

Seguro de vida - Doença preexistente - Invalidez - Não exigência de exames prévios pela seguradora

Ementa: Apelação. Cobrança. Seguro de vida. CDC. Aplicabilidade. Doença preexistente. Realização de exames prévios. Não ocorrência. Invalidez por doença. Indenização devida.

- O contrato de seguro, típico de adesão, deve ser interpretado, em caso de dúvida, no interesse do segurado e dos beneficiários.

- Não se exime do pagamento da cobertura a seguradora que firmou o contrato sem a realização dos exames prévios no proponente.

- A apólice de seguro deve ser interpretada a favor do segurado, tendo em vista que a sua legítima expectativa, em caso de sinistro, é receber a reparação integral pelo evento com cobertura.

APELAÇÃO CÍVEL Nº 1.0313.06.206743-1/001 - Comarca de Ipatinga - Apelante: E.M.A.M. - Apelada: HSBC Seguros S.A. - Relator: DES. ANTÔNIO BISPO

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, à unanimidade, em DAR PROVIMENTO AO RECURSO.

Belo Horizonte, 16 de janeiro de 2014. - *Antônio Bispo* - Relator.

Notas taquigráficas

DES. ANTÔNIO BISPO - E.M.A.M. interpôs recurso de apelação contra a r. sentença proferida às f. 204/211, nos autos da ação de cobrança de indenização de seguro que ajuizou em face de HSBC Seguros S.A.

O MM. Juiz julgou improcedente o pedido inicial ao entender que não restou comprovada a condição de invalidez permanente por não ser a incapacidade da autora definitiva e total. Condenou a autora ao pagamento das custas processuais e dos honorários advocatícios, estes arbitrados em R\$1.000,00 (mil reais), suspensa a exigibilidade em razão do deferimento da gratuidade de justiça.

A autora, nas razões de f. 225/227, alega que as respostas aos quesitos da perícia demonstram que está incapacitada para quaisquer exercícios físicos e que os males ortopédicos foram adquiridos em consequência dos exercícios desenvolvidos no trabalho de limpeza que realizava.

Argumenta que está impossibilitada de continuar fazendo atividades físicas e que os documentos que constam nos autos provam sua incapacidade laborativa, estando inclusive aposentada por invalidez pelo INSS.

Ao final, requer seja dado provimento ao recurso para que se reconheça sua incapacidade e se julguem procedentes os pedidos iniciais.

Sem preparo, uma vez concedida a gratuidade judiciária, f. 53.

Recurso recebido em ambos os efeitos legais, f. 243. Contrarrazões, f. 230/241.

Conheço do recurso, visto que próprio e tempestivo.

A princípio, há que se salientar que o contrato de seguro é tipicamente de adesão, o que implica interpretação favorável ao aderente segurado e seus beneficiários, podendo ser aplicada à análise do caso toda a principiologia do CDC.

É de se ressaltar que o objeto do contrato de seguro é a garantia do interesse legítimo que o segurado tem sobre uma pessoa ou coisa perante o segurador, sendo que sua real e legítima expectativa é de que, havendo o sinistro, seja paga a indenização.

Compulsando os autos, verifica-se que existe um seguro de vida em grupo contratado pela autora e a seguradora, conforme f. 08, 88/89 e 96/124, desde 11.06.2002.

A controvérsia cinge-se, inicialmente, em torno da procedência do pedido de pagamento do seguro por invalidez permanente total por doença.

Verifica-se que a autora recebeu auxílio-doença previdenciário de 15.12.2001 a 19.10.2005, sendo então tal benefício convertido em aposentadoria por invalidez pelo INSS (f. 09), desde 20.10.2005.

É fato que, quando da contratação do seguro, a autora vinha recebendo auxílio-doença previdenciário, mas tal fato não pode impedir o recebimento da indenização por invalidez, caso comprovada.

Tal fato levaria à legitimação de verdadeiro enriquecimento ilícito e ruptura da boa-fé por parte da seguradora que por tantos anos recebera o pagamento das mensalidades por parte do segurado, que, como já dito, tinha a legítima expectativa de que seria ressarcido em caso de algum sinistro.

