



## **Cabe à seguradora verificar a saúde de segurado**

Cabe à seguradora se certificar de que o interessado em obter a cobertura não tem qualquer doença. Com esse entendimento, a 11ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça de Minas Gerais, por unanimidade, condenou a AGF Brasil Seguros a pagar R\$ 87.402,81 corrigidos a um segurado, que se aposentou por invalidez após sofrer um derrame.

Para o relator do processo, desembargador Fernando Caldeira Brant, a seguradora aceitou a declaração prestada pelo segurado ao assinar o contrato, que incluía cobertura por invalidez permanente. Ela não exigiu dele exames que pudessem comprovar seu estado de saúde anterior.

O desembargador não reconheceu a má-fé na declaração feita pelo segurado no momento da contratação. Para ele, ninguém pode afirmar com certeza absoluta ter alguma doença. “Aquele que contrata um seguro o faz por temer algum mal, vislumbrando, a utilização daquela indenização, principalmente quando se trata de seguro de vida”, acrescenta.

Brant ainda questiona a posição da seguradora. Afinal, na hipótese de que a preexistência de uma doença é motivo para negar a indenização ao segurado, caberia a empresa avaliar sobre a devolução do dinheiro pago.

Portanto, “se o segurado não agiu com má-fé, ao prestar declarações sobre seu estado de saúde, e não foi submetido a exame médico pela seguradora, assumiu esta, com o recebimento das prestações, a obrigação de arcar com o pagamento da indenização securitária”, conclui.

A AGF recorreu da decisão de primeira instância, alegando o cerceamento de defesa, pois não tinha sido realizado um laudo médico atestando que o segurado sofria de hipertensão antes de assinar o contrato. Para o desembargador, essa perícia era desnecessária na avaliação geral do caso pelo juiz.

### **Leia a decisão**

APELAÇÃO CÍVEL 1.0607.03.014644-5/001

COMARCA DE SANTOS DUMONT

APELANTE(S): AGF BRASIL SEGUR S/A

APELADO(A)(S): HELDER PINTO DE ARAUJO

RELATOR: EXMO. SR. DES. FERNANDO CALDEIRA BRANT

ACÓRDÃO



Vistos etc., acorda, em Turma, a 11ª 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 REJEITAR PRELIMINAR E NEGAR PROVIMENTO AO RECURSO.

Belo Horizonte, 21 de março de 2007.

DES. FERNANDO CALDEIRA BRANT – Relator

## NOTAS TAQUIGRÁFICAS

O SR. DES. FERNANDO CALDEIRA BRANT:

### VOTO

Trata-se de recurso interposto contra a r. sentença de f. 210/214, proferida pelo MM. Juiz de Direito da 1ª Vara Cível da Comarca de Santos Dumont, nos autos da Ação de Cobrança ajuizada por HELDER PINTO DE ARAÚJO em desfavor de AGF BRASIL SEGUROS S/A, que julgou procedente o pedido da exordial, condenando a ré a pagar ao autor, no prazo de 15 dias, o montante de R\$87.402,81 com correção monetária pelos índices da Corregedoria de Justiça, a partir do ajuizamento da ação e juros de mora de 1% ao mês a contar da citação. Condenou a ré a arcar com os ônus da sucumbência.

Em suas razões, às f. 217/240, a ré AGF Brasil Seguros S/A ataca em sua totalidade a sentença proferida em Primeiro Grau de jurisdição. Em preliminar aponta a ocorrência de cerceamento de defesa sob a alegação de que não foi realizada a prova pericial médica, essencial ao desate da lide, pelo que pretende a nulidade da sentença.

No mérito, sustenta, em suma, que o segurado era portador de doença preexistente à contratação do seguro de vida, motivo pelo qual a recusa em pagar a indenização securitária é legítima. Defende que a seguradora não pode se responsabilizar pela indenização de riscos pretéritos, mas apenas futuros.

Prossegue alegando não ser da seguradora a obrigação de exigir declarações do segurado quanto às suas condições de saúde, diante da boa-fé objetiva. Ao final, pede o provimento do recurso para que a sentença hostilizada sofra reforma.

Preparo à f. 241, o recurso foi recebido à f. 245.

Contra-razões às f. 247/249, pretendendo, por óbvio a manutenção da decisão atacada.

Conheço do recurso, presentes os pressupostos objetivos e subjetivos de admissibilidade.

Conforme relatado, o autor pretende, através da presente ação de cobrança, o recebimento da indenização securitária prevista no contrato de seguro de vida firmado com a ré em virtude da sua invalidez permanente total e da negativa da seguradora em efetuar o pagamento.



## PRELIMINAR

Sustenta a ré que ocorreu cerceamento de defesa ante a não-realização da prova médica pericial pleiteada na contestação.

É sabido que o Magistrado não está adstrito à análise de uma ou outra prova apresentada pelas partes, apreciando livremente todo o conjunto probatório trazido no processo para formar seu convencimento, conforme dispõe o artigo 131 do Código de Processo Civil.

In casu, é desnecessária a produção de prova pericial, sendo suficientes aquelas que já instruem o processo, pois a realização de perícia promoveria tão-somente, a onerosidade e o retardamento da prestação jurisdicional.

Ora, trata-se de cobrança de indenização decorrente de apólice de seguro de vida, exatamente em função da invalidez permanente e total do segurado. Pretendendo a seguradora comprovar que o contratante era acometido por doença preexistente à contratação de seguro, é flagrantemente desnecessária a realização de perícia até porque o autor já foi aposentado pelo INSS.

