

## **Ação de cobrança - Seguro de vida - Exames prévios - Obrigação da seguradora - Doença superveniente à contratação - Comprovação**

Ementa: Apelação. Ação de cobrança. Seguro de vida. Exames prévios. Obrigação da seguradora. Doença superveniente à contratação. Comprovada.

- Nos contratos de seguro de vida, cabe à seguradora realizar exames prévios para certificar o real estado de saúde do segurado antes da contratação, sob pena de aceitar o questionário preenchido pelo contratante. A seguradora tem a obrigação de manter a mesma conduta, tanto na contratação quanto no momento do sinistro, sob pena de ficar evidenciada a má-fé e o enriquecimento indevido.

- Restou comprovado nos autos que a patologia, que foi causa determinante do óbito, surgiu após a contratação

do seguro de vida, situação que caracteriza a boa-fé do falecido segurado.

**APELAÇÃO CÍVEL Nº 1.0040.06.044737-8/001 - Comarca de Araxá - Apelante: Cia. de Seguros Aliança Brasil - Apelada: Glícia Esteves de Ávila - Relator: DES. TIBÚRCIO MARQUES**

### Acórdão

Vistos etc., acorda, em Turma, a 15ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, na conformidade da ata dos julgamentos e das notas taquigráficas, à unanimidade de votos, EM NEGAR PROVIMENTO.

Belo Horizonte, 13 de novembro de 2008. - Tibúrcio Marques - Relator.

### Notas taquigráficas

DES. TIBÚRCIO MARQUES - Relatório.

Trata-se de apelação interposta à sentença que, nos autos da ação de cobrança, movida por Glícia Esteves de Ávila em face da Cia. de Seguros Aliança do Brasil, julgou procedente o pedido formulado na inicial.

Na sentença (f. 146/150), entendeu a Juíza de primeiro grau que é certo que, ao celebrar contratos de seguro, sem examinar o real estado de saúde dos contratantes e contentando-se com as declarações por ele prestadas, assume a seguradora os riscos de determinada doença, já existente, manifestar-se posteriormente, levando à morte ou à invalidez do segurado e ensejando o seu dever de indenizar.

Argumentou, ainda, que a ré não conseguiu demonstrar a má-fé do segurado e que negar ao beneficiário o direito de obter o seguro configuraria enriquecimento ilícito, uma vez que recebeu as contraprestações sem se preocupar com a existência ou não de doença do segurado.

Afirmou, também, que o laudo pericial foi contundente em demonstrar que a *causa mortis* não decorreu necessariamente da doença da qual o segurado era portador.

Inconformada, a ré interpôs apelação (f. 152/161), alegando, em síntese, que a patologia que acometia o segurado desde julho de 1991 foi a causa secundária da morte do falecido e que o segurado omitiu a existência da doença responsável pelo óbito.

Sustenta, ainda, que a perícia médica comprovou a preexistência da doença causadora do falecimento do segurado e que este agiu de má-fé ao não informar a referida patologia.

Ao final, pleiteia a reforma da sentença para que o pleito contido na inicial seja julgado improcedente.

Nas contra-razões (f. 163/168), a autora aduziu, em síntese, que a doença causadora da morte se manifestou mais de três meses após a contratação do seguro.

Ao final, requer que seja negado provimento ao recurso.

Voto do Relator.

Presentes os pressupostos de admissibilidade, conheço da apelação.

Trata a hipótese de cobrança de seguro de vida contratado por Maurício Andrade de Ávila em favor de sua esposa, autora desta ação. Ocorrido o óbito do segurado, a seguradora, ora apelante, recusa-se a pagar a indenização ao argumento de que a causa do falecimento foi doença preexistente à contratação, não comunicada pelo segurado no momento do pacto.

A sentença examinou muito bem a questão, e os fundamentos lá indicados exprimem com exatidão o atual posicionamento do Superior Tribunal de Justiça, senão vejamos.

Examinando a questão, verifica-se que a seguradora tem dois pesos e duas medidas no decorrer da relação securitária. Primeiro, a seguradora, voraz em receber o dinheiro do prêmio, se conforma com o simples preenchimento da proposta e, sem realizar qualquer exame, celebra o contrato de seguro de vida objetivando tão somente a obtenção do prêmio.

