da má-fé, conduz à incidência da *Súmula 609 do STJ*.

A questão assume dimensão ainda maior quando examinada à luz da boa-fé objetiva.

O contrato de seguro é, por sua própria natureza, contrato de confiança.

A seguradora promete garantir determinado interesse contra determinado risco. O segurado, por sua vez, paga o prêmio para que essa promessa possa produzir efeitos quando ocorrer o evento previsto.

A boa-fé atua nos dois lados.

Do segurado exige-se lealdade, veracidade e cooperação. Da seguradora exige-se coerência entre a aceitação do risco, a cobrança do prêmio e a posterior regulação do sinistro.

Por isso, não seria compatível com a boa-fé contratual admitir que a seguradora aceite determinado segurado sem investigação médica, cobre regularmente os prêmios e, depois da morte, pretenda afastar a cobertura mediante investigação retrospectiva que não realizou no momento oportuno. É imperioso demonstrar que, no momento da contratação, o segurado conhecia a enfermidade relevante e, conscientemente, omitiu essa informação com o propósito de obter indevidamente a cobertura.

A circunstância de o segurado ter apresentado posteriormente determinada enfermidade não conduz automaticamente a essa conclusão.

Isto tudo já se decidiu em casos envolvendo seguro de vida e seguro prestamista, no sentido de que inexistência de exame prévio transfere para a seguradora a necessidade de demonstrar, concretamente, a má-fé que pretende invocar como causa de exclusão.

O caso ganha especial relevância quando se considera que as apólices garantiam *operações de capital de giro*. A morte de um sócio administrador pode atingir diretamente a capacidade operacional da sociedade.

Porém, é necessário distinguir duas dimensões.

A primeira é a sucessória: a morte do sócio produz efeitos sobre a participação societária, conforme o contrato social e a legislação aplicável.

A segunda é de cunho obrigacional: as dívidas contraídas pela pessoa jurídica não desaparecem com a morte do sócio.

É justamente nessa interseção que o seguro prestamista adquire importância econômica. Ao quitar ou amortizar o saldo devedor, a seguradora não está concedendo uma liberalidade à empresa. Está cumprindo a finalidade para a qual o risco foi contratado.

O seguro funciona, portanto, como mecanismo de estabilidade financeira da empresa diante de um evento pessoal que repercute sobre sua estrutura econômica.

A matéria ganha nova atualidade com a **Lei nº 15.040/2024**, que instituiu novo regime jurídico para o contrato de

seguro no Brasil.

A nova legislação deve ser interpretada dentro de uma concepção contemporânea do contrato de seguro, na qual assumem relevo a boa-fé, a clareza das condições contratuais, a adequada delimitação dos riscos e a proteção da legítima expectativa criada pela contratação. A nova Lei não deve ser vista como instrumento de favorecimento automático de uma das partes. Seu propósito maior é conferir maior densidade normativa à relação securitária.

Por isso, a discussão sobre doença preexistente deve permanecer vinculada àquilo que efetivamente foi contratado e ao comportamento concretamente adotado pelas partes.

Se o risco foi aceito sem investigação médica e o prêmio foi regularmente recebido, a posterior negativa exige fundamento jurídico e probatório consistente. *Tollitur quaestio*, em vernáculo, “cessa a discussão”.

A decisão da 6ª Vara Cível do Jabaquara merece atenção da doutrina securitária não porque tenha criado uma nova regra, mas porque reafirma uma diretriz que há muito vem sendo construída pela jurisprudência brasileira. A seguradora não está impedida de investigar doenças preexistentes. Também não está obrigada a aceitar indiscriminadamente qualquer risco.

O que não parece juridicamente admissível é aceitar o risco sem investigação, receber o prêmio e, depois da ocorrência do sinistro, presumir que a enfermidade existente anteriormente à contratação tenha sido dolosamente ocultada.

A boa-fé não permite esse deslocamento retrospectivo do risco.

A *Súmula 609 do STJ* permanece, nesse particular, como importante instrumento de equilíbrio contratual.

E o seguro prestamista revela, talvez mais nitidamente do que qualquer outra modalidade, a razão de ser do contrato securitário.

Quando o sócio morre, a dívida da empresa não morre com ele. Mas, se a morte constitui risco expressamente segurado, a dívida pode – e deve, nos limites da cobertura – ser alcançada pela indenização contratada.

É exatamente para isso que existe o seguro.

Seguro é para isso!

Porto Alegre, 14 de setembro de 2026.

---

[1] Migalhas, 14/09/26, nº 6.433.

[2] O Seguro no Direito Brasileiro, 9ª edição, página 62. *LumenJuris*/Editora.

[3] Sentença proferida. Processo 4076764-76.2025.8.26.0100.

[4] Informativo Migalhas supra citado.