Não se pode olvidar, portanto, que o Magistrado é o destinatário da prova, devendo guardar adstrição ao seu livre convencimento, competindo-lhe determinar as provas úteis à instrução do feito, até mesmo ex officio, afastando as diligências que inúteis ou meramente protelatórias, sem que, com isso, incorra em cerceamento de defesa.

Pelo exposto, não se encontra a sentença hostilizada eivada de nulidade pelo que REJEITO A PRELIMINAR suscitada.

## MÉRITO

Não havendo mais preliminares a serem analisadas, passo de pronto ao exame do mérito.

Compulsando os autos, verifico que a ré recusou-se a efetuar o pagamento da indenização pleiteada em sua totalidade, pelo autor, sob o argumento de que o segurado omitiu ser portador de patologia relacionada com a sua invalidez.

Cinge-se, então, a hipótese dos autos em averiguar a questão relativa à presença da má-fé do segurado em omitir doença preexistente quando da celebração do contrato de seguro.

A princípio, ressalto que a relativa proximidade da data da contratação do seguro com a aposentadoria por invalidez do segurado (quase 3 anos), por si só, não tem o condão de atribuir ao autor, má-fé na sua celebração.

Anteriormente, à época da contratação do seguro de vida, nada foi pedido ao segurado que comprovasse gozar de saúde perfeita, conformando-se a seguradora apenas com as declarações prestadas pelo próprio contratante, conforme a própria ré admitiu.



A seguradora, quando se recusou administrativamente a pagar a indenização pretendida, demonstrou que, quando da contratação do seguro de vida aceitou as declarações prestadas pelo segurado, conferindo-lhe cobertura por invalidez permanente, vindo a investigar a saúde do contratante apenas após a ocorrência do sinistro.

Ora, é estranha a atitude da seguradora que firma contrato de seguro de vida, exige simples declaração de saúde preenchida pelo segurado, passa a receber regularmente os prêmios, mas, exatamente, no momento de ofertar a contraprestação, investiga a saúde pregressa do contratante e, diante de laudo médico posterior à invalidez fundamenta sua negativa entendendo existir doença preexistente à contratação do seguro.

É importante observar que ninguém pode afirmar, com segurança absoluta, que não possui nenhuma doença, nem mesmo se isentar de qualquer patologia. Aquele que contrata um seguro o faz por temer algum mal, vislumbrando, a utilização daquela indenização, principalmente quando se trata de seguro de vida.

Em que pese existir declaração de saúde pré-impressa no contrato, necessitando apenas preenchimento pelo segurado, cabe à seguradora cercar-se de cuidados sobre o real estado de saúde do aderente e/ou seus beneficiários no momento de firmar o contrato, exigindo, inclusive, exames médicos necessários a respeito de enfermidades de que possa ser portador.

Assim, não pode, ante a sua omissão, negar o pagamento do prêmio aos segurados da apólice de seguro, baseando-se em doença preexistente à avença.

É o caso de se perguntar – e os prêmios pagos todos estes anos? Para que seriam, se com o passar dos anos evidente que a patologia da hipertensão torna-se freqüente?

Não seria o caso de indagar-se então se não caberia a devolução de tais indevidos pagamentos?

A seguradora de certo tem conhecimento de tais fatos, ou temos que trabalhar com a hipótese que os desconhece, ainda que assessorada por equipe especializada.

O homem de um modo geral com a idade torna-se freqüentemente portador da hipertensão arterial, patologia que advém de tantas possibilidades técnicas, da própria atividade exercida pelo sujeito, pelo grau de stress gerador desta atividade, pelo sedentarismo de específicas funções dentre tantos outros fatores.

Ademais, não podemos afirmar, através das provas trazidas nos autos, que o AVC que levou o segurado a pleitear a indenização por invalidez ocorreu em decorrência de hipertensão arterial ou algum problema de saúde anterior à contratação do seguro de vida.

A propósito, se o segurado não agiu com má-fé, ao prestar declarações sobre seu estado de saúde, e não foi submetido a exame médico pela seguradora, assumiu esta, com o recebimento das prestações, a obrigação de arcar com o pagamento da indenização securitária.



Desse modo, visto que a seguradora aceita um contrato com determinado aderente e recebe mês a mês as parcelas do prêmio, passando a referida avença a vigorar sem que fossem realizados prévios exames de saúde do segurado, a contratada está correndo risco comum ao seguro, não podendo se escusar do pagamento da indenização quando ocorre o fato gerador para tal.

Os riscos, inclusive de doenças preexistentes devem ser levados em conta na hora da celebração pelo estipulante, quando perfaz os cálculos dos prêmios de cada segurado, em cada caso de infortúnio.

O intuito do seguro é exatamente garantir ao segurado ou aos beneficiários um suporte financeiro, caso aquele sofra um acidente ou adoença. Então, sofrido o acidente ou adoecendo e não havendo exclusão expressa de cobertura, o seguro é devido.

A decisão hostilizada foi certa, não devendo sofrer reforma alguma.

Diante do exposto, rejeito a preliminar e nego provimento ao recurso para manter a sentença pelos seus próprios fundamentos.

Custas pela apelante.

Votaram de acordo com o(a) Relator(a) os Desembargador(es): AFRÂNIO VILELA e MARCELO RODRIGUES.

**SÚMULA : REJEITARAM PRELIMINAR E NEGARAM PROVIMENTO AO RECURSO.**

**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE MINAS GERAIS**

**APELAÇÃO CÍVEL Nº 1.0607.03.014644-5/001**

**Date Created**

08/04/2007