O conceito de apólice à base de reclamações (*claims made*) foi criado nos EUA no início dos anos 1980, justamente em função da crise que ocorreu com os seguros de responsabilidade civil naquele país. As apólices de RC, antes daquele novo modelo, eram todas emitidas à base de ocorrências (*occurrence losses basis*), sendo que o gatilho (*trigger*) que dispara o mecanismo indenizatório neste tipo de apólice é a ocorrência do evento, com as consequentes perdas e danos aos terceiros prejudicados. As inúmeras ações judiciais interpostas nos EUA e motivadas por vários tipos de produtos (asbestos/amianto, DIU, implantes de silicone, dioxinas, talidomida, etc.), assim como em razão de inúmeros sinistros ambientais demonstraram que a apólice de ocorrências não era o melhor modelo para essas categorias de riscos. As Cortes de Justiça não só ignoraram os mecanismos limitadores constantes dos clausulados, como também determinaram o acúmulo dos respectivos LMI's das várias apólices anuais existentes em determinado período de tempo, na mesma ou em várias Seguradoras, de modo a indenizarem os sinistros acontecidos dentro daquele prazo que se convencionou chamar de latência prolongada (*long-term exposure ou long-tail*). A *claims made* foi concebida justamente para evitar esta exposição desmedida das Seguradoras e Resseguradoras, limitando os riscos e os limites garantidos, num determinado período de tempo. O *trigger*, neste tipo especial de apólice, desconsidera em grande parte a *data da ocorrência* do evento e determina a *data da reclamação do terceiro* prejudicado como condição de gatilho disparador do mecanismo indenizatório. A *apólice vigente da data da reclamação* do terceiro ao segurado ficará responsável pelo pagamento do sinistro, se coberto, de acordo com os termos e condições fixados naquele determinado contrato de seguro. O período de cobertura da apólice *claims made*, ainda que o contrato de seguro seja anual, traz atrelado o *período de retroatividade* e este usualmente é determinado no momento da primeira contratação de uma apólice *claims made*, prevalecendo para as sucessivas renovações. O sinistro coberto, portanto, pode ter ocorrido dentro da data de retroatividade (sem conhecimento do segurado), sendo reclamado pelo terceiro somente durante a vigência da apólice corrente.

Este modelo foi transposto ao mercado segurador brasileiro em 1988, pelo então Instituto de Resseguros do Brasil, referindo-se de forma inaugural unicamente ao seguro de RC Produtos Exportação. Logo em seguida, o IRB passou a admitir para fins de resseguro que a estrutura *claims made* fosse aplicada também para as outras modalidades do ramo RC Geral.

Também o mercado internacional, além dos EUA, adotou o princípio *claims made* em larga escala e, se alguns problemas judiciais ocorreram nos anos 1990, eles logo foram superados e até mesmo leis de seguros em alguns países europeus foram modificadas e particularmente para admitirem a apólice *claims made* de forma plena, até mesmo porque ela protege de maneira muito mais adequada determinadas categorias de riscos e todas elas sujeitas ao *long-tail*: RC Produtos; RC Riscos Profissionais – E&O, Riscos Ambientais. Há categorias de produtos no exterior, inclusive, que sequer encontram capacidade de resseguro se as apólices originais não forem à base de reclamações: produtos farmacêuticos, alimentícios, químicos, etc.

No Brasil, o desenvolvimento da *claims made* se mostrou menos desenvolvido e por várias razões: falta de conhecimento adequado sobre o mecanismo por parte dos segurados e mesmo dos corretores de seguros; ausência de fidelização entre Segurado-Seguradora, cujo procedimento acaba inviabilizando a adoção da *claims made*, pois que ela requer renovações sistemáticas numa mesma Seguradora (a mudança de Seguradora requer prêmio adicional para a compra de período suplementar de cobertura junto à Seguradora que não renovará o seguro); a fase de transição encontrada no pós-abertura do resseguro, sendo que os Resseguradores internacionais ainda não adotam os mesmos procedimentos que eles praticam nos outros mercados mais desenvolvidos que o brasileiro.

