

RECURSO ESPECIAL Nº 1.850.961 - SC (2019/0356101-0)

RELATORA : **MINISTRA MARIA ISABEL GALLOTTI**
RECORRENTE : JOÃO PEDRO DE MOURA
ADVOGADO : KELINE RENATA MARTINS DE QUADROS - SC038491
RECORRIDO : METROPOLITAN LIFE SEGUROS E PREVIDÊNCIA PRIVADA SA
ADVOGADOS : RAQUEL SOBOLESKI CAVALHEIRO - RS047580
PAULO ANTÔNIO MÜLLER - SC030741A
LUANA BORGES - SC049057A
MARCO AURELIO MELLO MOREIRA - SC030589A
INTERES. : FENAPREVI-FEDERACAO NACIONAL DE PREVIDENCIA PRIVADA E VIDA - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : MÁRCIO VIEIRA SOUTO COSTA FERREIRA E OUTRO(S) - RJ059384
FREDERICO JOSE FERREIRA E OUTRO(S) - RJ107016
LUIS FELIPE FREIRE LISBOA E OUTRO(S) - DF019445

EMENTA

RECURSO ESPECIAL. SEGURO DE VIDA EM GRUPO. ESTIPULANTE. REPRESENTANTE DOS SEGURADOS. RESPONSABILIDADE DE PRESTAR INFORMAÇÕES AOS ADERENTES. INVALIDEZ PARCIAL. DOENÇA OCUPACIONAL. RISCO EXCLUÍDO NA APÓLICE COLETIVA. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO.

1. No seguro de vida em grupo, o estipulante é o mandatário dos segurados, sendo por meio dele encaminhadas as comunicações entre a seguradora e os consumidores aderentes.

2. O dever de informação, na fase pré-contratual, é satisfeito durante as tratativas entre seguradora e estipulante, culminando com a celebração da apólice coletiva que estabelece as condições gerais e especiais e cláusulas limitativas e excludentes de riscos. Na fase de execução do contrato, o dever de informação, que deve ser prévio à adesão de cada empregado ou associado, cabe ao estipulante, único sujeito do contrato que tem vínculo anterior com os componentes do grupo segurável. A seguradora, na fase prévia à adesão individual, momento em que devem ser fornecidas as informações ao consumidor, sequer tem conhecimento da identidade dos interessados que irão aderir à apólice coletiva cujos termos já foram negociados entre ela e o estipulante.

3. Havendo cláusula expressa afastando a cobertura de invalidez parcial por doença laboral, a ampliação da cobertura para abranger o risco excluído, e, portanto, não considerado no cálculo atuarial do prêmio, desequilibraria o sinalagma do contrato de seguro.

4. Recurso especial não provido.

ACÓRDÃO

Após o voto-vista do Ministro Marco Buzzi dando provimento ao recurso especial, divergindo da relatora e a retificação do voto do Ministro Raul Araújo dando parcial provimento ao recurso especial, a Quarta Turma, por maioria, negou provimento ao recurso especial, nos termos do voto da relatora. Vencidos o Ministro Raul Araújo e o Ministro Marco Buzzi.

Superior Tribunal de Justiça

Brasília/DF, 15 de junho de 2021 (Data do Julgamento)

MINISTRA MARIA ISABEL GALLOTTI
Relatora



RECURSO ESPECIAL Nº 1.850.961 - SC (2019/0356101-0)

RELATÓRIO

MINISTRA MARIA ISABEL GALLOTTI: Trata-se de recurso especial interposto em face de acórdão assim ementado:

APELAÇÕES CÍVEIS. AÇÃO DE COBRANÇA DE INDENIZAÇÃO DE SEGURO DE VIDA. SENTENÇA DE PARCIAL PROCEDÊNCIA. INCONFORMISMO DE AMBAS AS PARTES. RECURSO DA SEGURADORA. PLEITO QUE VISA O RECEBIMENTO DA INDENIZAÇÃO POR INVALIDEZ DECORRENTE DE DOENÇA FUNCIONAL. TESE RECHAÇADA. APÓLICE QUE PREVÊ COBERTURA NOS CASOS DE MORTE, INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA) OU INVALIDEZ POR DOENÇA FUNCIONAL TOTAL E PERMANENTE (IPD-F). PROVA PERICIAL QUE ENQUADRA A INCAPACIDADE DO AUTOR COMO PARCIAL PARA SEU LABOR, A QUAL NÃO POSSUI COBERTURA SECURITÁRIA. EXEGESE DO ARTIGO 757 DO CÓDIGO CIVIL. EQUIPARAÇÃO À INVALIDEZ POR ACIDENTE NÃO AUTORIZADA. INTERPRETAÇÃO RESTRITIVA DO PACTO. PRECEDENTES DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA E DESTA CORTE. SENTENÇA REFORMADA.

"Incabível a aplicação de equiparação de doença laboral a acidente de trabalho, instituto de direito previdenciário, nos termos do art. 19, *caput*, da Lei n. 8.213/91, em sede de resolução de controvérsia sobre a obrigação derivada de contrato de seguro de vida em grupo, uma vez que, a complexidade do sistema securitário, especialmente diante do princípio da mutualidade, não admite impor à seguradora obrigação de pagar indenização por hipótese não prevista nas coberturas delineadas no contrato em questão, até porque, como pondera o Superior Tribunal de Justiça, o contrato de seguro, em razão de suas peculiaridades, deve ser interpretado restritivamente (REsp 1177479/PR, rel. Min. Luis Felipe Salomão, rel. p/ ac. Min. Antonio Carlos Ferreira, Quarta Turma, j. 15.5.2012, DJe 19.6.2012). [...]." (TJSC, Apelação Cível n. 0024048-43.2011.8.24.0018, de Chapecó, rel. Des. José Agenor de Aragão, 2ª Câmara de Enfrentamento de Acervos, j. 02-08-2018).

RECURSO DO AUTOR. CIÊNCIA PESSOAL SOBRE AS CLÁUSULAS LIMITATIVAS. DESNECESSIDADE. SEGURO CONTRATADO POR ESTIPULANTE. REPRESENTANTE DIRETO DO SEGURADO E, PORTANTO, POSSUI DEVER DE INFORMÁ-LO SOBRE TODO O TEOR DA AVENÇA. PRECEDENTES DESTES TRIBUNAL DE JUSTIÇA.

"A responsabilidade pelas informações sobre o conteúdo do contrato, condições gerais e cláusulas limitativas é da estipulante e não da seguradora, pois àquela compete representar os interesses do segurado, nos casos de seguro de vida em grupo, em razão da natureza jurídica desse tipo de contratação" (TJSC, Apelação Cível n. 0010780- 91.2013.8.24.0036, de Jaraguá do Sul, rel. Des. Fernando Carioni, Terceira Câmara de Direito Civil, j. 08-05-2018).

MAJORAÇÃO DO QUANTUM INDENIZATÓRIO PREJUDICADO.

RECURSO DA SEGURADORA PROVIDO E DESPROVIDO O DO AUTOR.

Pleiteia o recorrente, inicialmente, "a suspensão da tramitação do presente processo", sob o argumento de que o tema em discussão nos autos - definir o responsável pelo dever de prestar informações ao segurado, no contrato de seguro de vida em grupo - foi afetado ao julgamento sob rito dos repetitivos nos RESPs 1.784.662/SC e 1.782.032/SC, Relator o Ministro Marco Buzzi,

Alega violação aos arts. 6º, inc. III e VIII, 14 e 54, § 3º, do Código de Defesa do Consumidor; e 757 a 777 e 789 a 802 do Código Civil de 2002, por considerar que a seguradora tem o dever de prestar informações ao segurado (consumidor) sobre os termos, condições gerais e cláusulas limitativas de direito estabelecidos no contrato de seguro de vida em grupo.

Indica, ainda, ofensa aos arts. 19, 20 e 21, da Lei 8.213/1991 e dissídio jurisprudencial, porque, segundo entende, a doença profissional que o acometeu deve ser enquadrada no conceito de incapacidade total e permanente decorrente de acidente de trabalho, de modo a ensejar o pagamento integral da cobertura.

Contrarrazões às fls. 466-466.

Mediante a decisão de fls. 623-624, deferi o ingresso na lide da Federação Nacional de Previdência Privada e Vida - FENAPREVI, na condição de *amicus curiae*, que, ao formular essa pretensão, manifestou-se no sentido de que "o dever de informação ao segurado, nos contratos de seguro de vida em grupo, é exclusivo do estipulante" (fls. 488-505).

É o relatório.

RECURSO ESPECIAL Nº 1.850.961 - SC (2019/0356101-0)

RELATORA : **MINISTRA MARIA ISABEL GALLOTTI**
RECORRENTE : JOÃO PEDRO DE MOURA
ADVOGADO : KELINE RENATA MARTINS DE QUADROS - SC038491
RECORRIDO : METROPOLITAN LIFE SEGUROS E PREVIDÊNCIA PRIVADA SA
ADVOGADOS : RAQUEL SOBOLESKI CAVALHEIRO - RS047580
PAULO ANTÔNIO MÜLLER - SC030741A
LUANA BORGES - SC049057A
MARCO AURELIO MELLO MOREIRA - SC030589A
INTERES. : FENAPREVI-FEDERACAO NACIONAL DE PREVIDENCIA PRIVADA E VIDA - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : MÁRCIO VIEIRA SOUTO COSTA FERREIRA E OUTRO(S) - RJ059384
FREDERICO JOSE FERREIRA E OUTRO(S) - RJ107016
LUIS FELIPE FREIRE LISBOA E OUTRO(S) - DF019445

EMENTA

RECURSO ESPECIAL. SEGURO DE VIDA EM GRUPO. ESTIPULANTE. REPRESENTANTE DOS SEGURADOS. RESPONSABILIDADE DE PRESTAR INFORMAÇÕES AOS ADERENTES. INVALIDEZ PARCIAL. DOENÇA OCUPACIONAL. RISCO EXCLUÍDO NA APÓLICE COLETIVA. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO.

1. No seguro de vida em grupo, o estipulante é o mandatário dos segurados, sendo por meio dele encaminhadas as comunicações entre a seguradora e os consumidores aderentes.

2. O dever de informação, na fase pré-contratual, é satisfeito durante as tratativas entre seguradora e estipulante, culminando com a celebração da apólice coletiva que estabelece as condições gerais e especiais e cláusulas limitativas e excludentes de riscos. Na fase de execução do contrato, o dever de informação, que deve ser prévio à adesão de cada empregado ou associado, cabe ao estipulante, único sujeito do contrato que tem vínculo anterior com os componentes do grupo segurável. A seguradora, na fase prévia à adesão individual, momento em que devem ser fornecidas as informações ao consumidor, sequer tem conhecimento da identidade dos interessados que irão aderir à apólice coletiva cujos termos já foram negociados entre ela e o estipulante.

3. Havendo cláusula expressa afastando a cobertura de invalidez parcial por doença laboral, a ampliação da cobertura para abranger o risco excluído, e, portanto, não considerado no cálculo atuarial do prêmio, desequilibraria o sinalagma do contrato de seguro.

4. Recurso especial não provido.

VOTO

MINISTRA MARIA ISABEL GALLOTTI (Relatora): Anoto, inicialmente, que o acórdão recorrido foi publicado na vigência da Lei 13.105/2015, estando o recurso, portanto, sujeito aos requisitos de admissibilidade do Código de Processo Civil de 2015, conforme Enunciado Administrativo 3/2016, desta Corte.

II

É certo que o Presidente da Comissão Gestora de Precedentes do STJ, Ministro Paulo de Tarso Sanseverino, com base nos arts. 256 a 256-D do Regimento Interno do STJ e na Portaria STJ/GP 299/2017, proferiu despacho acatando, em "análise superficial", os RESPs 1.784.662/SC e 1.782.032/SC como representativos da controvérsia, com a expressa ressalva da possibilidade de revisão pelo relator, após a distribuição, dos requisitos formais previstos no referido regimento, nos termos de seu art. 256-E.

Ocorre que o Relator designado, Ministro Marco Buzzi, rejeitou a indicação dos feitos para o julgamento sob o rito dos repetitivos, por considerar que "o tema não está suficientemente discutido, tampouco há entendimento amadurecido sobre ele, revelando-se, nesse contexto, a teor do art. 1.036, do NCPC, inadequado atribuir-lhe os efeitos que advirão de um julgamento de natureza repetitiva", razão pela qual concluiu que "é conveniente a não afetação, por ora, do tema objeto da presente controvérsia ao julgamento sob o rito do art. 1.030 do Código de Processo Civil de 2015, devendo a questão subjacente ao presente recurso especial ser melhor analisada pelo colegiado das Turmas quem compõem a eg. Segunda Seção".

Rejeito, pois, o sobrestamento do julgamento do presente recurso.

III

Afirma o recorrente que em momento algum teve conhecimento da cláusula do contrato de seguro em vida em grupo ao qual aderiu, por ele considerada abusiva, que estabelece cobertura para os casos de invalidez permanente total ou parcial por acidente, bem como invalidez total e permanente decorrente de doença profissional, mas exclui a indenização por invalidez **parcial** por doença profissional.

Nessa linha de raciocínio, indicando violação aos arts. 6º, inc. III e VIII, 14 e 54, § 3º, do Código de Defesa do Consumidor; e 757 a 777 e 789 a 802 do Código Civil de 2002, repisa a alegação de que, no seguro de vida em grupo, é da seguradora o dever de prestar informações aos segurados ou beneficiários relativas às cláusulas

restritivas de direito, responsabilidade que não pode ser transferida para o estipulante, que, segundo entende, não representa os segurados ou beneficiários nessa espécie de contrato.

No caso em exame, não existe controvérsia em relação à existência de previsão contratual expressa excluindo a cobertura securitária para invalidez parcial decorrente de doença profissional, donde incabível o óbice das Súmulas 5 e 7, invocado em contrarrazões.

Há duas questões de direito em discussão no recurso especial.

A primeira delas consiste em definir quem tem o dever de prestar informações ao segurado (consumidor) sobre os termos, condições gerais e cláusulas limitativas de direito estabelecidos no contrato de seguro de vida em grupo (seguradora ou estipulante). A segunda diz respeito à validade de cláusula de seguro coletivo que expressamente exclui da cobertura a invalidez parcial decorrente de doença profissional.

II

Passo ao exame da primeira questão.