A respeito, é a doutrina:

[...] Na realidade, a boa-fé no seguro deve ser bilateral, aliás, como em qualquer contrato, imposta destarte também ao segurador. [...] A enfática e tradicional referência à boa-fé nos contratos de seguro significa que ela é qualificada: mais do que em outra modalidade de contrato, cumpre que no seguro exista límpida boa-fé objetiva e subjetiva, aspecto que deve ser levado em conta primordialmente pelo intérprete (VENOSA, Sílvio de Salvo. *Direito civil: contratos em espécie*. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2004, v. 3, p. 388/389).

Como se vê, exige-se a boa-fé também do segurador, e não somente daquele que adere ao pacto. Seguindo este raciocínio e, considerando-se a natureza do contrato em tela, de adesão, que não permite ao contratante opinar, em momento algum, sobre sua elaboração ou execução, o que ocorre, na realidade, é a aceitação dos termos da avença pelo consumidor sem qualquer conhecimento prévio e detalhado sobre as condições gerais do negócio, tendo ciência quando muito somente da proposta, ou seja, do conteúdo do instrumento a ser assinado, o que demonstra exclusiva preocupação da seguradora em dar prevalência e proteção àquilo que é de seu interesse.

Por isso, o direito repele a alegação de doença preexistente quanto não há prova de que a seguradora realizou exames em quem se dispõe a com ela contratar um seguro de vida, sob a alegação de existência de patologia ou lesão anterior à contratação, uma vez que o consumidor é leigo e, por via de regra, não tem condições de avaliar, por si mesmo, a existência ou mesmo as implicações de algum mal de que seja portador quando da assinatura do contrato.

Cabe à seguradora realizar exame prévio ou exigir preenchimento minucioso e orientado por profissional habilitado para tanto de formulário informando as condições de saúde do segurado para se certificar da possibilidade da contratação, já que o risco é elemento essencial dos contratos de seguro, até porque não está a empresa obrigada a contratar caso não pretenda assumir o risco em determinado caso.

Outrossim, não pode a seguradora, à míngua de comprovação convincente, atribuir má-fé à autora e eximir-se do pagamento do prêmio securitário, pois, como é sabido:

Enquanto a boa-fé se presume, a má-fé necessita ser provada; assim, quando a seguradora não exige a realização de exames médicos dos proponentes, não pode esta, sob alegação de má-fé do segurado, eximir-se do pagamento devido. *Revista dos Tribunais* nº 734, p. 442.

Analisando-se toda a prova documental contida nos autos, é inconteste a incapacidade total e permanente da apelante para as atividades laborativas que exercia, de faxineira, sendo certo que não tem condições de voltar ao mercado de trabalho para exercer as atividades

para as quais estava apta, qualificada, o que a incapacita totalmente.

Ora, o laudo pericial realizado (f. 166/178) concluiu que “a incapacidade pode ser considerada parcial, definitiva e multiprofissional” (f. 174/175). O laudo pericial aponta ainda que a autora está incapacitada para as atividades profissionais que habitualmente desempenhava (f. 176), apesar de ter condições de exercer alguma atividade laborativa, ainda que fora de sua função original, mesmo que de baixa complexidade e risco.

Além disso, conforme já exposto, a autora encontra-se aposentada por invalidez pelo INSS, o que reforça a tese aqui adotada.

Assim, apesar de sua incapacidade ser parcial no geral, comprovada sua incapacidade definitiva e total para as atividades profissionais que habitualmente desempenhava, faz a autora jus ao recebimento da indenização por invalidez permanente por doença.

Ademais, o Superior Tribunal de Justiça já decidiu que

para caracterização da incapacidade laboral, considera-se invalidez permanente aquela que inviabiliza a aceitação da vítima no mercado de trabalho em função compatível com a formação profissional da vítima (REsp 240406-RJ, Terceira Turma, Rel. Min. Humberto Gomes de Barros, j. em 29.11.2005, DJ de 01.02.2006, p. 523).

Nas condições gerais do seguro de vida em grupo firmado, encontra-se explícita a cobertura por invalidez permanente por doença (IPD), que garante o direito de indenização ao segurado, sendo insubsistente e abusiva a recusa ao pagamento pela seguradora.

Ora, uma vez efetivado o contrato de seguro, a empresa seguradora assume tal risco, não podendo se esquivar do cumprimento do conteúdo contratual, deixando o consumidor em posição extremamente desfavorável.

