

**INDENIZAÇÃO - SEGURO DE VIDA - NEGATIVA DE COBERTURA - DOENÇA PREEEXISTENTE -
MÁ-FÉ - AUSÊNCIA DE PROVA - PROCEDÊNCIA DO PEDIDO**

- Assumindo a seguradora o risco em contratar seguro sem averiguar as condições de saúde do segurado que simplesmente adere à proposta, não poderá ela, arrecadadora incondicional do prêmio, safar-se de cobrir o sinistro sob a alegação de preexistência de possível doença.

- Não pode a seguradora recusar o pagamento da indenização sob a alegação de má-fé do proponente em razão de doença preexistente, pois cabia a ela a verificação do estado de saúde do segurado antes da celebração do contrato de seguro. Não tendo tomado as devidas cautelas, não pode ela se eximir do pagamento da indenização, sendo inaplicável ao caso a norma do art. 1.444 do CC/1916.

APELAÇÃO CÍVEL Nº 465.008-2 - Comarca de Monte Carmelo - Relator: Des. D. VIÇOSO RODRIGUES

Acórdão

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 465.008-2, da Comarca de Monte Carmelo, sendo apelante Caixa Seguradora S.A., nova denominação de Sasse Cia. Nacional de Seguros Gerais e apelada Maria da Piedade Ribeiro Borges, acorda, em Turma, a Décima Quinta Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais NEGAR PROVIMENTO.

Presidiu o julgamento o Desembargador José Affonso da Costa Côrtes (Vogal), e dele participaram os Desembargadores D. Viçoso Rodrigues (Relator) e Mota e Silva (Revisor).

O voto proferido pelo Desembargador Relator foi acompanhado, na íntegra, pelos demais componentes da Turma Julgadora.

Belo Horizonte, 05 de maio de 2005. - *D. Viçoso Rodrigues* - Relator.

Notas taquigráficas

O Sr. Des. D. Viçoso Rodrigues - Trata-se de recurso de apelação aviado por Caixa Seguradora S.A., nova denominação de Sasse Cia. de Seguros Gerais contra a sentença prolatada pelo Juiz de Direito da Vara Única da Comarca de Monte Carmelo, que julgou procedente o pedido formulado por Maria da Piedade Ribeiro Borges nos autos da ação de indenização ajuizada em desfavor da apelante, condenando esta última a efetuar o pagamento de indenização securitária em razão da morte do segurado.

O Julgador fundamenta sua decisão no sentido de que não há nos autos prova da má-fé do segurado a justificar a resistência ao pagamento do valor pleiteado na inicial.

Irresignado, o apelante apresentou suas razões recursais às f. 126/135, apoiando-se na tese de que a legislação civil previu expressamente que a seguradora somente se responsabiliza pelos fatos futuros ao contrato de seguro, ficando excluídos por óbvio fatos pretéritos como no caso em tela.

Assevera, ainda, que não há falar em pagamento de indenização para o risco de morte, tendo em vista que o contrato de seguro se destina a cobertura de fatos futuros, sendo totalmente fora do contexto de cobertura as doenças preexistentes ao pacto, conforme demonstrado pela prova dos autos.

Pugna, assim, pelo provimento do recurso a fim de que o pedido inicial seja julgado totalmente improcedente.

Contra-razões às f. 139/143.

Este o relatório. Decido.

Conheço do recurso, porque se fazem presentes os pressupostos de admissibilidade.

A questão central dos autos diz respeito à negativa de pagamento de indenização à beneficiário do seguro de vida pela morte do segurado que, ao tempo da contratação, não teria informado à seguradora seu real estado de saúde.

Lastreado no que dispõe o art. 1.444 do CC/1916, a apelante entende que, em razão de o segurado não ter informado que sofria de cardiopatia quando o contrato foi pactuado, não está abrangida a efetuar o pagamento da indenização.

Entretanto, a meu juízo, o direito do beneficiário do seguro de vida só poderá ser afastado se restar comprovado nos autos que o segurado, ao celebrar o contrato, agiu dolosamente, omitindo informação crucial sobre seu estado de saúde, objetivando fraudar a companhia de seguro.

Analisando os fatos noticiados e a documentação coligida aos autos, não vislumbro a má-fé alegada pela companhia de seguro.

A seguradora, ora apelante, ao tempo da celebração do pacto, nem sequer exigiu o preenchimento de cartão-proposta contendo questionário padrão acerca das condições de saúde daquele que pretende firmar contrato de seguro de vida.

Somente após receber a notícia do sinistro, a companhia de seguros diligenciou no sentido de verificar junto ao médico assistente do segurado quais eram suas condições de saúde.

