

Seguradora não deve indenizar se usuário omite doença pré-existente

Se o segurado omitiu deliberada e comprovadamente informações sobre doença pré-existente, a seguradora não tem obrigação de indenizar a beneficiária, em caso de morte. Afinal, a parte segurada faltou com a lealdade e a sinceridade que devem imperar neste tipo de ajuste contratual, conforme dispõe o artigo 422 do Código Civil. Sob este [entendimento](#), a 5ª. Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul negou Apelação contra sentença de primeiro grau que indeferiu a ação de cobrança em desfavor da seguradora. O acórdão é do dia 31 de agosto. Cabe recurso.

O caso é originário da Comarca de Porto Alegre. Em fevereiro de 2005, o segurado contratou plano de pecúlio e seguro de vida, com cobertura apenas de auxílio funeral. Na ocasião, quando questionado se sofria ou sofreu, nos últimos três anos, de alguma doença que requeresse tratamento ou internação, respondeu negativamente. Conforme os autos do processo, os cartões-propostas foram redigidos em letra legível e contemplavam cinco perguntas, claras e objetivas. As respostas limitavam-se a um “Sim” ou a um “Não”.

Em 18 de julho de 2009, o segurado morreu. A *causa mortis*, segundo o laudo: choque séptico, sepse, broncopneumonia comunitária, doença broncopulmonar obstrutiva crônica, hepatopatia crônica, etilismo. Conforme a autora, o segurado somente havia sido internado uma única vez — em 6 de janeiro de 2004 —, para tratamento de transtorno mental e comportamental devido ao uso do álcool.

Como a seguradora se negou a pagar a indenização, a autora ajuizou uma ação de cobrança, reivindicando o valor da cobertura. A juíza Nelita Teresa Davoglio indeferiu a ação por entender que o segurado negligenciou informações e agravou o risco da contratante, ferindo a boa-fé contratual.

Inconformada, a autora apelou ao Tribunal de Justiça. Em suas razões, sustentou que o ônus de comprovar a pré-existência da doença é da seguradora, uma vez que se eximiu de fazer exame clínico no segurado quando da contratação. E mais: acrescentou que o estado patológico não pode ser caracterizado como doença infectiva se, à época em que prestadas as declarações, este era incapaz de, por si só, saber da existência da patologia.

O relator da Apelação, desembargador Jorge Luiz Lopes do Canto, entendeu que a Apelação não merecia provimento, pois o segurado já tinha conhecimento de sua enfermidade quando da contratação dos seguros. Por uma por questão de lealdade contratual, deveria ter declinado nas declarações pessoais de saúde esta condição, cuja sonegação consciente importa em desonerar a seguradora do dever de indenizar, em função do agravamento do risco.

Ele citou textualmente o artigo 766, do Novo Código Civil: “Se o segurado, por si ou por seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, perderá o direito à garantia, além de ficar obrigado ao prêmio vencido.

“Parágrafo único. Se a inexatidão ou omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, o segurador terá direito a resolver o contrato, ou a cobrar, mesmo após o sinistro, a diferença do prêmio”.

Segundo o relator, não cabe o pagamento da indenização postulada na inicial, uma vez que a seguradora comprovou o agravamento do risco contratado, nos termos do artigo 333, inciso II, do Código de Processo Civil.

“Assim sendo, informações prestadas de má-fé pelo segurado não acarretam lesão à seguradora, mas ao fundo segurado, principalmente aquele de agiu que boa-fé”, finalizou o relator. O voto foi seguido, por unanimidade, pelos desembargadores Isabel Dias de Almeida e Romeu Marques Ribeiro Filho.

Clique [aqui](#) para ler o acórdão.

Date Created

07/10/2011