Assente está a jurisprudência de que “o contrato de seguro, típico de adesão, deve ser interpretado, em caso de dúvida, no interesse do segurado e dos beneficiários” (RT 603/94 - 16ª CC do TJSP).

Mediante tais considerações, patente é a responsabilidade da seguradora pela cobertura da indenização.

Ante o exposto, julgo procedente a apelação para reformar a sentença, condenando a seguradora ao pagamento de indenização decorrente de invalidez permanente por doença, no valor de R\$45.000,00 (quarenta e cinco mil reais), com incidência de correção monetária desde a negativa de pagamento administrativo, que ocorreu em 28.07.2006 (f. 30), e juros de mora de 1% ao mês, desde a citação.

Custas e despesas processuais, inclusive recursais, e honorários advocatícios, estes arbitrados em 15% sobre o valor da condenação, pela seguradora.

DES. PAULO MENDES ÁLVARES - De acordo com o Relator.

DES. EDISON FEITAL LEITE - Acompanho o ilustre Relator no tocante à condenação da seguradora ao pagamento da indenização pretendida pela autora, acrescentando que aquela não pode se eximir do dever de indenizar, alegando omissão de informações por parte do associado, se dele não exigiu exames clínicos prévios.

Competia à seguradora realizar tais exames, certificando-se sobre a saúde do segurado antes da contratação, visto que não é obrigada a firmar contrato caso não pretenda assumir o risco.

Com efeito, o Superior Tribunal de Justiça tem entendimento assente no sentido de que não pode a seguradora recusar a cobertura securitária alegando a existência de doença preexistente se deixou de exigir, antes da contratação, a realização de exames médicos pela parte segurada. Por oportuno, cito os seguintes julgados:

Agravo em recurso especial. Seguro de vida em grupo. Recusa da cobertura securitária. Alegação de doença preexistente e de má-fé. Imprescindibilidade da realização de exames prévios. Incidência da Súmula 7/STJ. Agravo regimental desprovido (AgRg no AREsp 89.380/SP, Rel. Ministro Paulo de Tarso Sanseverino, Terceira Turma, j. em 15.10.2013, DJe de 24.10.2013).

Processual civil. Agravo regimental no agravo em recurso especial. Seguro. Recusa da cobertura. Doença preexistente. Ausência de realização de exames prévios. Má-fé. Reexame de matéria fático-probatória. Incidência das Súmulas n. 5 e 7 do STJ. Decisão mantida. 1. Conforme pacífica jurisprudência desta Corte, a seguradora não pode se eximir de pagar a indenização securitária alegando que a doença é preexistente à contratação, se dele não exigiu exames clínicos. [...] 4. Agravo regimental a que se nega provimento (AgRg no AREsp 127.562/RS, Rel. Ministro Antonio Carlos Ferreira, Quarta Turma, julgado em 14.05.2013, DJe de 24.05.2013).

Direito civil e do consumidor. Agravo no recurso especial. Ação de cobrança de indenização securitária. Exames clínicos prévios. Ausência. Alegação de moléstia preexistente. Descabimento. - Não pode a seguradora eximir-se do dever de indenizar, alegando omissão de informações por parte do associado, se dele não exigiu exames clínicos prévios. Agravo no recurso especial não provido (AgRg no REsp 1229978/SP, Rel.ª Ministra Nancy Andrighi, Terceira Turma, julgado em 27.11.2012, DJe de 04.12.2012).

No caso, como a prova pericial apontou que a autora está incapacitada para as atividades profissionais que habitualmente desempenhava, estando, inclusive, aposentada por invalidez pelo INSS, tenho que esta faz jus ao recebimento da indenização securitária.

Ademais, havendo prova documental suficiente da aposentadoria da autora perante o INSS, exatamente por invalidez, demonstrando que a mesma não está apta para o trabalho, não é razoável que a seguradora sustente o contrário.

Exigir que o segurado esteja totalmente incapaz para exercer toda e qualquer atividade para que então possa receber o seguro é cláusula extremamente abusiva, ferindo frontalmente as disposições da legislação consumerista.

Portanto, restando demonstrado, sem sombra de dúvida, que a autora está incapacitada total e permanentemente para o trabalho, a seguradora tem o dever de pagar-lhe o valor da indenização, nos moldes contratados.

Súmula - DERAM PROVIMENTO AO RECURSO.

...