Com efeito, não pode a apelante alegar que o segurado omitiu dolosamente seu estado de saúde quanto celebrou o contrato. A seguradora sequer chegou a promover uma investigação, ainda que com base em declarações do próprio contratante.

No sentir deste julgador, se a seguradora é negligente na apuração das reais condições de saúde daquele que pretende ver assegurado o risco de sua morte, não realizando os exames médicos necessários ao efetivar os contratos de seguro, não pode, em caso de sinistro, se recusar a efetuar o pagamento de indenização sob alegação de doença preexistente.

Nesse sentido já decidiu o Tribunal de Alçada de Minas Gerais:

Ação de cobrança. Seguro de vida em grupo. Recusa de indenização pela seguradora. Doença preexistente. Má-fé do segurado não comprovada. Juros. Termo inicial.

O contrato de seguro de vida em grupo, com dispensa de exame médico do segurado, traz, em si, a presunção *juris tantum* de que, ao tempo da celebração da avença, não era ele portador de moléstia grave, capaz de acarretar a letalidade, não podendo a seguradora recusar-se ao pagamento do valor da apólice, sob alegação de doença preexistente, se não comprovar a má-fé do contratante (TAMG, Ap. Cível nº 352.375-1, Sexta Câm. Cível, Rel. Juíza Beatriz Pinheiro Caires. j. em 02.05.2002).

É importante salientar que nem sempre o segurado conhece a fundo o seu estado de saúde e os reais efeitos que uma doença pode acarretar em seu organismo.

No caso em tela, embora o segurado padecesse de cardiopatia, era acompanhado por médico de sua confiança, desde 1987, realizando normalmente suas atividades cotidianas, conforme relataram as testemunhas ouvidas em juízo.

Há também que se ressaltar a longevidade apresentada pelo segurado, se considerarmos que a doença que o acometia foi diagnosticada em 1987, conforme relato médico acostado às f. 93/93v e 96, e seu óbito ocorreu somente em 2003.

O primeiro contrato de seguro de vida do qual o segurado fez parte foi celebrado em 1995, sendo renovado sucessivas vezes, inclusive com alteração do capital segurado, conforme atesta o documento de f. 29.

Portanto, não se pode cogitar que o segurado, consciente de sua morte iminente, celebrou contrato de vida para resguardar seus beneficiários caso ocorresse o sinistro.

Nesse sentido, não há que se cogitar de má-fé em razão de o *de cuius* não ter mencionado que sofria cardiopatia, pois que, ao tempo da celebração do contrato de seguro, a apelante não realizou, nem de forma superficial, qualquer averiguação acerca do estado de saúde do segurado.

O posicionamento ora esposado é respaldado pelo Superior Tribunal de Justiça:

Civil. Seguro de vida em grupo. óbito. doença preexistente. Omissão. longevidade do segurado após a contratação. Elevação da cobertura. Valor anterior ínfimo. Razoabilidade no aumento da cobertura pretendida. Má-fé não configurada. Indenização devida. CC, arts. 1.443 e 1.444.

Inobstante a omissão do segurado sobre padeecer de *diabetes mellitus* quando da contratação, não se configura má-fé se o mesmo sobreviveu, por longos anos mais, demonstrando que possuía, ainda, razoável estado de saúde quando da realização da avença original, renovada sucessivas vezes (STJ, Quarta Turma, REsp. 300.215/MG, Rel. Min. Aldir Passarinho Júnior, j. em 29.5.01).

Civil. Seguro de vida em grupo. Doença preexistente. Omissão. Longevidade do segurado após a contratação. Elevação da cobertura. Valor anterior diminuto. Razoabilidade no aumento da cobertura pretendida. Má-fé não configurada. Indenização devida. CC, arts. 1.443 e 1.444.

Inobstante a omissão do segurado sobre padeecer de cardiopatia quando da contratação, não se configura má-fé se o mesmo sobrevive por manter vida regular por vários anos, demonstrando que possuía, ainda, razoável estado de saúde quando da realização da avença original, renovada sucessivas vezes (STJ, Quarta Turma, REsp nº 116.024/SC, Rel. Min. Aldir Passarinho Júnior, j. em 20.05.2003).

Uma vez formalizado o contrato de seguro de vida sem as devidas cautelas pela seguradora que não averiguou as condições de saúde do apelado por meios de exames médicos, a indenização prevista na apólice deve ser paga, em homenagem ao princípio da boa-fé que norteia essa espécie de contrato.

Assim, considerando o acima exposto e tudo mais que nos autos consta, nego provimento ao recurso.

Custas recursais, pela apelante.

-:-:-