O acórdão recorrido entendeu que, nos contratos coletivos de seguro, o dever de prestar informação é do estipulante e decorre de sua condição de mandatário dos segurados, com os seguintes fundamentos (fls. 390/391):

Ademais, já restou consignada também a aplicabilidade do Código de Defesa do Consumidor, ante a evidente relação de consumo.

Outrossim, é válida a existência de cláusulas limitativas de direito constantes na apólice, uma vez que em contratos dessa natureza, a obrigação de prestar informações ao segurado compete à estipulante do seguro de vida em grupo (empregadora), no caso a Cooperativa Central Oeste Catarinense, e não à seguradora.

Neste sentido aliás:

APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA CUMULADA COM EXIBIÇÃO DE DOCUMENTO. SEGURO DE VIDA. INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE. APLICAÇÃO DA TABELA DA SUSEP PARA O CÁLCULO E PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO PREVISTA NAS CONDIÇÕES GERAIS DA APÓLICE. POSSIBILIDADE. CIÊNCIA PESSOAL SOBRE AS CLÁUSULAS LIMITATIVAS. DESNECESSIDADE. SEGURO CONTRATADO POR ESTIPULANTE. REPRESENTANTE DIRETA DO SEGURADO QUE SE INCUMBE PELO DEVER DE

INFORMAÇÃO SOBRE TODO O CONTEÚDO DO CONTRATO. PRECEDENTES JURISPRUDENCIAIS. SENTENÇA . MANTIDA. RECURSO DESPROVIDO. "A estipulante, na contratação do seguro em grupo, age como mandatária (representante) do segurado perante a seguradora, e em seu nome realiza os atos necessários à celebração do seguro (art. 21, § 2º do Decreto-Lei n. 73/1966). Nessa modalidade, portanto, quem possui a obrigação de informar o segurado acerca das disposições contratadas não é a estipulante. É o que prevê o art. 3º, inciso III, da Resolução n. 107/2004 do CNSP, segundo o qual é obrigação da estipulante - e não da seguradora - "fornecer ao segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro" (TJSC, Apelação Cível n. 0013381-66.2009.8.24.0018, de Chapecó, rel. Des. Marcus Tulio Sartorato, j. em 18-4-2017). "É aplicável a redução variável do capital segurado com base em tabela constante nas "Condições Gerais" do contrato, na medida em que indicada a existência de cláusula limitativa na apólice, cuja obrigação de cientificação não era da seguradora, mas da estipulante do seguro em grupo" (TJSC, Apelação Cível n. 0302986-06.2015.8.24.0058, de São Bento do Sul, rel. Des. Luiz César Medeiros, j. em 4-4-2017). (TJSC, Apelação Cível n. 0005219 -04.2013.8.24.0031, de Indaial, rel. Des. Fernando Carioni, Terceira Câmara de Direito Civil, j. 09-05-2017)

Por tais razões, não há falar em violação ao dever de informação, sendo perfeitamente aplicáveis as cláusulas restritivas presentes no contrato de seguro em questão.

Embora não desconheça a existência de precedentes deste Tribunal que atribuem não somente à estipulante, mas também à seguradora, a obrigação de informar ao consumidor as cláusulas do contrato de seguro coletivo, notadamente as restritivas, e tenha aderido a esse entendimento no julgamento do agravo interno no REsp. 1.848.053/SC, relator o Ministro Raul Araújo, entre outros precedentes, penso que a questão merece ser reexaminada, levando em conta as características próprias do contrato de seguro em grupo descritas na legislação de regência e nas normas regulamentares expedidas pelo Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP, órgão

regulador do Sistema de Seguros Privados e pela Superintendência de Seguros Privados - Susep, entidade autárquica a quem incumbe fiscalizar a constituição, organização, funcionamento e operações das entidades seguradoras (arts. 32 e 35, respectivamente, do Decreto-Lei 73/1966).

Com efeito, os contratos de seguro em geral destinam-se a garantir indenização pelos danos previstos na apólice, dentro do valor da cobertura e prazo de vigência pactuados, conforme estabelecia o art. 1.432 do Código Civil de 1916, dispositivo correspondente ao art. 757 do Código Civil de 2002, assim redigidos:

Art. 1.432. Considera-se contrato de seguro aquele pelo qual uma das partes se obriga para com outra, mediante a paga de um prêmio, a indenizar-lhe o prejuízo resultante de riscos futuros, previstos no contrato.

Art. 757. Pelo contrato de seguro, o segurador se obriga, mediante o pagamento do prêmio, a garantir interesse legítimo do segurado, relativo a pessoa ou a coisa, contra riscos predeterminados

O Código Civil revogado dispunha genericamente sobre o tema "Das Estipulações em Favor de Terceiros", no Capítulo IV - arts. 1.098-1.100, regras reproduzidas nos arts. 436 a 438 do Código Civil de 2002, que, todavia, não guardam aderência com a figura do estipulante do sistema de seguro privado, conforme esclarece o seguinte trecho do Parecer Normativo Susep nº 055, publicado no DO de 26.3.2003:

Na perfeita colocação de PEDRO ALVIM, o direito brasileiro distingue duas espécies de estipulação. Uma disciplinada pela legislação especial de seguros. Outra, do direito comum, tratada no Código Civil de 1916 (Arts. 1098/1100) e mantida na LEI Nº 10.406, DE 10.01.2002 (Arts. 436/438).

Na primeira hipótese, o estipulante contrata o seguro por conta de terceiros, sendo apenas mandatário dos segurados. Na segunda, o seguro é contratado em favor de terceiros, sendo que o estipulante equipara-se ao segurado.

A diferença é que na estipulação por conta de terceiros, no contrato de seguro, o risco incide sobre o segurado e não sobre o estipulante, razão pela qual este assume a posição de representante daquele para transferir o risco ao segurador; na estipulação em favor de terceiros, o risco é do próprio estipulante

que se confunde com o segurado perante o segurador, como acontece, por exemplo, no seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículos (DPVAT), regulado pela Lei nº 6.194/74, alterada pela Lei nº 8.441, de 14/07/92, onde o proprietário do veículo é um simples estipulante.

Em remate ALVIM afirma que nos seguros obrigatórios o estipulante supre a vontade do segurado, de cuja manifestação se prescinde para a transferência do risco ao segurador. Ocorre a representação legal, por isso o estipulante se equipara ao segurado para os efeitos de contratação e manutenção do seguro. Pratica todos os atos jurídicos perante o segurador, como se fosse o próprio segurado, salvo para receber o pagamento da indenização ou quantia segurada.

A estrutura do contrato de seguro coletivo ou em grupo, tal como conhecida e utilizada atualmente, surgiu apenas com a edição do Decreto-Lei 73/1966, primeira legislação brasileira a tratar especificamente sobre o Sistema Nacional de Seguros Privados e regular "as operações de seguros e resseguros", que definiu o estipulante como figura peculiar dessa espécie de contrato e fixou expressamente a sua condição de mandatário dos segurados, nos termos dos §§ 1º e 2º, de seu art. 21, assim redigidos:

Art 21. Nos casos de seguros legalmente obrigatórios, o estipulante equipara-se ao segurado para os efeitos de contratação e manutenção do seguro.

§ 1º Para os efeitos deste decreto-lei, estipulante é a pessoa que contrata seguro por conta de terceiros, podendo acumular a condição de beneficiário.

§ 2º Nos seguros facultativos o estipulante é mandatário dos segurados.

Anoto que a referida norma legal criou o Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP como órgão integrante e regulador do Sistema de Seguros Privados, a quem delegou a atribuição para estabelecer os direitos e obrigações do estipulante na regulamentação das diversas modalidades de seguro, bem assim fixou, entre outras, as suas competências privativas de estabelecer as diretrizes gerais desse sistema, conforme previsto nos arts. 8º, alínea "a", 21, § 3º, e 32, incs. I, II e IV, assim dispostos:

Art 8º Fica instituído o Sistema Nacional de Seguros Privados, regulado pelo presente Decreto-lei e constituído:

a) do Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP;

(...)

Art. 21 (...)

§ 3º O CNSP estabelecerá os direitos e obrigações do estipulante, quando for o caso, na regulamentação de cada ramo ou modalidade de seguro.

(...)

Art. 32. É criado o Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP, ao qual compete privativamente:

I - Fixar as diretrizes e normas da política de seguros privados;

II - Regular a constituição, organização, funcionamento e fiscalização dos que exercerem atividades subordinadas a este Decreto-Lei, bem como a aplicação das penalidades previstas;

(...)

IV - Fixar as características gerais dos contratos de seguros;

Diante disso, o CNSP, no uso de suas atribuições legais e em razão do notório e expressivo crescimento do mercado de seguros privados no Brasil na década de 1990, notadamente após a estabilização econômica decorrente da implantação do "Plano Real", em 1994, com o conseqüente aumento dos litígios nesse ramo de negócios, expediu a resolução 41, em 8.12.2000, na qual foi reproduzida a regra prevista no referido Decreto-Lei 73/1966, no sentido de que, nos contratos de seguro coletivos, é o estipulante quem contrata a apólice na condição de mandatário dos segurados.

A norma regulamentar acrescentou, de outra parte, a obrigação de, nessa espécie de contrato, o estipulante manter vínculo anterior com os segurados, de forma direta ou por intermédio de subestipulante, salvo no caso das denominadas "apólices abertas", que passaram a ser consideradas apólices individuais, modalidade diversa da tratada nos presentes autos, conforme descrito em seu art. 1º. Confira-se:

Art. 1º Estipulante é a pessoa jurídica que contrata apólice coletiva de seguros, ficando investida dos poderes de representação dos segurados perante as Sociedades Seguradoras.

I - O estipulante deverá manter vínculo jurídico com o grupo segurado, diretamente ou por intermédio de sub-estipulante que mantenha este vínculo direto com o grupo segurado, independentemente do contrato de seguro e da forma de adesão, individual ou coletiva.

II - O estipulante somente poderá contratar seguros cujo objeto

esteja diretamente relacionado ao vínculo de que trata o inciso anterior.

Parágrafo único. As apólices abertas que não atendam ao disposto no *caput* serão consideradas apólices individuais, no que concerne ao relacionamento dos segurados com a seguradora, respondendo esta pelo descumprimento às normas por parte da empresa interveniente na contratação.

Observo que a vigência do Código Civil de 2002 em nada modificou a atribuição do estipulante de agir como mandatário dos segurados coletivos, limitando-se a nova legislação a explicitar a possibilidade de o seguro em grupo ser estipulado também por pessoa natural e dispensar a existência de vínculo específico anterior com o grupo segurado além do securitário ("apólices abertas"), nos termos no art. 801. Confira-se:

Art. 801. O seguro de pessoas pode ser estipulado por pessoa natural ou jurídica em proveito de grupo que a ela, de qualquer modo, se vincule.

§1º O estipulante não representa o segurador perante o grupo segurado, e é o único responsável, para com o segurador, pelo cumprimento de todas as obrigações contratuais.

O CNSP editou, então, a Resolução 107/2004, atualmente em vigor, a fim de adequar o regulamento às referidas alterações legislativas, assim dispondo em seu art. 1º:

Art. 1º. Estipulante é a pessoa física ou jurídica que contrata apólice coletiva de seguros, ficando investido dos poderes de representação dos segurados perante as sociedades seguradoras, nos termos desta Resolução.

Parágrafo único. As apólices coletivas em que o estipulante possua, com o grupo segurado, exclusivamente, o vínculo de natureza securitária, referente à contratação do seguro, serão consideradas apólices individuais, no que concerne ao relacionamento dos segurados com a sociedade seguradora.

Estabeleceu, ademais, a referida resolução, que o contrato de seguro em grupo será celebrado entre o estipulante e a entidade seguradora, diretamente ou mediante corretor de seguros, ao qual, posteriormente, os proponentes poderão formalizar adesão, na forma do art. 6º:

Art. 6º. A contratação de seguros por meio de apólice coletiva deve ser realizada mediante apresentação obrigatória de proposta de contratação assinada pelo estipulante e pelo sub-estipulante, se for o caso, e pelo corretor de seguros, ressalvada a hipótese de contratação direta.

Parágrafo único. A adesão à apólice deverá ser realizada mediante a assinatura, pelo proponente, de proposta de adesão e desta deverá constar cláusula na qual o proponente declara ter conhecimento prévio da íntegra das condições gerais.

A configuração legal do seguro coletivo impõe, portanto, que esta modalidade de contrato - denominado pela doutrina de principal (ou mestre) - seja celebrado entre a entidade seguradora e pessoa natural ou jurídica (estipulante), representando os interesses de um grupo de pessoas, de qualquer modo a ela vinculadas, denominados segurados após subscreverem as propostas de adesão a eles oferecidas, dando origem a relações jurídicas individuais distintas.

Com efeito, nesse sentido, discorre SÉRGIO CAVALIERI FILHO:

Curioso é o mecanismo de formação do contrato de seguro em grupo, posto que, através de uma única apólice, atinge-se uma multiplicidade de pessoas. Ademais, o contrato principal não é celebrado pelos integrantes do grupo, ou seja, por aqueles que estão sujeitos aos riscos e pretendem garantia, mas sim, pelo estipulante, pessoa física ou jurídica - empregador, sindicato, associação de classe etc. diretamente com o segurador, através de um instrumento que contém todas as condições do seguro.

Celebrado este contrato - mestre ou padrão, vamos assim chamá-lo, a ele poderão aderir os componentes do grupo que quiserem obter a cobertura do seguro, mediante pagamento de uma parcela do prêmio, formando-se, assim, múltiplas relações jurídicas individuais. É por adesão, portanto, que se formam as relações jurídicas individuais entre o segurador e os segurados, inseridas no âmbito do contrato-padrão.

Há mais uma peculiaridade que deve ser destacada nesta interessante modalidade de seguro. Enquanto a relação jurídica principal, estabelecida entre o estipulante e o segurador, permanece estável e inalterável durante toda a vida do contrato, no âmbito do grupo ocorre constante mutação em razão da permanente entrada e saída de segurados.

Nesta espécie de seguro há perfeita distinção entre as figuras do

estipulante, do segurado e do beneficiário. Estipulante, como já visto, é o empregador ou associação de classe que contrata o seguro com o segurador, constituindo aquela relação jurídica-mestre. Segurados são os integrantes do grupo que aderem a essa relação jurídica-mestre, constituindo as múltiplas relações jurídicas individuais. Eles é que estão expostos a riscos, e não o estipulante, razão pela qual são os que necessitam da cobertura do seguro. O estipulante assume, aqui, a posição de representante ou mandatário dos segurados, consoante o art. 21, do Decreto-lei nº /1966.