Atualmente, aquelas Seguradoras que desejam incrementar os respectivos clausulados dos seguros RC, notadamente do âmbito do ramo RC Geral, têm encontrado dificuldades de registro dos seus produtos junto à Susep. A Autarquia, quando da divulgação dos *produtos padronizados* de RCG através da Circular Susep-437 de 14.06.2012, estabeleceu o que ela denominou de "Cláusula Específica n.º 322 [**1**] – Apólice à Base de Reclamações ("Claims Made Basis"), cujo mecanismo tem

as seguintes determinantes: (i) toda apólice RCG deve, *obrigatoriamente*, ser emitida à base de ocorrências; (ii) a cláusula, de redação extravagante e complexa, *transforma* os mecanismos da apólice de ocorrências em reclamações, cujo procedimento não encontra respaldo em nenhum outro mercado segurador, notadamente de país desenvolvido. A Susep tem obrigado as Seguradoras a adotarem este mecanismo ao invés de utilizarem clausulado especialmente elaborado na base de reclamações, contrariando a prática uniforme internacional. A justificativa daquela Autarquia, não plausível, é no sentido de que um mesmo contrato de seguro não pode dispor de duas Condições Gerais *simultaneamente*. Ora, esta preocupação da Susep jamais acontecerá em apólices *claims made* do ramo RCG, até porque as Condições Gerais do contrato ou serão na base de ocorrências ou de reclamações (o procedimento determinado pela Susep, contudo, reproduz em um único contrato todos os dispositivos das CG de Ocorrências, mais os dispositivos das CG de Reclamações, conforme a Cláusula Específica 322, gerando complexidade contratual desnecessária e de difícil entendimento para o leigo em seguros, assim como para advogados e magistrados intervenientes). Além disso, quando o IRB implantou a *claims made* no Brasil de fato existiam duas Condições Gerais no mesmo contrato (CG de reclamações para RC Produtos Exterior e CG de ocorrências para as demais modalidades também existentes na mesma apólice) e nem por isso houve algum tipo de problema, apesar da adoção desnecessária daquele modelo. O referido mecanismo foi utilizado por período curto de tempo e logo foi admitida a adoção de CG de reclamações para todas as coberturas da apólice, assim como ocorria em todos os demais países. Não tem sentido técnico algum, portanto, a ingerência da Susep neste pormenor, obrigando as Seguradoras a utilizarem procedimento sequer coerente com a lógica contratual que deve prevalecer em todo e qualquer contrato de seguro. A redação da referida Cláusula 322, inclusive, sequer pode ser mencionada como modelo de transparência contratual em face mesmo de sua complexidade, o que certamente prejudica os consumidores de seguros do país, ao invés de protegê-los. Não é este o papel do Órgão Regulador na atualidade, notadamente quando ele inviabiliza a reprodução de estruturas, procedimentos e modelos de clausulados que são adotados de maneira exitosa em outros países e mais desenvolvidos do que o Brasil. Cabe à Susep revogar, *urgentemente*, a referida Cláusula Específica 322 da Circular 437/12 e em razão de sua total inconcretude, sob qualquer aspecto que ela for analisada. A mesma Autarquia deve admitir que as Seguradoras elaborem clausulados *claims made* isolados e apropriados, segundo os padrões internacionais. As Seguradoras, por sua vez, devem insistir na não adoção do referido modelo de Cláusula Específica e os Corretores de Seguros devem buscar a colocação de propostas e riscos somente em Seguradoras que finalmente conseguiram viabilizar clausulados mais modernos e com maior garantia de transparência aos consumidores de seguros RCG junto à Susep. O mercado segurador nacional precisa, enfim, se modernizar.

[**1**] Cláusula Específica = nomenclatura criada pela Susep, sendo que pode gerar conflitos *desnecessariamente*, na medida em que o contrato de seguro segundo a estrutura determinada pela mesma Autarquia já é composto por Condições Gerais + Condições Especiais + Condições Particulares. Este conjunto de clausulados não pode ser recepcionado sob o conceito de um bom modelo dentro do padrão de modernidade, objetividade e transparência requerido pelo CDC no Brasil, na medida em que dificulta o entendimento do contrato e de seu real alcance em termos de coberturas e exclusões de riscos. O moderno contrato de seguro deve apresentar clausulado único e no máximo composto por Condições Gerais + Condições Particulares. Criar mais um tipo de cláusula, além de todas aquelas já existentes não é producente e deveria ser evitado por todas as Seguradoras do país em face dos direitos dos consumidores de seguros. A Susep deveria coibir a prática e não incentivá-la, portanto.

Fonte: POLIDO, Walter A. ***Seguros de Responsabilidade Civil: manual prático e teórico***. Curitiba: Juruá, 2013.

(15.02.2016)

Polido
Carvalho
consultoria