De forma diametralmente oposta, ocorrido o sinistro, a seguradora examina todos os detalhes da contratação e, sem qualquer pressa, realiza exames e averiguações com o intuito de não pagar a cobertura ou de quitá-la depois de passados muitos dias, quiçá meses.

Ora, admitir tal situação (inexistência de exames para receber o prêmio e realização de intensa pesquisa no instante de pagar a indenização) é consagrar a inobservância do dever de conduta diligente e honesta (boa-fé objetiva), a que estão obrigados os contratantes.

Vale ressaltar que os contratantes são obrigados a observar os princípios da probidade e boa-fé assim na conclusão, como na execução do contrato (art. 422 do CC).

Com efeito, a seguradora tem a obrigação de manter a mesma conduta, tanto na contratação, quanto no momento do sinistro, sob pena de ficar evidenciada a má-fé e o enriquecimento indevido.

No caso sob julgamento, a seguradora recebeu o prêmio de R\$ 807,13 (oitocentos e sete reais e treze centavos) sem realizar nenhum exame médico no contratante, fato que faz emergir a presunção de que a seguradora se conformou com a eventual má-fé do segurado. Isso porque a má-fé da seguradora combinada com a má-fé do segurado obriga a aplicação do provérbio de que ninguém se pode valer da própria torpeza.

Assim, a conduta da seguradora, que, após a ocorrência do sinistro, deseja alegar a má-fé do segurado, ficar com o prêmio pago e deixar de cobrir a indenização, demonstra a ausência de probidade e boa-fé objetiva, conduta completamente em desarmonia com o ordenamento jurídico.

Sobre a obrigação de realizar exames médicos no momento da contratação, o Superior Tribunal de Justiça assim se manifesta:

A seguradora não pode eximir-se do dever de indenizar, alegando simples omissão de informações por parte do segurado, se dele não exigiu exames clínicos prévios. Precedentes. (AgRg no Ag 804.965/SP, Rel. Ministro Sidnei Beneti, Terceira Turma, julgado em 07.08.2008, DJe em 28.08.2008.)

A teor do entendimento desta Corte, a seguradora não pode esquivar-se ao dever de indenizar alegando que o segurado omitiu informações sobre seu estado de saúde quando não lhe foram exigidos exames clínicos prévios, como ocorre *in casu*. Precedentes. (REsp 811.617/AL, Rel. Ministro Jorge Scartezzini, Quarta Turma, julgado em 21.11.2006, DJ de 19.03.2007, p. 359.)

À guisa de conclusão, nos contratos de seguro de vida, cabe à seguradora realizar exames prévios para certificar o real estado de saúde do segurado antes da contratação, sob pena de aceitar o questionário preenchido pelo contratante.

Não obstante tais argumentos restarem suficientes para determinar a procedência do pedido de cobertura, passa-se ao exame da perícia médica realizada nos autos.

O laudo pericial de f. 121/127 comprovou que a causa da morte do segurado foi “Choque séptico devido a abscesso intra-abdominal como complicação de pancreatite” (f. 124) e que tal doença (pancreatite) teve suas primeiras manifestações em dezembro de 2004 (f. 125), portanto depois da celebração do contrato de seguro, que ocorreu em 03.11.2004.

Logo, conclui-se que a patologia, que foi causa determinante do óbito, surgiu após a contratação do seguro de vida, razão pela qual resta caracterizada a boa-fé do segurado *de cujus*.

Vale ressaltar que a doença Lúpus eritematoso sistêmico apresentada pelo segurado desde 1992, malgrado não informada no contrato de seguro de vida, não constitui motivo idôneo para embasar o não-pagamento da indenização, uma vez que, conforme laudo pericial, não foi a causa determinante do óbito, não havendo, por conseguinte, nexa causal.

Dessarte, cabe à seguradora pagar à beneficiária, ora apelada, a indenização prevista no contrato de seguro de f. 12, devendo, assim, ser negado provimento ao recurso.

Ante o exposto, nego provimento à apelação.  
Custas recursais, pela apelante.

Votaram de acordo com o Relator os DESEMBARGADORES ANTÔNIO BISPO e JOSÉ AFFONSO DA COSTA CÔRTEZ.

*Súmula* - NEGARAM PROVIMENTO.

...