(Programa de Responsabilidade Civil, 7ª. ed., Atlas, p. 409-410)

E PEDRO ALVIM:

Nos seguros facultativos o estipulante assume a posição de mandatário. Estes seguros são hoje muito divulgados, tais como os de acidentes pessoais e de vida, celebrados sob a forma coletiva, por entidades com clubes, associações, etc. Congregam uma comunidade interessada na cobertura. O segurado adere ao contrato coletivo, manifestando sua vontade e assumindo obrigações. Quem administra, porém, o seguro é o estipulante, como mandatário de todos.

(...)

Nos seguros de vida em grupo, o estipulante é definido como o empregador ou associação que contrata o seguro com a sociedade seguradora (...). É investido dos poderes de representação dos segurados perante a seguradora, a quem deve encaminhar todas as comunicações ou avisos inerentes ao contato, inclusive alterações de importâncias seguradas, bem como a inclusão e exclusão de segurados.

(O contrato de Seguro, 3ª ed. Forense, 1999, p. 211)

O estipulante caracteriza-se, dessa forma, como figura indispensável no contrato de seguro de vida em grupo, conforme entendimento consagrado pela jurisprudência das Turmas de Direito Privado do STJ, que decidem os diversos conflitos oriundos de contratos coletivos de seguro sob a invariável premissa de que atua ele com mandatário dos segurados, podendo ser citadas, entre outras, os seguintes precedentes:

DIREITO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA. SEGURO DE VIDA EM GRUPO CONTRATADO PELA EMPREGADORA. SEGURO FACULTATIVO. PRESCRIÇÃO ANUA. SÚMULA 101/STJ. ARTIGO 178, § 6º, II, DO CÓDIGO CIVIL/1916.

No seguro facultativo em grupo, a estipulante (no caso, empregador contratante do seguro) qualifica-se como mera mandatária dos segurados, e não como terceira para fins da relação securitária, sujeitando-se a pretensão deste ao prazo prescricional de um ano, para o ajuizamento de ação de cobrança, nos termos do artigo 178, § 6º, II, do Código Civil/1916.

Embargos de divergência acolhidos.

(ERESP 286.328 - DF, Relator p/acórdão Ministro Castro Filho, DJ 19.10.2006)

AGRAVO REGIMENTAL NOS EMBARGOS DE DECLARAÇÃO NO RECURSO ESPECIAL – AÇÃO CONDENATÓRIA – DECISÃO MONOCRÁTICA QUE DEU PROVIMENTO AO APELO EXTREMO MANEJADO PELA SEGURADORA. INSURGÊNCIA DA RECURSAL DA AUTORA.

1. A Segunda Seção do STJ firmou o entendimento de que a prerrogativa de não renovação dos contratos de seguro de vida, bem como de alteração da cobertura contratada e de reajuste por implemento de idade, mediante prévia comunicação, quando da formalização da estipulação da nova apólice, não configura procedimento abusivo, sendo decorrente da própria natureza do contrato. Precedente.

2. A notificação que informa a não renovação pode ser encaminhada à estipulante do seguro coletivo, a qual, nos termos da jurisprudência desta Corte, atua como mandatária do segurado.

3. Agravo regimental desprovido.

(AgInt nos Edcl no RESP 1.288.384/SP, Quarta Turma, Relator Ministro Marco Buzzi, DJ 19.2.2019)

AGRAVO REGIMENTAL NO RECURSO ESPECIAL. CIVIL. SEGURO DE VIDA EM GRUPO. AÇÃO DE COBRANÇA. ESTIPULANTE. ILEGITIMIDADE PASSIVA.

1. A jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça já estabeleceu que, em regra, o estipulante não é o responsável pelo pagamento da indenização securitária, visto que atua apenas como

Superior Tribunal de Justiça

interveniente, na condição de mandatário do segurado, agilizando o procedimento de contratação do seguro.

2. Agravo regimental não provido.

(AgInt no RESP 1.439.696/CE, Relator Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, DJ 1.2.2018)

Na mesma linha de que o estipulante é o mandatário dos segurados no contrato de seguro coletivo, a Quarta Turma, no julgamento do REsp. 1.170.855/RS, considerou incompatível que a entidade seguradora atue também nessa condição (de estipulante), motivo pelo qual considerou válida a vedação estabelecida na Resolução CNSP 41/2000, reproduzida no art. 2º, da Resolução CNSP 107/2004, atualmente em vigor, com a seguinte redação:

Art. 2º. Fica expressamente vedada a atuação, como estipulante ou sub-estipulante, de:

I - Corretoras de seguros, seus sócios, dirigentes, administradores, empregados, prepostos ou representantes;

II - Corretores; e

III - Sociedades seguradoras, seus dirigentes, administradores, empregados, prepostos ou representantes;

Parágrafo Único. A vedação estabelecida no "caput" não se aplica aos empregadores que estipulem seguro em favor de seus empregados.

Destaco, a propósito, os seguintes fundamentos do voto do relator, Ministro Luis Felipe Salomão, aos quais aderi naquela oportunidade:

De fato, não é custoso perceber que entre o estipulante e o grupo segurado existe manifesta relação contratual de representatividade, situação na qual alguém, mandatário ou procurador, recebe poderes de outrem, mandante, para, em seu nome, praticar atos e administrar interesses. Essa é a definição que se extrai do art. 653 do Código

Civil.

A palavra deriva do latim *mandatum*, de *mandare*, com o sentido de 'dar poder', ou *manum dare*, visto que, antigamente, o mandatário dava a mão ao mandante em testemunho da fidelidade daquilo que prometia. No direito romano, não continha este contrato relações de gestão e de trabalho, limitando-se a expressar uma simples confiança e

amizade.

Destarte, o contrato de mandato é essencialmente *intuitu personae* e o pressuposto de sua celebração é a confiança entre as partes. É contrato fiduciário, justamente pela importância conferida ao elemento subjetivo da confiança, capaz de levar “alguém a conceder poderes a outra pessoa com a finalidade de praticar negócios jurídicos ou administrar interesses”.

É possível retirar do Diploma Material Civil as obrigações de titularidade do mandatário, dentre elas destaco as dispostas nos arts. 667, *caput* e 668, *verbis*:

Art. 667. O mandatário é obrigado a aplicar toda sua diligência habitual na execução do mandato, e a indenizar qualquer prejuízo causado por culpa sua ou daquele a quem substabelecer, sem autorização, poderes que devia exercer pessoalmente.

Art. 668. O mandatário é obrigado a dar contas de sua gerência ao mandante, transferindo-lhe as vantagens provenientes do mandato, por qualquer título que seja.

Assim, parece mesmo inafastável a conclusão da sentença e do acórdão acerca da impossibilidade do bom desempenho pelo estipulante das funções que lhe são próprias, quando ocupar, ao mesmo tempo, posição de parceria com o segurador.

Trago à colação, mais uma vez, pela clareza dos fundamentos, trecho da sentença, na parte em que ratificada pelo acórdão (e-fl. 539):

A regulação imposta pelo Estatuto Civil em relação ao seguro em grupo coloca a figura do estipulante como mandatário dos segurados. Nesta condição, por força dos fundamentos básicos da representação forjada por instituição contratual, compulsoriamente o mandatário deve atender com exclusividade os interesses do mandante. Incompreensível, por impraticável, a simbiose entre as duas requeridas.

Conforme reconhecido pelas rés, trata-se de empresas do mesmo núcleo empresarial e geridas pelas mesmas pessoas. O fato de terem inscrições fazendárias distintas e constituírem-se em empresas devidamente individualizadas não afasta o notório vínculo de interesses entre ambas as rés.

Não é o caso de se estar confundindo pessoas jurídicas com pessoas físicas, porque são as pessoas físicas que criam as

pessoas jurídicas e que decidem os seus interesses. As pessoas jurídicas são instrumentos para satisfação econômica das pessoas físicas. Os interesses comerciais das requeridas estão vinculados. A segunda, denominada Clube Icatu Hartford de Seguros funciona como estipulante, garantindo a captação de clientes para a seguradora, na modalidade de seguro em grupo, cumprindo os interesses econômicos desta última.

A visível identidade do interesse comercial de ambas as demandadas desnatura a finalidade da estipulante, simplesmente porque esta última jamais irá defender interesses da coletividade de segurados contraditórios aos interesses econômicos da seguradora. Assim, não atua como mandatária dos segurados, mas como instrumento de lucro da seguradora.

(...)

Assim, penso ser difícil alcançar conclusão diversa da apresentada pelo Tribunal *a quo*, visto que a situação emergente é clara: a inconveniência óbvia de uma empresa pertencente ao mesmo grupo econômico de uma seguradora exercer, simultaneamente, o mister de estipulante de seguro em grupo para com a mesma seguradora.

A ementa do referido acórdão, no que tem pertinência com a discussão instaurada nos presentes autos, encontra-se assim redigida:

RECURSOS ESPECIAIS. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA BENEFICENTE DE ASSISTÊNCIA PROTEÇÃO E DEFESA DOS CONSUMIDORES E BENEFICIÁRIOS DE PLANOS E APÓLICES. AÇÃO CIVIL PÚBLICA. LEGITIMIDADE. NATUREZA DO PEDIDO. CONTRATO DE SEGURO. SEGURO DE VIDA EM GRUPO. ESTIPULANTE E GRUPO DE SEGURADOS. RELAÇÃO DE MANDATO. DECISÃO PROFERIDA EM AÇÃO CIVIL PÚBLICA. ALCANCE TERRITORIAL DE SEUS EFEITOS. VIOLAÇÃO AO ART. 535 DO CPC. NÃO OCORRÊNCIA. FALTA DE PREQUESTIONAMENTO.

(...)

5. O contrato de seguro é ajuste por meio do qual o segurador assume obrigação de pagar ao segurado certa indenização, caso o risco a que está sujeito o segurado, futuro, incerto e

especificamente previsto, venha a se realizar.

6. No contrato de seguro de vida em grupo, cuja estipulação é feita em favor de terceiros, três são as partes interessadas: *estipulante*, responsável pela contratação com o segurador; *segurador*, que garante os interesses com a cobertura dos riscos especificados e o *grupo segurado*, usufrutuários dos benefícios, que assumem suas obrigações para com o estipulante.

7. Nos termos da Resolução n. 41/2000, do Conselho Nacional de Seguros Privados, estipulante é “a pessoa jurídica que contrata a apólice coletiva de seguros, ficando investido dos poderes de representação dos segurados perante as sociedades seguradoras”.

8. No seguro de vida em grupo, há entre o estipulante e o grupo segurado manifesta relação contratual de representatividade, situação na qual alguém, mandatário ou procurador, recebe poderes de outrem, mandante, para, em seu nome, praticar atos e administrar interesses.

(...)

14. Recursos especiais parcialmente providos, nos termos da fundamentação. (DJ 16.12.2015)

Dessa forma, não há dúvida de que o estipulante atua na condição de mandatário do grupo de segurado, conforme demonstram a consolidada jurisprudência do STJ e doutrina homogênea sobre o tema acima mencionada.

É certo que a condição de mandatário do estipulante enseja frequentes litígios nos quais os segurados alegam ter tido ciência de que contrataram produtos com coberturas diversas das pretendidas apenas após a ocorrência do sinistro, quando solicitam o pagamento da cobertura securitária, mas a seguradora nega ou efetua o pagamento a menor do que o esperado, sendo esse precisamente o caso do feito ora em exame.

Nessa linha, o Parecer Normativo Susep nº 055, publicado no Diário Oficial da União do dia 26.3.2003, citado o início deste voto:

É bom salientar que a SUSEP, órgão fiscalizador do mercado de seguros, sempre recebeu, ao longo do tempo, inúmeras reclamações de segurados em apólices intermediadas por estipulantes, onde se verificava uma total falta de transparência nessas relações. Na maioria das vezes, o segurado só tomava plena consciência do mandato que outorgara ao estipulante

quando da ocorrência do sinistro, onde percebia, então, a completa assimetria de informações entre o que supunha ter contratado e o que de fato ocorreu.

Em razão disso, o CNSP, no uso de suas atribuições legais previstas nos arts. 8º, alínea "a", 21, § 3º, do Decreto-Lei 73/1966, manteve na Resolução 107/2004, além da exigência de que o estipulante mantenha vínculo anterior com os segurados, de forma direta ou por intermédio de subestipulante (art. 1º), diversas outras obrigações ao mandatário impostas na Resolução 41/2000, com a nítida finalidade de proporcionar maior proteção ao grupo segurado, entre as quais o dever de prestar informações ao segurado. Confira-se:

Art. 3º. Constituem obrigações do estipulante:

I - fornecer à sociedade seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas por aquela, incluindo dados cadastrais;

II - manter a sociedade seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente;

III - **fornecer ao segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;**

IV - discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, na forma estabelecida pelo art. 7º desta Resolução, quando este for de sua responsabilidade;

V - repassar os prêmios à sociedade seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;

VI - repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;

VII - discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da sociedade seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro, emitidos para o Segurado;

IX - dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;

(...)

Munido dos poderes de representação conferidos pela lei, portanto, o estipulante contrata o seguro coletivo perante a seguradora, com o objetivo de,

posteriormente, oferecer o produto à adesão do grupo de pessoas a ele vinculadas.

Nesse contrato, denominado de principal ou mestre, estipulante e seguradora estabelecem os riscos cobertos, valores dos prêmios e das indenizações prazos de carência, prazo de vigência, entre outras disposições inerentes a essa modalidade de negócio jurídico, inclusive as relativas às eventuais restrições de direito dos futuros segurados, sendo essa razão pela qual o estipulante deve enviar à seguradora informações relativas à aceitação do risco, inclusive os dados cadastrais do grupo de pessoas vinculadas ao mandatário (art. 3º, inc. I, Resolução CNSP 107/2004), até esse momento, potenciais segurados.

A formalização das adesões confere a condição de "segurados" a pessoas vinculadas ao estipulante que assim se manifestarem, marca o início de relações jurídicas individuais distintas e determina a obrigação do estipulante de manter atualizados, perante a seguradora, os dados cadastrais dos segurados, alterações dos riscos cobertos e eventuais fatos que ensejam alterações na natureza do sinistro contratado, encargos a serem observados durante toda a vigência do contrato, dado que o dinamismo dessa espécie de relação contratual enseja constantes adesões e desligamentos de pessoas no grupo segurado.

