

Judiciário revê regras que norteiam contratos de seguros

Um levantamento sobre os litígios entre seguradoras e seus clientes levados ao Superior Tribunal de Justiça nos últimos cinco anos revela: os contratos de seguros, paulatinamente, devem ser revistos. A favor do consumidor, em princípio.

As novas relações nesse mercado e o impacto das fraudes serão examinadas na sexta-feira, dia 24, no seminário promovido pela revista **Consultor Jurídico**, em São Paulo ([clique aqui](#) para mais informações).

Um dos casos clássicos de conflito no STJ é a validade da cobertura ou a legalidade do pagamento da indenização quando o segurado é inadimplente. De todos os processos examinados por este site, a quase totalidade refletiu um entendimento que parece consolidado na corte: o consumidor tem direito a receber a quantia ou o benefício acordado no contrato sem importar se os pagamentos estavam em dia ou não na hora do acidente.

No julgamento de um dos recursos, o ministro Ari Pargendler entendeu que a cláusula do contrato que suspende seus efeitos só pelo atraso na quitação das parcelas mensais é abusiva. Em outra, o STJ decidiu que a suspensão da validade do seguro não pode ser feita sem a comunicação oficial ao inadimplente já que, sendo uma relação de consumo, a companhia não pode quebrar unilateralmente o contrato “sem que igual direito seja conferido ao consumidor”. Além disso, para a corte, o seguro passa a valer imediatamente depois do pagamento da parcela que estiver atrasada.

O modo como o tribunal aprecia os recursos pode ser melhor entendido se levado em consideração o argumento presente em um dos votos proferidos sobre a questão. Numa ação contra a Bradesco Seguros, ficou entendido que a empresa não pode limitar o tempo permitido para a internação do paciente. Para os ministros que julgaram o caso, a cláusula é abusiva e é “dever oriundo do contrato de seguro dar tranqüilidade ao segurado”.

Outro entendimento já aparentemente consolidado no STJ é o que dá o prazo de um ano para que o consumidor peça a revisão da indenização paga pelo seguro ou requeira o pagamento de valores atrasados. O período, no entanto, só começa a ser contado a partir da data de recusa definitiva do pagamento. Numa dessas ações, a Generali do Brasil foi condenada a indenizar o segurado que ajuizou ação depois de um ano.

A corte também costuma entender que microtraumas sofridos por empregados, como a perda da audição por contato com excesso de barulho no local de trabalho ou lesões causadas por esforço repetitivo, entram no conceito de acidente pessoal. Ainda, se o contrato não expressar a existência prévia da doença alegada como acidente de trabalho, a seguradora não tem o direito de negar o pagamento da indenização — a constatação da doença, inclusive, é dever da companhia e não do segurado.

Segundo o STJ, é “vedado à seguradora recusar-se ao pagamento do valor da apólice sob alegação de doença pré-existente”. O contrário só é possível se a empresa requerer do consumidor exames prévios e se for constatada a má-fé do segurado na declaração das informações. No caso de portadores de doenças

como a Aids, o STJ entende que as cláusulas que excluem o direito ao custeio do tratamento são abusivas. O tribunal também já concluiu que o simples fato de dirigir embriagado não é suficiente para desobrigar a seguradora de pagar.

Por outro lado, o STJ já decidiu que as empresas não têm obrigação de pagar pelo transplante de órgãos a menos que haja previsão no contrato.

Date Created

22/06/2005