Dessa forma, antes das adesões das pessoas vinculadas ao estipulante, a entidade seguradora sequer pode identificar com precisão os indivíduos que efetivamente irão compor o grupo segurado e nem aqueles que, ao longo da relação contratual, aderiram ou se desvincularam desse grupo, o que evidencia não ser compatível com a estrutura do contrato coletivo atribuir à seguradora o dever de prestar informações diretamente ao segurado.

A obrigação de prestar informações sobre os termos, condições gerais e cláusulas limitativas de direito estabelecidos no contrato de seguro de vida em grupo ao qual aderiu ao segurado (consumidor) é, pois, do estipulante, conforme estabelecido no inc. III, do art. 3º, da Resolução CNSP 107/2004, constituindo-se esse dever em pressuposto lógico da aceitação da proposta de adesão pelo interessado.

Nesse sentido, é elucidativa a explanação de Bruno Miragem, em resposta à consulta formulada pela Federação Nacional de Previdência Privada e Vida - FENAPREVI, admitida como *amicus curiae* nos presentes autos, que, a partir da distinção das fases "pré-negocial" e de "execução" dos contratos de seguro de vida em grupo, demonstra, com clareza, a obrigação do estipulante de prestar informações ao segurado sobre as bases gerais e cláusulas limitativas de direitos (fls. 595, 597-600, 602 e 605-608):

A eficácia do contrato de seguro coletivo ou de grupo se produz,

salvo condição ou termo que seja incluído pelas partes, a partir de sua celebração pelo segurador e o estipulante. Nasce daí deveres das partes de adotar comportamento visando à execução do contrato, o que neste caso se inicia com as providências necessárias à adesão dos integrantes do grupo segurável. Neste particular, anote-se que quem detém as informações sobre o grupo segurável, a identificação e individualização dos seus membros, é o estipulante. Daí porque lhe incumbe providenciar as adesões conforme definido em contrato, cabendo ao segurador cooperar com este propósito.

Havendo a adesão do grupo, nos termos definidos no contrato coletivo, torna-se eficaz a garantia, identificando-se dentre as obrigações do estipulante durante a execução contratual o pagamento do prêmio — com recursos próprios ou mediante recolhimento das contribuições dos segurados aderentes —, a intermediação das comunicações entre segurador e segurados, e a informação ao segurador sobre a alteração dos integrantes do grupo segurável. Tratam-se de deveres do estipulante tanto em relação ao segurador, quanto em relação aos segurados.

De parte do estipulante, cumpre-lhe as providências antecedentes ao contrato, visando sua realização. Deve informar ao segurador sobre os elementos necessários à adequada formação do objeto contratual, em especial, para pré-determinação do risco, a extensão da cobertura, o capital segurado e o cálculo do prêmio.

(...)

Por outro lado, o segurador obriga-se a prestar a garantia, e quando notificado sobre a realização do sinistro fazer sua regulação e realizar o pagamento da soma do capital ou da indenização conforme o caso. Há obrigação de responder as indagações do estipulante e as dos segurados, feitas por seu intermédio. Da mesma forma, assume a obrigação, perante o estipulante, de receber e processar as adesões dos membros do grupo segurável, com a respectiva expedição da apólice quando estas atingirem o número previsto no contrato, assim como emitir o certificado individual para cada segurado aderente.

(...)

A fase pré-negocial implica nas tratativas entre o segurador e o estipulante, para se se defina o objeto da contratação futura. Será nesta fase que o estipulante informará o segurador sobre as características do risco e o grupo segurável, para que ele possa

fazer a avaliação, aceitar contratar e calcular o prêmio. Da mesma forma, compete ao segurador o cumprimento do dever de informar específico, em relação ao objeto do contratual, o risco segurado, a extensão da garantia e da cobertura, os riscos excluídos, entre outros elementos do contrato a ser celebrado.

(...)

Considera-se, deste modo, dever de informar pré-negocial, aquele que incide na fase das tratativas, antes da celebração do contrato, que no seguro coletivo ou de grupo será o celebrado entre o segurador e o estipulante. Neste caso, o *expert* que detém conhecimento específico sobre o seguro é o segurador, que é quem deve informar o estipulante de todas as características relevantes da contratação a ser celebrada, tomando-lhe, igualmente, as informações necessárias para determinar o objeto contratual.

A partir do exame da formação do contrato de seguro coletivo ou de grupo, e dos deveres legais e obrigações das partes — segurador e estipulante — antecedentes e contemporâneos à sua celebração, há dois aspectos, ainda, a serem objeto de atenção.

Tendo em consideração a fase pré-negocial, e a identificação dos deveres jurídicos daqueles que dela participam — segurador e estipulante — parte-se para determinar qual a eficácia dos deveres que surgem a partir da celebração do contrato em relação aos membros do grupo segurável. E neste aspecto, igualmente, a própria natureza da relação jurídica decorrente do vínculo original que mantenham, os membros do grupo segurável com o estipulante, assim como, a partir da adesão, com o segurador.

(...)

No contrato de seguro coletivo, cumpre ao segurador, por força do art. 422 do Código Civil e dos arts. 6º, III, e 31 do Código de Defesa do Consumidor o dever de informar o estipulante (tomador do seguro), sobre as características da contratação e da prestação ajustada (valores do prêmio, número mínimo de segurados que deverão aderir à apólice, riscos cobertos, extensão e conteúdo da garantia, eventuais exclusões, dentre outras informações relevantes).

Uma vez celebrado o contrato, já na fase de execução cumprirá ao estipulante viabilizar a adesão dos segurados nos termos e condições definidos no contrato, seja pelo envio de relação de seus

respectivos nomes ao segurador, ou dos respectivos formulários individuais. Não há dúvida que neste caso deva incidir o Código de Defesa do Consumidor, sobretudo quando se trate de consumidores pessoas naturais, cuja destinação do seguro não caracterize insumo da atividade econômica — tal como ocorre, ordinariamente, no caso de serem segurados empregados e associados do estipulante, e com mais razão no caso de apólices abertas, nas quais o estipulante oferta a adesão no mercado.

A questão merece atenção, uma vez que cumprido o dever de informar pré-contratual pelo segurador em relação ao estipulante, impõe-se precisar quem deverá cumpri-lo em relação aos aderentes.

(...)

No direito brasileiro, o dever pré-negocial de informação do segurador, seja decorrente, diretamente, do dever geral de boa-fé — no caso dos contratos de seguros sobre os quais não incida o CDC — ou naqueles que se caracterizem como contratos de consumo, se estabelece, por lógica, que tem efeito e cumpre sua finalidade antes da celebração do contrato. Logo, é indissociável, nos seguros coletivos ou de grupo, o dever do segurador de informar e esclarecer o estipulante sobre as condições contratuais, em especial, o valor do prêmio, início e fim da vigência do contrato, extensão e conteúdo da cobertura, cláusulas de limitação e exclusão de cobertura, número mínimo de segurados que devam aderir ao grupo, dentre outras informações relevantes. Trata-se de dever que inclusive, quando cumprido adequadamente de modo a preservar a qualidade do consentimento do estipulante," pode servir para repelir a própria alegação de abusividade de cláusula do contrato.

Em relação ao grupo segurável, é pressuposto que o integrem pessoas que já tenham com o estipulante um vínculo anterior, não com o segurador. Logo, não é incomum — ao contrário, é a regra — que o segurador sequer as identifique desde logo.

Ao contrário, só serão conhecidas do segurador quando tenham seus dados revelados pelo estipulante, uma vez que, no mais das vezes, são informações detidas exclusivamente por ele — ou porque são os dados de seus empregados ou associados, ou porque do grupo que formou para segurar.

(...)

Em relação ao dever de informar os aderentes, quanto ao contrato

de seguro já celebrado com o segurador, é efeito que pertence à execução. Cumpre ao estipulante providenciar as adesões nos termos e limites com os quais se comprometeu perante o segurador. É dever pré-negocial frente aos membros do grupo segurável, que para aderir ao contrato já celebrado emitem declaração de vontade. Contudo, não tem, o segurador, condições fáticas de informá-los por não os identificar antes da adesão ou do envio da relação de segurados por parte do segurador. Observe-se, que neste ponto, trata-se de dever de informar antes da adesão, não depois. Logo, apenas quem já mantenha vínculo com o segurado é que terá condições de informar e esclarecer sobre os termos do contrato já celebrado, e em relação ao qual se postula a adesão.

Ademais, note-se que o estipulante, ao ser definido, legalmente, como representante do segurado, deve agir em seu nome e no seu interesse. Decorre da representação legal os deveres de lealdade e cooperação do representante em relação aos interesses do representado. Daí a série de deveres que lhe impõe o art. 3º, da Resolução 107/2004, do CNSP, dentre os quais, o de "fornecer ao segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro" (inciso III) e "dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros" (inciso IX).

Ainda que no caso do dever pré-negocial de informar os membros do grupo segurável não sejam ainda segurados — condição que se aperfeiçoa apenas com a adesão — também não tem eles relação com o segurador; tampouco as tratativas ou condições favorecem o segurador, uma vez que este já definiu todos os elementos do seguro no contrato celebrado com o estipulante, que é quem se obriga a providenciar as adesões. A adesão dos segurados em número previsto no negócio favorece o estipulante, é cumprimento de obrigação assumida pelo estipulante. Este, ao celebrar o contrato com o segurador, tem direito a receber as informações relativas ao negócio; porém terá o dever de repassá-las aos membros do grupo segurável. Há razões de ordem técnico-jurídica e de ordem prática que fundamentam esta conclusão, o que, aliás, são corroboradas pelo direito comparado, conforme as situações já mencionadas.

Primeiramente, se há representação legal dos segurados pelo estipulante (art. 21 do Decreto-Lei 73/1966), impõe-se na fase

pré-negocial entre estipulante e os membros do grupo segurável o dever de esclarecimento quanto aos elementos do contrato celebrado com o segurador. A adesão ao seguro coletivo representa vantagem inequívoca para o aderente quando se trate de espécie de seguro não contributivo (no qual o pagamento do prêmio ao segurador será feito com a contribuição exclusiva do estipulante), e mesmo nos casos de seguros contributivos (nos quais caiba ao segurado o pagamento do prêmio) ou mistos (em que estipulante e segurado contribuem para o pagamento do prêmio), poderá haver vantagem com a adesão (que é ônus atribuído ao segurado), em vista das condições negociais pactuadas com o segurador. Cumpre ao estipulante, nestes termos, o dever de informar previamente ao aderente, com fundamento na lealdade e cooperação (derivados da boa-fé), que preside a relação estabelecida entre ambos, seja em razão da relação jurídica já existente (em razão do vínculo original que legitima a formação do grupo segurável), ou em vista da relação que se constitua, em paralelo, a partir da adesão.

(...)

No seguro de vida coletivo ou de grupo, o dever de informar pré-negocial permanece sendo do segurador em relação ao tomador do seguro, no caso, o estipulante.

Sendo dever pré-negocial, contudo, celebrado o contrato e prestadas as informações ao estipulante, cumpre a este, seja em razão do dever de boa-fé, da relação jurídica prévia que possui com o grupo segurável, e da representação segurados que lhe é imposta por lei, informar os membros do grupo segurável, antes da adesão, sobre as condições do contrato.

E conclui o referido parecer (fl. 619):

No seguro de vida de grupo, o dever de informar do segurador dirige-se ao estipulante do contrato, que é quem consente com a contratação em vista dos seus elementos característicos (valor do prêmio, conteúdo e extensão da garantia, cláusulas de limitação ou restrição de cobertura, dentre outros). Cumpre ao estipulante o cumprimento do dever de informar os membros do grupo segurável, antes da sua adesão ao contrato, em vista da boa-fé que decorre da relação jurídica prévia que possui com os aderentes (o vínculo jurídico anterior distinto do propósito de segurar), assim como o

dever de lealdade que decorre da representação dos interesses dos segurados imposta por lei (art. 801 do Código Civil).

Sendo o dever de informação necessariamente prévio à celebração do contrato principal (mestre), de cuja negociação não participam os futuros segurados-aderentes, a seguradora dele se desincumbe fornecendo todos os elementos acerca das garantias oferecidas ao estipulante e dele recebendo as informações acerca do grupo segurável a ele vinculado, imprescindível para avaliação do risco.

Aperfeiçoado o contrato mestre entre seguradora e estipulante, todos os riscos garantidos e excluídos já estarão definidos. Caberá, então, ao estipulante divulgar entre as pessoas a ele vinculadas os termos do contrato, informando-as de todos os riscos cobertos e limites e restrições de cobertura, recebendo as adesões dos interessados e comunicando-as à seguradora, momento a partir do qual se formam cada uma das múltiplas relações jurídicas individuais.

Com efeito, a entidade seguradora tem o dever de informar ao estipulante as bases gerais do contrato a ser celebrado - valores do prêmio e das indenizações, número mínimo de segurados que deverão aderir à apólice, riscos cobertos, extensão, conteúdo e exclusões, bem assim outras informações pertinentes - a fim de que, após celebrada a avença mestre, sejam tais elementos submetidos previamente pelo estipulante às pessoas interessadas em aderir à apólice, bem como, formado o grupo segurado, para comunicar aos aderentes a ocorrência de eventual inadimplência pelo estipulante, conforme estabelece o art. 8º, da Resolução CNSP 107/004:

Art. 8º. Constituem obrigações das sociedades seguradoras:

- I - incluir no contrato de seguro todas as obrigações do estipulante, especialmente as previstas nesta Resolução; e
- II - informar ao segurado a situação de adimplência do estipulante ou sub-estipulante, sempre que lhe solicitado.

O eventual descumprimento do dever de informação ao aderente pelo estipulante poderia caracterizar, em tese, falta de diligência do mandatário no cumprimento do encargo, de modo a ensejar a possibilidade de reparação por perdas e danos, nos termos do art. 667, *caput*, do CC/2002, hipótese, no entanto, em momento algum suscitada nos autos.

Nesse sentido, manifesta-se SÍLVIO DE SALVIO VENOSA, ao analisar as características do seguro de vida em grupo descritas no art. 801 do CC/2002:

Nesse seguro em grupo, o único responsável perante o segurador, pelo pagamento do prêmio e demais encargos é o estipulante. É ele, também, responsável por indicar os beneficiários que integrarão a apólice, os novos segurados e aqueles que são excluídos. Ele não representa o segurador, o que é o responsável pelo pagamento do prêmio, nas hipóteses que ocorrerem. Desse modo, caberá ao corpo de segurados exercer vigilância sobre a conduta do estipulante quanto ao cumprimento das obrigações referentes ao seguro. Se o estipulante ou agir com culpa ou dolo, de molde a prejudicar o segurado, caberá a este acioná-lo por perdas e danos.

(Direito Civil, Volume 3 - Contratos, 20ª edição, Atlas, p. 732-733)

A propósito da possibilidade de condenação do estipulante na hipótese de não cumprimento de suas obrigações contratuais, o seguinte precedente, de relatoria do Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva:

RECURSO ESPECIAL. CIVIL. DIREITO SECURITÁRIO. NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. NÃO OCORRÊNCIA. APÓLICE COLETIVA. ESTIPULANTE E CORRETORA DE SEGUROS. LEGITIMIDADE PASSIVA AD CAUSAM. GRUPO ECONÔMICO. RELAÇÃO DE CONSUMO. CONTRATO FIRMADO NO INTERIOR DO BANCO. SÚMULA Nº 7/STJ. SEGURO DE VIDA E ACIDENTES PESSOAIS. MORTE DO SEGURADO. CHOQUE SÉPTICO PÓS-OPERATÓRIO. CIRURGIA BARIÁTRICA. ACIDENTE PESSOAL. CARACTERIZAÇÃO. INFECÇÃO DECORRENTE DE TRAUMA FÍSICO. MORTE NATURAL POR DOENÇA. AFASTAMENTO. INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA DEVIDA. QUESTIONÁRIO DE RISCO. OMISSÃO DE ENFERMIDADE PREEXISTENTE. IRRELEVÂNCIA. MORTE ACIDENTAL. FALTA DE CORRELAÇÃO COM O SINISTRO. CORREÇÃO MONETÁRIA. ALTERAÇÃO DE OFÍCIO. POSSIBILIDADE. MULTA PROTETÓRIA. NÃO APLICAÇÃO. SÚMULA Nº 98/STJ.

1. Ação de cobrança na qual se busca o pagamento de indenização decorrente de contrato de seguro de vida em grupo e acidentes pessoais coletivo, visto que o segurado veio a óbito após a realização de cirurgia bariátrica, em virtude de choque séptico e falência múltipla dos órgãos.

2. Este Tribunal Superior firmou o entendimento de que o estipulante, em regra, não é o responsável pelo pagamento da

indenização securitária, visto que atua apenas como interveniente, na condição de mandatário do segurado, agilizando o procedimento de contratação do seguro.

3. É possível, excepcionalmente, atribuir ao estipulante e à corretora de seguros a responsabilidade pelo pagamento da indenização securitária, em solidariedade com o ente segurador, como nas hipóteses de mau cumprimento das obrigações contratuais ou de criação nos segurados de legítima expectativa de serem eles os responsáveis por esse pagamento (teoria da aparência), sobretudo se integrarem o mesmo grupo econômico.

(...)

10. Recurso especial do BANCO CITIBANK S.A. e da CITIBANK CORRETORA SEGUROS S.A. não provido. Recurso especial da METROPOLITAN LIFE SEGUROS E PREVIDÊNCIA PRIVADA S.A. parcialmente provido, apenas para afastar a multa processual. (RESP 1.673.368/MG, Terceira Turma, Relator Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, DJ 22.8.2017)

Não merece prosperar, pois, o inconformismo do recorrente, no ponto.

IV

Verificada a legalidade da conduta da seguradora de prestar informações por intermédio do estipulante, passo a examinar a legalidade da cláusula restritiva, incontroversamente estabelecida na apólice coletiva.

A sentença determinou o pagamento da cobertura securitária de forma proporcional à redução da capacidade laboral do segurado, com a seguinte fundamentação (fls. 291-295):

"A perícia realizada foi conclusiva no sentido de que há incapacidade permanente e parcial para as atividades que demandem esforço em coluna lombar (item 3), com redução de 25% da funcionalidade do membro atingido (item 6), sendo que seu quadro de incapacidade teve início em março de 2012 - fls. 255/257.

Quanto à apólice do seguro de vida em questão, teve vigência no período compreendido entre 1º.8.2011 a 31.7.2012, com cobertura para invalidez total por doença funcional e cobertura para invalidez

permanente total ou parcial por acidente - IPA (fl. 107).

Cumpre salientar que, embora nas cláusulas gerais, há disposição excluindo as doenças profissionais do conceito de acidente pessoal (item 3.1), é entendimento consolidado na jurisprudência pátria que as moléstias provenientes de esforços repetitivos caracterizam-se como acidente pessoal."

O Tribunal de origem julgou improcedente o pedido por considerar não configurada a hipótese de acidente e ausente cobertura contratual para invalidez parcial decorrente de doença, como se observa na seguinte passagem do voto condutor (fl. 385, 387-389):

Denota-se que o contrato de seguro do qual o autor é beneficiário prevê cobertura para o caso de "morte", "invalidez permanente total ou parcial por acidente" e "invalidez por doença funcional" (fl. 14).

Portanto, para fazer jus à indenização, o autor precisaria comprovar a configuração do risco previsto no contrato (invalidez permanente parcial ou total por acidente; ou invalidez por doença funcional).

No entanto, o resultado da prova técnica foi em sentido contrário, pois o perito judicial concluiu (fls. 254-256):

- quando foi perguntado sobre a ocorrência de acidente, respondeu que: "seu quadro é decorrente de todo seu histórico laboral associado a degeneração natural das estruturas envolvidas e ao sobrepeso".
- que possui "Limitação permanente e parcial para atividades que demandem esforço em coluna lombar".

Assim, não se podendo afirmar que tenha ocorrido acidente, nem tampouco que o autor deixou de exercer suas atividades rotineiras de forma independente, como alimentar-se, banhar-se, locomover-se, dentre outras atividades, situação que demande a dependência total de outra pessoa, deve ser o acolhido o presente recurso da ré-seguradora, porquanto, da detida análise do contrato de seguro entabulado entre as partes, depreende-se que não havia nenhuma cláusula prevendo o pagamento de indenização para a hipótese da doença.

Desta forma, não resta dúvida, portanto, de que no caso dos autos, a invalidez permanente e parcial por doença, não se enquadra, nem se equipara com invalidez total e permanente por doença

funcional ou invalidez permanente total ou parcial por acidente, já que não há qualquer notícia a respeito de que o autor tenha sofrido algum infortúnio no trabalho.

(...)

No caso, das condições gerais do seguro contratado (fls. 141-193), o consta de forma inequívoca, que a incapacidade parcial que acomete o segurado, ora autor, não possui cobertura.

E ainda, no documento referido, item 4.1.1.2, consta de forma clara como excludente de acidente pessoal (fl. 148):

a) as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente descoberto;

[...]

c) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como Lesão por Esforços Repetitivos - LER, Doenças Osteomusculares : Relacionadas ao Trabalho - DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo - LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, qualquer tempo;

Do mesmo sentindo consta no item 3.1 das condições gerais referidas (fl. 163) de que não há previsão de cobertura de incapacidade permanente parcial nos caso de invalidez por doença funcional, como se denota nas cláusulas descritas às fls. 173-174, o que seria o caso em debate.

Somado a isso, a equiparação da incapacidade por doença à invalidez por acidente pessoal ou de trabalho, não é admissível, uma vez que não ficou comprovado que o autor sofreu acidente, ao revés, consta no laudo pericial tão somente incapacidade parcial decorrente de doença, de modo que a equiparação entre as situações é incabível por total ausência de previsão contratual.

(...)

Ademais, é importante destacar, inclusive, que no laudo pericial

acostado, constou que os trabalhos pretéritos do autor contribuíram para sua é enfermidade (fl. 255):

Quando jovem, trabalhou por longo período na agricultura e após como servente de pedreiro, atividades estas que sabidamente são danosas para o segmento lombar pela sobrecarga funcional que impõe às estruturas locais, sendo daí gênese de suas queixas.

Diante de tal cenário da impossibilidade de equiparação da doença laboral com acidente pessoal, não há qualquer indenização a ser paga ao autor decorrente do contrato de seguro, combatido, razão pela qual o recurso da seguradora, ora analisado, merece provimento para reformar a sentença. (grifo não constante do original).

Assim delimitados os fatos e cláusulas contratuais pelas instâncias ordinárias, anoto, em primeiro lugar, que a jurisprudência deste Tribunal consolidou-se no sentido de que "para fins de cobertura contratual, há clara diferenciação entre cobertura por invalidez funcional (Invalidez Funcional Permanente Total por Doença - IFPD) e invalidez laboral (Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença - ILPD)", não havendo nenhuma "ilegalidade na cláusula que condiciona o pagamento da indenização securitária, em caso de invalidez por doença, à incapacidade permanente total do segurado" (AgInt no REsp 1.829.991/RS, Quarta Turma, de minha relatoria, DJ 18.2.2020; AgInt no REsp 1.719.742/RS, Terceira Turma, Relator Ministro Marco Aurélio Bellizze, TERCEIRA TURMA, julgado em 13/5/2019, DJe 16/5/2019).

A propósito:

AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE COBRANÇA. SEGURO DE VIDA E ACIDENTES PESSOAIS. MODALIDADE IFPD. FUNÇÕES AUTONÔMICAS. PLENO EXERCÍCIO. COMPROMETIMENTO. INEXISTÊNCIA.

1. Recurso especial interposto contra acórdão publicado na vigência do Código de Processo Civil de 2015 (Enunciados Administrativos nºs 2 e 3/STJ).

2. Na Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD), a garantia do pagamento da indenização é no caso de invalidez consequente de doença que cause a perda da existência independente do segurado, ocorrida quando o quadro clínico incapacitante inviabilizar de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do segurado. Já na cobertura de Invalidez

Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD), há a garantia do pagamento de indenização em caso de invalidez laborativa permanente total, consequente de doença para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, para a atividade laborativa principal do segurado.

Logo, a garantia de invalidez funcional não tem nenhuma vinculação com a invalidez profissional. Precedentes.

3. No caso dos autos, a moléstia que acometeu o segurado não comprometeu, de forma irreversível, o pleno exercício das funções autonômicas, inexistindo o preenchimento das condições para o recebimento do seguro.

4. Agravo interno não provido.

(Aglnt no REsp 1639321/SC, Rel. Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, TERCEIRA TURMA, julgado em 3.12.2018, DJe 6.12.2018)

Por outro lado, é certo que, como lembrado pela sentença, há reiterados precedentes do STJ no sentido de que "os microtraumas sofridos pelo operário, quando exposto a esforços repetitivos no ambiente de trabalho, incluem-se no conceito de acidente pessoal definido no contrato de seguro" (RESP 324.197/SP, Quarta Turma, Relator Ministro Barros Monteiro, DJ 14.3.2005)

No mesmo sentido, entre outros, os acórdãos no AgInt no AREsp 1.565.950/MS, de minha relatoria, DJe de 24/04/2020; AgInt no ARESp 1.615.184/GO, Relator Ministro Raul Araújo, DJ 15.6.2020 e AgInt no ARESp 1.192.799/SP, Relator Ministro Paulo de Tarso Sanseverino, DJ 18.10.2019.

Melhor apreciando a questão, todavia, considero que o contrato de seguro deve ser interpretado de forma restrita, assegurando apenas os riscos nele predeterminados, não sendo possível ampliar a cobertura com base na Lei 8.213/91 regente das relações jurídicas no âmbito da previdência social, a qual equipara doença laboral a acidente de trabalho.

Como sabido, a previdência pública é obrigatória, sujeita a regime estatutário, baseado no princípio da solidariedade entre gerações, em tudo diverso do regime contratual dos seguros privados facultativos.

O contrato de seguro tem por escopo transferir risco e sua interpretação há que ser restritiva e não extensiva, haja vista que suas cláusulas são taxativas. Nesse sentido, é esclarecedora a doutrina de PEDRO ALVIM:

Já foi dito que as apólices de seguro em vigor no mercado brasileiro são todas padronizadas pelos órgãos oficiais competentes. Sua elaboração não depende mais do arbítrio do segurador ou do consenso das partes contratantes. É verdade que os seguradores, através de suas entidades de classe, podem influir na sua elaboração, mas já não dispõem da liberdade que ainda se observa em muitos países.

Assim sendo, as cláusulas duvidosas não devem ser interpretadas sempre contra o segurador. A solução mais equitativa consiste no seu entendimento em consonância com as demais cláusulas, isto é, com o espírito do contrato, para que não seja desvirtuada sua verdadeira finalidade.

- Uma das normas importantes para o contrato de seguro é a que determina a interpretação restritiva de suas cláusulas. É necessário aplicar estritamente os termos convencionais, sobretudo com relação aos riscos cobertos. Há uma correlação estreita entre o cobertura e o prêmio. Forçar essa correlação por via da interpretação extensiva poderá falsear as condições técnicas do contrato, em que repousa toda a garantia das operações de seguro.

O fato de uma apólice dar cobertura contra incêndio não autoriza, sem violação das condições convencionadas estendê-la ao aquecimento produzido por fermentação sem produção de chamas. A cobertura de explosão proveniente do próprio recinto segurado não deverá beneficiar a explosão proveniente do vizinho.

Se as cláusulas da apólice estão regidas com clareza ao delimitar o risco coberto, não devem ser desvirtuadas sob pretexto de interpretação para incluir coberturas que não estavam previstas ou foram expressamente excluídas no contrato.

Observa Halperin que "la extensión del riesgo y los beneficios otorgados deben interpretarse literalmente. Cualquier concesión o interpretación que importara ampliar los beneficios acordados, producirá um grave desequilíbrio en el conjunto de las operaciones de la compañía". (ALVIM, Pedro, "O contrato de seguro", Rio de Janeiro, Forense, 3ª edição, 1999, pág. 175 e 176, grifo não constante do original).

A jurisprudência abona essa compreensão:

RECURSO ESPECIAL. SEGURO DE AUTOMÓVEL. APÓLICE DE COBERTURA CONTRA ROUBO E FURTO. VEÍCULO UTILIZADO POR EMPREGADO DA EMPRESA SEGURADA. NÃO DEVOLUÇÃO APÓS TÉRMINO DO CONTRATO DE TRABALHO. SINISTRO. COBERTURA SECURITÁRIA NEGADA. RISCO NÃO COBERTO.

1) Apólice de seguro contratada por pessoa jurídica que prevê cobertura para as hipóteses de furto e roubo de veículo.

2) A conduta de ex-empregado que não devolve ao empregador veículo utilizado no trabalho não se assemelha a furto ou roubo.

3) Legítima a negativa de cobertura pela seguradora. Especificidades do caso. O contrato de seguro é interpretado de forma restritiva.

3) Precedente da Terceira Turma.

4) Recurso especial improvido. (Quarta Turma, REsp. 1.177.479, relator Ministro Antônio Carlos Ferreira, DJe 19.6.2012).

Apreciando caso em tudo similar ao presente, o Ministro Paulo de Tarso Sanseverino deu provimento a recurso especial interposto pela mesma seguradora ora recorrente, sintetizando sua decisão na seguinte ementa:

RECURSO ESPECIAL. DIREITO CIVIL E CONSUMIDOR. SEGURO DE VIDA EM GRUPO. INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL DECORRENTE DE DOENÇA LABORAL. EXCLUSÃO EXPRESSA NO CONTRATO DE SEGURO.

1. Controvérsia em torno da validade de cláusula limitativa da cobertura securitária em relação a determinada doença laboral.

2. Reconhecimento da abusividade da cláusula pelo acórdão recorrido, considerando que, comprovada a ocorrência do sinistro, consubstanciado na invalidez parcial permanente, a indenização deve ser integral, sendo irrelevantes os percentuais limitativos estabelecidos unilateralmente pela seguradora.

3. Disposição expressa no contrato, excluindo especificamente a cobertura de determinado risco.

4. Cálculo do prêmio que leva em conta os riscos efetivamente assumidos.

5. Precedentes do STJ.

6. Afastamento da multa aplicada.

7. RECURSO ESPECIAL PROVIDO. (REsp. 1.731.124/SC, DJe 18.10.2018).

Do inteiro teor da decisão transcrevo:

De um lado, a observância do dever de informar e, de outro lado, a interpretação restritiva das cláusulas do contrato que envolvem relação de consumo.

No caso, o Tribunal de origem expressamente reconheceu que o contrato excluía da cobertura securitária a invalidez decorrente de doença laboral, entendendo, todavia, a despeito da disposição contratual expressa, que a seguradora deveria arcar com o risco, tendo em vista o entendimento do Tribunal de origem de que a doença laboral seria equiparável ao acidente.

Tal entendimento, todavia, não se mostra condizente com as balizas traçadas pela jurisprudência do STJ.

Observe-se que o equilíbrio econômico-financeiro do contrato de seguro vincula-se cálculos atuariais para que, sopesado o risco assumido, seja calculado o valor do prêmio.

Por tais razões, a interpretação de um contrato de seguro deve ser feita de forma restritiva, não se podendo simplesmente ignorar cláusulas que excluam expressamente determinados riscos da cobertura.

Somente quando, apesar de haver disposição contratual restringindo o risco, esta não seja redigida de forma clara ou não seja observado o dever de informar por parte da seguradora, é que se pode desconsiderar a restrição imposta.

(...)

No caso, ainda que a legislação, para fins previdenciários, equipare doença laboral ao acidente de trabalho, não há qualquer vedação à sua exclusão do contrato de seguro desde que feita de forma expressa.

Mais, havendo disposição clara e expressa no contrato de seguro, resta cumprido o dever de informar por parte da seguradora.

Assim, havendo clara limitação da cobertura no contrato de seguro, a interpretação feita pelo Tribunal de origem não pode prevalecer.

Importa reiterar que o cálculo do prêmio é feito com base em risco reduzido, não sendo razoável que passe a responder por variável que claramente não compôs os cálculos atuariais.

Tivessem sido as doenças laborais consideradas na cobertura, haveria evidentemente um aumento no prêmio, de modo que a interpretação feita pelo Tribunal de origem, em última análise, resulta em enriquecimento sem causa do contratante do seguro,

Superior Tribunal de Justiça

havendo clara quebra da sinalagma."

Como acentuado pelo Ministro Sanseverino, havendo cláusula expressa excluindo a cobertura de invalidez parcial por doença laboral, a ampliação da cobertura desequilibraria o sinalagma do contrato de seguro, pois naturalmente o cálculo do prêmio não levou em conta as exclusões nele previstas.

O dever de informação, na fase pré-contratual, foi satisfeito com as tratativas entre seguradora e estipulante, resultando na cláusula contratual expressa excluindo o risco na hipótese invalidez parcial por doença laboral. Na fase de execução do contrato coletivo, o dever de informação, que deve ser prévio à adesão de cada empregado ou associado, cabe ao estipulante, único sujeito do contrato que tem vínculo anterior com os componentes do grupo segurável. A seguradora, na fase prévia à adesão individual, momento em que devem ser fornecidas as informações ao consumidor, sequer tem conhecimento da identidade dos interessados que irão aderir à apólice coletiva cujos termos já foram negociados entre ela e o estipulante.

Incensurável, portanto, o acórdão recorrido.

Em face do exposto, nego provimento ao recurso especial.

É como voto.

RECURSO ESPECIAL Nº 1.850.961 - SC (2019/0356101-0)

VOTO-VOGAL

O SR. MINISTRO RAUL ARAÚJO: Neste caso, parece-me que a eminente Relatora está estabelecendo a responsabilidade tão somente para a estipulante do seguro quanto às informações ao consumidor, o que não me parece acertado, com a devida vênia.

Registro, estou propondo debate apenas quanto ao direito da informação e à responsabilidade acerca dele, não quanto ao mérito em si do caso.

Assim, cumprimento, inicialmente, os ilustres advogados pelas sustentações e também a eminente Relatora por seu judicioso voto, cuja conclusão acompanho, como adiantei.

Minha divergência está em que a questão terá de ser apreciada à luz, sobretudo, do Código de Defesa do Consumidor, e não propriamente, exclusivamente, da legislação de regência securitária. Temos de ter em mente os interesses dos consumidores também nestes casos, envolvendo o estipulante, o segurador e os segurados, consumidores.

Começo indagando, quem vende seguro no mercado de consumo? Os estipulantes ou os seguradores? Parece-me não haver dúvida, são os seguradores. Os seguradores oferecem um produto no mercado de consumo, que são os seguros. Esses produtos cobrem riscos, isentando de custos pessoas que poderiam ser responsáveis por tais riscos, os quais são transferidos para o segurador, e não para o estipulante ou um terceiro. Os riscos são cobertos pelo segurador.

Sendo assim, sendo o segurador o fornecedor principal, terá de atender a um dos direitos básicos do consumidor, que é o direito à informação, que está no art. 4º do Código de Defesa do Consumidor. O direito à informação é um direito básico do consumidor. Então, estamos tratando aqui do direito à informação.

Não podemos misturar, então, com a devida vênia, a informação entre aqueles que integram a cadeia de fornecedores, informação que devam trocar entre si, no caso, entre o estipulante e o segurador, com a informação que ambos, o estipulante e o segurador, parece-me, têm de prestar para os consumidores, para os segurados. São coisas diferentes, são duas ordens de informações diferentes.

Claro que o segurador não vai contratar o seguro às cegas, antes de

receber informações do estipulante sobre o grupo de pessoas a serem seguradas, a idade e outros dados tidos por relevantes, inclusive quanto à periódica atualização das informações. Tudo será previamente negociado entre o segurador e o estipulante. E isso é feito sem nenhum problema.

Nem tem lógica se isentar o segurador do dever de informação para com o consumidor – dever básico dos consumidores – e transferir toda a responsabilidade exclusivamente para o estipulante, que, afinal, é pessoa que nada ganha ao proporcionar seguros, benefícios, para seus empregados. O estipulante, normalmente, nada ganha com isso, quando muito apenas quer isentar-se de riscos que lhe caberiam, transferindo-os para o segurador. Lembro, a título de exemplo, que na contratação de Plano de Seguro de Saúde para os empregados e familiares do trabalhador poucos são os riscos que seriam do empregador-estipulante.

Então, um dos aspectos envolvidos na estipulação de seguro é o da informação. O direito à informação está presente na relação entre o consumidor, o estipulante e o segurador. Quando o estipulante contrata com o segurador um seguro é justamente para que o segurador cubra os riscos previstos em relação aos empregados do estipulante, o qual quer se ver liberado de responsabilidades quanto àqueles riscos contratados, transferindo-os para o segurador. Não faz sentido, assim, que justamente os riscos inerentes à própria contratação do seguro permaneçam com o estipulante. E um dos riscos envolve o direito à informação em qualquer situação que envolva consumo. Esse risco fica com o estipulante? Não vejo lógica.

A forma como o segurador vende o seguro, através de corretor ou de estipulante, não pode isentar o fornecedor de seguro de suas responsabilidades inerentes, inclusive quanto ao dever de informação. É claro!

Lembro que nenhum segurador conhece pessoalmente os segurados ou tem contato imediato com este. Isso, normalmente, não existe. A idéia de que haveria um contato imediato entre o segurador e o segurado, noutras formas de contratação de seguro individual ou coletivo de pessoas físicas é uma quimera, uma ilusão, um equívoco. Isso não existe. Os seguros individuais ou coletivos são realizados sempre, necessariamente, mediante a intermediação – quero lembrar – de um corretor de seguro, espécie de vendedor autônomo de apólices ofertadas pelas diversas seguradoras atuantes no mercado. Ele é quem faz a intermediação da relação de consumo entre o consumidor e o segurador. O segurador nunca contacta diretamente o consumidor, pessoa física, o faz por intermédio de um corretor de seguros.

Superior Tribunal de Justiça

Então, a contratação acontece porque as informações são colhidas pelo corretor e transferidas para a seguradora dentro daquilo que a esta exige, quando do preenchimento de formulário próprio, e a seguradora, então, passa a responsabilizar pelos riscos cobertos, inclusive pelo direito de informação adequada aos consumidores, seja no contrato individual, seja no contrato em grupo.

No contrato de seguro em grupo, aqui considerado, a diferença é que o intermediário é o estipulante, e não o corretor. Às vezes, o estipulante e o corretor, mas sempre estará presente na cadeia de fornecimento o próprio segurador, que é o obrigado principal pelo contrato de seguro, que é quem ganha dinheiro com a venda de seguros, elaborando o teor das propostas, das apólices e controlando toda a contratação, desde o nascedouro.

Por óbvio, a maior parte do dinheiro envolvido no prêmio vai para o segurador, por isso ele corre, assume os riscos envolvidos na contratação, todos os riscos.

O estipulante não pode ser, assim, responsabilizado no lugar do fornecedor principal. Ao invés, deveria ser incentivado, estimulado, por assegurar benefício, garantia de seguro em grupo para seus empregados.

Na prática, não há maior dificuldade em se fazer a ligação entre o segurador e os empregados do estipulante, para além daquelas normalmente superadas em contratações intermediadas por corretor.

Digamos sejam 500 os empregados. O segurador deverá disponibilizar 500 propostas, com os formulários de coleta de informações sobre cada empregado e seus dependentes, fornecendo aos empregados-segurados os respectivos manuais de informação ao consumidor. Posteriormente, acolhidas as propostas, emitirá as 500 apólices, representativas dos contratos de seguro, com todas as informações, para os 500 empregados do estipulante. Trará, inclusive, um quadro-resumo com as principais coberturas para facilitar a informação do consumidor. Destacará, em negrito, aquelas informações mais importantes, que são as coberturas asseguradas aos empregados do estipulante.

Isso é muito facilmente realizado pelo segurador. Idêntico ao que ocorre nas contratações por intermédio de corretor. Depois, a cada novo empregado que é admitido na fábrica, ou na loja, ou no espaço empresarial do estipulante, o segurador será comunicado e entregará aquela mesma documentação padrão referida acima, com as informações importantes. O empregado é chamado ao setor de pessoal, onde recebe o material, assina o recibo e o estipulante envia para o segurador para que este saiba que passa a ter mais um

Superior Tribunal de Justiça

segurado, o novo empregado do estipulante. Não há problema, não há dificuldade alguma.

Como o segurador tem o recibo de cada empregado atestando o recebimento do material, manual padrão, com as informações ali detalhadas sobre o seguro, tem a prova de que cumpriu sua obrigação. E também o estipulante tem essa prova.

Quando o estipulante se esquecer de colher o recibo do empregado ou de entregá-lo ao segurador, cientificando-o do novo seguro, aí tudo bem, teremos um caso excepcional em que o estipulante será responsabilizado. Talvez como aquele caso referido aqui no precedente citado pela eminente Relatora, parece-me que de relatoria do Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva. Ali a situação é retratada como excepcional.

Não estou localizando agora, no voto da eminente Relatora, mas todos lembram, ali está dito que, excepcionalmente, o estipulante e a corretora podem ser responsabilizados em conjunto com o segurador, mas aquele precedente não afasta a responsabilidade do segurador.

O que estaremos fazendo aqui será afastar a responsabilidade do segurador, ignorando regras valiosas do Código de Defesa do Consumidor, para efeito de carregar, transferir, toda a responsabilidade em quem é mero estipulante. Até admito que o estipulante participa da cadeia de fornecimento, mas o principal fornecedor não é o estipulante. Vamos ter muita atenção para isso. A responsabilidade principal é do segurador, relativamente a tudo o que disser respeito ao seguro que formula, oferece e vende no mercado.

Não devemos nos preocupar com a forma como o segurador irá colher suficientes informações sobre cada segurado no seguro em grupo. Ele saberá fazer isso facilmente, porque é do seu métier, é da sua profissão. Faz isso quando credencia milhares de corretores autônomos pelo País, angariando propostas de seguro junto ao mercado de consumo – quando também não conhece aqueles consumidores, futuros segurados –, e fará isso até com maior facilidade de identificação dos segurados, quando se tratar de seguro de um grupo fechado de pessoas.

Com a devida vênia, estou adiantando minha divergência, não para dar provimento ao recurso dos consumidores neste caso, porque me parece realmente que não havia cobertura para a invalidez parcial pretendida pelos promoventes da ação; estou acompanhando o desfecho do voto da eminente Relatora, mas não para que coloquemos na ementa que estamos isentando de responsabilidade na cadeia de fornecimento um dos fornecedores, no caso, o

Superior Tribunal de Justiça

principal fornecedor, que é o segurador.

Com todas as vênias, tenho essa divergência, que, no caso, parece-me muito determinante, muito relevante. Por isso, suscito o debate acerca disso, agradecendo a atenção dos eminentes Pares.

Dirirjo da tese a ser firmada no julgamento do especial e acompanho a Relatora apenas quanto à conclusão, negando provimento ao recurso. Dirirjo, na verdade, quanto à própria tese, não só seus fundamentos.



**CERTIDÃO DE JULGAMENTO
QUARTA TURMA**

Número Registro: 2019/0356101-0 **PROCESSO ELETRÔNICO REsp 1.850.961 / SC**

Números Origem: 00188664220128240018 0018866422012824001850000 18866422012824001850000

PAUTA: 27/10/2020

JULGADO: 27/10/2020

Relatora

Exma. Sra. Ministra **MARIA ISABEL GALLOTTI**

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro **MARCO BUZZI**

Subprocuradora-Geral da República

Exma. Sra. Dra. **ELIANE DE ALBUQUERQUE OLIVEIRA RECENA**

Secretária

Dra. **TERESA HELENA DA ROCHA BASEVI**

AUTUAÇÃO

RECORRENTE : JOÃO PEDRO DE MOURA
ADVOGADO : KELINE RENATA MARTINS DE QUADROS - SC038491
RECORRIDO : METROPOLITAN LIFE SEGUROS E PREVIDÊNCIA PRIVADA SA
ADVOGADOS : RAQUEL SOBOLESKI CAVALHEIRO - RS047580
PAULO ANTÔNIO MÜLLER - SC030741A
LUANA BORGES - SC049057A
MARCO AURELIO MELLO MOREIRA - SC030589A
INTERES. : FENAPREVI-FEDERACAO NACIONAL DE PREVIDENCIA PRIVADA E
VIDA - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : MÁRCIO VIEIRA SOUTO COSTA FERREIRA E OUTRO(S) - RJ059384
FREDERICO JOSE FERREIRA E OUTRO(S) - RJ107016
LUIS FELIPE FREIRE LISBOA E OUTRO(S) - DF019445

ASSUNTO: DIREITO CIVIL - Obrigações - Espécies de Contratos - Seguro

CERTIDÃO

Certifico que a egrégia QUARTA TURMA, ao apreciar o processo em epígrafe na sessão realizada nesta data, proferiu a seguinte decisão:

Após o voto da relatora negando provimento ao recurso especial, no que foi acompanhado pelos Ministros Antonio Carlos Ferreira e Luis Felipe Salomão, e o voto do Ministro Raul Araújo negando provimento ao recurso especial, mas divergindo da relatora quanto aos fundamentos e à tese, PEDIU VISTA o Ministro Marco Buzzi (Presidente).

**CERTIDÃO DE JULGAMENTO
QUARTA TURMA**

Número Registro: 2019/0356101-0 **PROCESSO ELETRÔNICO REsp 1.850.961 / SC**

Números Origem: 00188664220128240018 0018866422012824001850000 18866422012824001850000

PAUTA: 23/02/2021

JULGADO: 23/02/2021

Relatora

Exma. Sra. Ministra **MARIA ISABEL GALLOTTI**

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro **LUIS FELIPE SALOMÃO**

Subprocurador-Geral da República

Exmo. Sr. Dr. **JOSÉ BONIFÁCIO BORGES DE ANDRADA**

Secretária

Dra. **TERESA HELENA DA ROCHA BASEVI**

AUTUAÇÃO

RECORRENTE : JOÃO PEDRO DE MOURA
ADVOGADO : KELINE RENATA MARTINS DE QUADROS - SC038491
RECORRIDO : METROPOLITAN LIFE SEGUROS E PREVIDÊNCIA PRIVADA SA
ADVOGADOS : RAQUEL SOBOLESKI CAVALHEIRO - RS047580
PAULO ANTÔNIO MÜLLER - SC030741A
LUANA BORGES - SC049057A
MARCO AURELIO MELLO MOREIRA - SC030589A
INTERES. : FENAPREVI-FEDERACAO NACIONAL DE PREVIDENCIA PRIVADA E
VIDA - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : MÁRCIO VIEIRA SOUTO COSTA FERREIRA E OUTRO(S) - RJ059384
FREDERICO JOSE FERREIRA E OUTRO(S) - RJ107016
LUIS FELIPE FREIRE LISBOA E OUTRO(S) - DF019445

ASSUNTO: DIREITO CIVIL - Obrigações - Espécies de Contratos - Seguro

CERTIDÃO

Certifico que a egrégia QUARTA TURMA, ao apreciar o processo em epígrafe na sessão realizada nesta data, proferiu a seguinte decisão:

Adiado o julgamento para a próxima sessão (2/3/2021), por indicação do Sr Ministro Marco Buzzi (voto-vista).

**CERTIDÃO DE JULGAMENTO
QUARTA TURMA**

Número Registro: 2019/0356101-0 **PROCESSO ELETRÔNICO REsp 1.850.961 / SC**

Números Origem: 00188664220128240018 0018866422012824001850000 18866422012824001850000

PAUTA: 23/02/2021

JULGADO: 02/03/2021

Relatora

Exma. Sra. Ministra **MARIA ISABEL GALLOTTI**

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro **LUIS FELIPE SALOMÃO**

Subprocurador-Geral da República

Exmo. Sr. Dr. **ANTÔNIO CARLOS PESSOA LINS**

Secretária

Dra. **TERESA HELENA DA ROCHA BASEVI**

AUTUAÇÃO

RECORRENTE : JOÃO PEDRO DE MOURA
ADVOGADO : KELINE RENATA MARTINS DE QUADROS - SC038491
RECORRIDO : METROPOLITAN LIFE SEGUROS E PREVIDÊNCIA PRIVADA SA
ADVOGADOS : RAQUEL SOBOLESKI CAVALHEIRO - RS047580
PAULO ANTÔNIO MÜLLER - SC030741A
LUANA BORGES - SC049057A
MARCO AURELIO MELLO MOREIRA - SC030589A
INTERES. : FENAPREVI-FEDERACAO NACIONAL DE PREVIDENCIA PRIVADA E
VIDA - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : MÁRCIO VIEIRA SOUTO COSTA FERREIRA E OUTRO(S) - RJ059384
FREDERICO JOSE FERREIRA E OUTRO(S) - RJ107016
LUIS FELIPE FREIRE LISBOA E OUTRO(S) - DF019445

ASSUNTO: DIREITO CIVIL - Obrigações - Espécies de Contratos - Seguro

CERTIDÃO

Certifico que a egrégia QUARTA TURMA, ao apreciar o processo em epígrafe na sessão realizada nesta data, proferiu a seguinte decisão:

Adiado o julgamento por indicação do Sr. Ministro Marco Buzzi (voto-vista).

**CERTIDÃO DE JULGAMENTO
QUARTA TURMA**

Número Registro: 2019/0356101-0 **PROCESSO ELETRÔNICO REsp 1.850.961 / SC**

Números Origem: 00188664220128240018 0018866422012824001850000 18866422012824001850000

PAUTA: 23/02/2021

JULGADO: 09/03/2021

Relatora

Exma. Sra. Ministra **MARIA ISABEL GALLOTTI**

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro **LUIS FELIPE SALOMÃO**

Subprocurador-Geral da República

Exmo. Sr. Dr. **JOSÉ BONIFÁCIO BORGES DE ANDRADA**

Secretária

Dra. **TERESA HELENA DA ROCHA BASEVI**

AUTUAÇÃO

RECORRENTE : JOÃO PEDRO DE MOURA
ADVOGADO : KELINE RENATA MARTINS DE QUADROS - SC038491
RECORRIDO : METROPOLITAN LIFE SEGUROS E PREVIDÊNCIA PRIVADA SA
ADVOGADOS : RAQUEL SOBOLESKI CAVALHEIRO - RS047580
PAULO ANTÔNIO MÜLLER - SC030741A
LUANA BORGES - SC049057A
MARCO AURELIO MELLO MOREIRA - SC030589A
INTERES. : FENAPREVI-FEDERACAO NACIONAL DE PREVIDENCIA PRIVADA E
VIDA - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : MÁRCIO VIEIRA SOUTO COSTA FERREIRA E OUTRO(S) - RJ059384
FREDERICO JOSE FERREIRA E OUTRO(S) - RJ107016
LUIS FELIPE FREIRE LISBOA E OUTRO(S) - DF019445

ASSUNTO: DIREITO CIVIL - Obrigações - Espécies de Contratos - Seguro

CERTIDÃO

Certifico que a egrégia QUARTA TURMA, ao apreciar o processo em epígrafe na sessão realizada nesta data, proferiu a seguinte decisão:

O presente feito foi retirado de pauta por indicação do Sr. Ministro Marco Buzzi (voto-vista).

**CERTIDÃO DE JULGAMENTO
QUARTA TURMA**

Número Registro: 2019/0356101-0 **PROCESSO ELETRÔNICO REsp 1.850.961 / SC**

Números Origem: 00188664220128240018 0018866422012824001850000 18866422012824001850000

PAUTA: 25/05/2021

JULGADO: 25/05/2021

Relatora

Exma. Sra. Ministra **MARIA ISABEL GALLOTTI**

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro **MARCO BUZZI**

Subprocurador-Geral da República

Exmo. Sr. Dr. **ANTÔNIO CARLOS SIMÕES MARTINS SOARES**

Secretária

Dra. **TERESA HELENA DA ROCHA BASEVI**

AUTUAÇÃO

RECORRENTE : JOÃO PEDRO DE MOURA
ADVOGADO : KELINE RENATA MARTINS DE QUADROS - SC038491
RECORRIDO : METROPOLITAN LIFE SEGUROS E PREVIDÊNCIA PRIVADA SA
ADVOGADOS : RAQUEL SOBOLESKI CAVALHEIRO - RS047580
PAULO ANTÔNIO MÜLLER - SC030741A
LUANA BORGES - SC049057A
MARCO AURELIO MELLO MOREIRA - SC030589A
INTERES. : FENAPREVI-FEDERACAO NACIONAL DE PREVIDENCIA PRIVADA E
VIDA - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : MÁRCIO VIEIRA SOUTO COSTA FERREIRA E OUTRO(S) - RJ059384
FREDERICO JOSE FERREIRA E OUTRO(S) - RJ107016
LUIS FELIPE FREIRE LISBOA E OUTRO(S) - DF019445

ASSUNTO: DIREITO CIVIL - Obrigações - Espécies de Contratos - Seguro

CERTIDÃO

Certifico que a egrégia QUARTA TURMA, ao apreciar o processo em epígrafe na sessão realizada nesta data, proferiu a seguinte decisão:

Adiado o julgamento por indicação do Sr. Ministro Marco Buzzi (voto-vista).

**CERTIDÃO DE JULGAMENTO
QUARTA TURMA**

Número Registro: 2019/0356101-0 **PROCESSO ELETRÔNICO REsp 1.850.961 / SC**

Números Origem: 00188664220128240018 0018866422012824001850000 18866422012824001850000

PAUTA: 25/05/2021

JULGADO: 01/06/2021

Relatora

Exma. Sra. Ministra **MARIA ISABEL GALLOTTI**

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro **MARCO BUZZI**

Subprocurador-Geral da República

Exmo. Sr. Dr. **MARCELO ANTÔNIO MUSCOGLIATI**

Secretária

Dra. **TERESA HELENA DA ROCHA BASEVI**

AUTUAÇÃO

RECORRENTE : JOÃO PEDRO DE MOURA
ADVOGADO : KELINE RENATA MARTINS DE QUADROS - SC038491
RECORRIDO : METROPOLITAN LIFE SEGUROS E PREVIDÊNCIA PRIVADA SA
ADVOGADOS : RAQUEL SOBOLESKI CAVALHEIRO - RS047580
PAULO ANTÔNIO MÜLLER - SC030741A
LUANA BORGES - SC049057A
MARCO AURELIO MELLO MOREIRA - SC030589A
INTERES. : FENAPREVI-FEDERACAO NACIONAL DE PREVIDENCIA PRIVADA E
VIDA - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : MÁRCIO VIEIRA SOUTO COSTA FERREIRA E OUTRO(S) - RJ059384
FREDERICO JOSE FERREIRA E OUTRO(S) - RJ107016
LUIS FELIPE FREIRE LISBOA E OUTRO(S) - DF019445

ASSUNTO: DIREITO CIVIL - Obrigações - Espécies de Contratos - Seguro

CERTIDÃO

Certifico que a egrégia QUARTA TURMA, ao apreciar o processo em epígrafe na sessão realizada nesta data, proferiu a seguinte decisão:

Adiado o julgamento por indicação do Srao. Ministro Marco Buzzi(voto-vista).

RECURSO ESPECIAL Nº 1.850.961 - SC (2019/0356101-0)

RELATORA : **MINISTRA MARIA ISABEL GALLOTTI**
RECORRENTE : JOÃO PEDRO DE MOURA
ADVOGADO : KELINE RENATA MARTINS DE QUADROS - SC038491
RECORRIDO : METROPOLITAN LIFE SEGUROS E PREVIDÊNCIA PRIVADA SA
ADVOGADOS : RAQUEL SOBOLESKI CAVALHEIRO - RS047580
PAULO ANTÔNIO MÜLLER - SC030741A
LUANA BORGES - SC049057A
MARCO AURELIO MELLO MOREIRA - SC030589A
INTERES. : FENAPREVI-FEDERACAO NACIONAL DE PREVIDENCIA PRIVADA E VIDA - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : MÁRCIO VIEIRA SOUTO COSTA FERREIRA E OUTRO(S) - RJ059384
FREDERICO JOSE FERREIRA E OUTRO(S) - RJ107016
LUIS FELIPE FREIRE LISBOA E OUTRO(S) - DF019445

VOTO-VISTA

O SR. MINISTRO MARCO BUZZI:

Cuida-se de recurso especial interposto por JOÃO PEDRO DE MOURA contra acórdão do Tribunal de Justiça do Estado de Santa Catarina, proferido no bojo de ação de cobrança de indenização securitária, na qual se discute, em síntese, se o dever de informação ao segurado a respeito de cláusulas limitativas do seguro de vida em grupo é da estipulante, da seguradora ou solidariamente de ambas, bem como se é válida cláusula que, na mesma apólice, exclui expressamente da cobertura a invalidez parcial decorrente de doença profissional.

Em brevíssimo resumo, a Corte local deu provimento ao apelo da seguradora para, reformando a sentença, julgar improcedente o pedido inicial, dado que *"a responsabilidade pelas informações sobre o conteúdo do contrato, condições gerais e cláusulas limitativas é da estipulante e não da seguradora, pois àquela compete representar os interesses do segurado, nos casos de seguro de vida em grupo, em razão da natureza jurídica desse tipo de contratação"*. Ademais, afirmou incabível a aplicação de equiparação de doença laboral a acidente de trabalho, uma vez que, a complexidade do sistema securitário, especialmente diante do princípio da mutualidade, não admite impor à seguradora obrigação de pagar indenização por hipótese não prevista nas coberturas delineadas na apólice, porquanto o contrato de seguro, em razão de suas peculiaridades, deve ser interpretado restritivamente.

Contra tal deliberação, o autor interpôs recurso especial.

Superior Tribunal de Justiça

Na sessão de 27/10/2020, a e. relatora Ministra Maria Isabel Gallotti, negou provimento ao reclamo, no que foi acompanhada pelos e. Ministros Luis Felipe Salomão e Antonio Carlos Ferreira, utilizando, para tanto, os seguintes fundamentos:

a) *"no seguro de vida em grupo, o estipulante é o mandatário dos segurados, sendo por meio dele encaminhadas as comunicações entre a seguradora e os consumidores aderentes";*

b) *"o dever de informação, na fase pré-contratual, é satisfeito durante as tratativas entre seguradora e estipulante, culminando com a celebração da apólice coletiva que estabelece as condições gerais e especiais e cláusulas limitativas e excludentes de riscos. Na fase de execução do contrato, o dever de informação, que deve ser prévio à adesão de cada empregado ou associado, cabe ao estipulante, único sujeito do contrato que tem vínculo anterior com os componentes do grupo segurável. A seguradora, na fase prévia à adesão individual, momento em que devem ser fornecidas as informações ao consumidor, sequer tem conhecimento da identidade dos interessados que irão aderir à apólice coletiva cujos termos já foram negociados entre ela e o estipulante" e,*

c) *"havendo cláusula expressa afastando a cobertura de invalidez parcial por doença laboral, a ampliação da cobertura para abranger o risco excluído, e, portanto, não considerado no cálculo atuarial do prêmio, desequilibraria o sinalagma do contrato de seguro".*

Abrindo divergência, mas apenas parcialmente – quanto aos fundamentos utilizados e a tese, não quanto ao desfecho do caso em si –, o e. Ministro Raul Araújo aduziu que a ótica de análise não deve se afastar do quanto estabelecido no diploma consumerista, porquanto o segurador está inserto na cadeia de fornecimento do produto, motivo pelo qual o dever de informação aos consumidores/segurados acerca do quanto contratado é intrínseco à relação contratual, haja vista que a estipulante serve como corretora, ou seja, a contratação se dá efetivamente entre segurado e segurador, sendo a estipulante mera intermediária.

Arremata afirmando:

Com a devida vênia, estou adiantando minha divergência, não para dar provimento ao recurso dos consumidores neste caso, porque me parece realmente que não havia cobertura para a invalidez parcial pretendida pelos promoventes da ação; estou acompanhando o desfecho do voto da eminente Relatora, mas não para que coloquemos na ementa que estamos isentando da cadeia de fornecimento um dos fornecedores, no caso, o principal fornecedor, que é o segurador.

Pediu-se vista dos autos para melhor exame da questão controvertida.
É o relatório.

Voto

Com a devida vênia da e. relatora e dos demais Ministros que concordam com seu posicionamento, acompanha-se a divergência inaugurada pelo e. Ministro Raul Araújo, porém em maior extensão, a fim de dar provimento ao recurso especial para restabelecer a sentença em todos os seus termos, dada a inegável incidência do diploma consumerista à espécie e a ausência de adequadas informações prévias ao segurado acerca das cláusulas limitativas do seguro de vida em grupo, as quais devem ser prestadas por todos aqueles que compõem a cadeia de fornecimento do produto/serviço, notadamente pela seguradora, a única que auferes os lucros decorrentes da contratação havida entre as partes.

1. De início, pontua-se a absoluta relevância dos temas afetos à presente discussão, porquanto, em pesquisa jurisprudencial no âmbito desta Quarta Turma, não foram localizados precedentes em recurso especial nos quais a temática envolvendo o dever de informação da estipulante tenha sido debatida e analisada, em seu mérito. Ademais, quanto à seguradora, verificou-se que os julgados nos quais foi responsabilizada pelo não cumprimento do dever de informação são vinculados a seguros de vida individuais, e não coletivos como é do presente caso.

Esses, inclusive, foram os motivos pelos quais restou inviabilizada, até o momento, a afetação da matéria ao julgamento de natureza repetitiva, conforme declinado por este signatário nas deliberações exaradas nos autos dos REsp's n. 1.784.662/SC e 1.782.032/SC, quando da análise dos recursos encaminhados como representativos de controvérsia atinentes ao tema.

Dessa forma, certo é que a tese aqui em discussão lançará clareza acerca da questão controvertida, por aprofundar a discussão jurídica e, por conseguinte, amadurecer matéria afeta aos contratos coletivos de seguro de vida.

2. Dito isso, a despeito das características próprias do contrato de seguro em grupo descritas na legislação de regência, especialmente no artigo 21 do Decreto-Lei 73/1966, e nas normas regulamentares expedidas pelo Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP e pela Superintendência de Seguros Privados - Susep,

afirma-se que a obrigação de prestar informações sobre os termos, condições gerais e cláusulas limitativas de direito estabelecidos no contrato de seguro de vida em grupo ao qual aderiu ao segurado (consumidor) é de todos aqueles que compõem a cadeia de fornecimento do produto/serviço, especialmente a seguradora que, conforme já referido, lança o produto/serviço no mercado e, com a adesão dos segurados, obtém proveito econômico.

É inegável que o seguro coletivo tem as suas peculiaridades, tanto que o caráter híbrido da contratação (coletiva/individual) está, inclusive, estampado no parágrafo único do artigo 1º da Resolução CNSP 107/2004: "**as apólices coletivas em que o estipulante possua, com o grupo segurado, exclusivamente, o vínculo de natureza securitária, referente à contratação do seguro, serão consideradas apólices individuais, no que concerne ao relacionamento dos segurados com a sociedade seguradora**". Tal disposição, a toda evidência, permite afirmar, com clareza ímpar que, para o segurado, a contratação estabelecida com a seguradora é sempre individual, tanto que é objeto de contrato de adesão ao produto/serviço estipulado pela contratada, consoante expresso no parágrafo único do artigo 6º da referida resolução: "**A adesão à apólice deverá ser realizada mediante a assinatura, pelo proponente, de proposta de adesão** e desta deverá constar cláusula na qual o proponente declara ter conhecimento prévio da íntegra das condições gerais".

Desta forma, sob a perspectiva do hipossuficiente, esse se vincula à fornecedora de modo absolutamente pessoal, muitas vezes sequer vislumbrando suposta intermediação havida em momento prévio entre a estipulante e a seguradora para a elaboração do contrato coletivo ao qual adere de modo explicitamente particular.

Verifica-se que, para essa modalidade securitária específica (coletiva/em grupo), estipulante e seguradora estabelecem os riscos cobertos, valores dos prêmios e das indenizações, prazos de carência e de vigência, entre outras disposições inerentes ao negócio jurídico, inclusive as relativas às eventuais restrições de direito dos futuros segurados.

Ademais, nada parece impedir que a seguradora participe das tratativas preliminares à adesão de interessados, advertindo-os, de forma clara, acerca das cláusulas restritivas que lhe serão impostas na apólice, sobretudo porque, quando do delineamento e análise de risco, toma inequívoca ciência, por meio da estipulante, de todos os dados cadastrais daqueles potenciais segurados (art. 3º, inciso I, Resolução CNSP nº 107/2004).

Nem se diga ser apenas do estipulante a obrigação exclusiva de prestar informações prévias ao segurado, conforme menciona a e. relatora com amparo no estabelecido nos incisos III, VI, VII e IX do artigo 3º, da Resolução CNSP nº 107/2004, haja vista que as obrigações da estipulante definidas nos incisos I e II demonstram, com clareza solar, tal como acima referido, que a seguradora **sempre** tem os dados cadastrais dos segurados e tudo o que lhes diz respeito, sendo inclusive informada das circunstâncias que possam, no futuro, resultar em sinistro.

Confira-se:

Art. 3º. Constituem obrigações do estipulante:

I - fornecer à sociedade seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas por aquela, incluindo dados cadastrais;

II - manter a sociedade seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente;

III - fornecer ao segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;

IV - discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, na forma estabelecida pelo art. 7º desta Resolução, **quando este for de sua responsabilidade;**

V - repassar os prêmios à sociedade seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;

VI - repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice, **quando for diretamente responsável pela sua administração;**

VII - discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da sociedade seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro, emitidos para o Segurado;

VIII - comunicar, de imediato, à sociedade seguradora, a ocorrência de qualquer sinistro, ou expectativa de sinistro, referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, **quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;**

IX- dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;

X - comunicar, de imediato, à SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;

XI - fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido; e

XII - informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da sociedade seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de co-seguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em carácter tipográfico maior ou igual ao do estipulante.

§ 1º. Nos seguros contributários, o não repasse dos prêmios à sociedade seguradora, nos prazos contratualmente estabelecidos, poderá acarretar

a suspensão ou o cancelamento da cobertura, a critério da sociedade seguradora, e sujeita o estipulante ou sub-estipulante às cominações legais.

§ 2º. Deverão ser estabelecidos, em contrato específico firmado entre a sociedade seguradora e o estipulante, os deveres de cada parte em relação à contratação do seguro, nos termos deste artigo.

Ademais, para o desate da questão controvertida, a interpretação empreendida pela relatoria no tocante à obrigação constante especificamente no artigo 3º, inciso I, do referido normativo, não pode ser lida em descompasso com os demais dispositivos legais atinentes ao tema. Isso porque todos os deveres elencados no mencionado artigo 3º, consoante especificado no § 2º, "**deverão ser estabelecidos, em contrato específico firmado entre a sociedade seguradora e o estipulante**". Ou seja, as obrigações de cada parte (seguradora/estipulante), no contrato coletivo de seguro, dependem inexoravelmente do que for determinado/ajustado/definido pela seguradora e estipulante, conjuntamente, em ajuste específico por elas firmado, não cabendo ao Estado-Juiz se imiscuir na bilateralidade da contratação - diga-se, sequer objeto de discussão no presente caso - para presumir tenham sido as hipóteses legais vertidas exclusivamente à estipulante, notadamente quando é cediço que a finalidade do negócio é oferecer ao aderente o produto colocado em mercado pela seguradora, a única que, vale lembrar, figura como contratada no ajuste de adesão.

Dessa forma, antes e depois das adesões das pessoas vinculadas ao estipulante, a entidade seguradora tem reais condições de identificar - com absoluta precisão - os indivíduos que efetivamente irão compor o grupo segurado e aqueles que, ao longo da relação contratual, aderem ou se desvinculam dessa coletividade.

Certamente, ao aderirem ao seguro coletivo por meio de apólice individual, é absolutamente adequado, pertinente e compatível com a estrutura do contrato coletivo de seguro firmado, repita-se, mediante apólice individual, atribuir à seguradora o dever de prestar as informações pertinentes diretamente ao segurado, afinal, se ao fim e ao cabo o ajuste de adesão é inexoravelmente particular, o hipossuficiente não é representado tampouco substituído na relação jurídica específica firmada com a seguradora, nos exatos termos da norma de regência acima referida.

Note-se, nesse ponto, que o estipulante, ao ser definido, legalmente, como "representante" do segurado (artigo 21 do Decreto-Lei 73/1966) na formação **inicial (geral)** do contrato de seguro coletivo, não leva adiante, nem mesmo à ocasião da adesão, essa representação/mandato/substituição, porquanto, na prática, é

incontroverso que a proposta de adesão individual do segurado deve ser por ele firmada, limitando-se a estipulante – e, por vezes, o corretor de seguro – à condição de interveniente. Ou seja, a representação mencionada na lei não é geral para todos os atos do negócio jurídico complexo de seguro coletivo, **mas apenas vinculado à etapa preliminar da formação do ajuste, prévio, portanto, às efetivas adesões**. Daí a série de "obrigações" elencadas no artigo 3º, da Resolução nº 107/2004, do CNSP, diante do inafastável dever de lealdade e cooperação do representante em relação aos interesses dos segurados.

No que se refere, especificamente, ao alcance das normas consumeristas na hipótese, não há como conceber – em contraste do que concluiu a eg. Terceira Turma quando do julgamento do Recurso Especial nº 1.825.716/SC (Rel. Min. Marco Aurélio Bellizze) – que as mesmas incidam apenas sobre determinada extensão do negócio jurídico em análise, de forma que um dos mais caros direitos do hipossuficiente, a saber, a “*informação adequada e clara*” (art. 6º, do CDC), fique desprestigiado, isto é, deslocado do microsistema de defesa do consumidor e, por conseguinte, das responsabilidades imputáveis à cadeia de fornecimento, como se fosse matéria absolutamente estranha à seguradora contratada.

Nesse contexto, imprescindível destacar que a existência de estipulante atuando em caráter antecedente à contratação do seguro coletivo não afasta quaisquer deveres e obrigações da seguradora enquanto fornecedora nos moldes estabelecidos pelo diploma consumerista, afinal: **a)** é essa que lança no mercado o seu produto/serviço, pelo que possui toda a expertise no negócio, ao contrário da estipulante, que possui outra atividade fim; **b)** a seguradora sempre dispõe, desde o início das tratativas havidas com a estipulante, de todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, incluindo os dados cadastrais dos potenciais aderentes consoante artigo 3º, inciso I da referida resolução, sendo justamente com base nesses dados informativos que formula a proposta de seguro em grupo para a específica coletividade a ser abarcada pelo seu produto/serviço e, **c)** a seguradora recebe os pagamentos dos prêmios do seguro contratado, sendo, inclusive, vedado à estipulante, em contratos de seguro contributários, cobrar quaisquer quantias dos consumidores além daquelas estabelecidas pela seguradora, conforme artigo 4º, inciso I da Resolução CNSP nº 107/2004 CNSP.

Se a seguradora é, portanto, quem **oferece o produto, conhece do negócio, dispõe dos dados cadastrais e aufer todo o lucro daí decorrente**, não

há como afastar, em que pesem as especificidades do contrato coletivo, **a incidência do binômio risco-proveito** fundado no princípio *ubi emolumentum ibi onus*, que se traduz na responsabilidade daquele que tira proveito ou vantagem do do fato ensejador do pacto. Nenhuma das peculiaridades, bem destacadas pela e. relatoria, é capaz, na visão deste signatário, de atrair conclusão diversa, pois é evidente, diante de todos os contornos do negócio jurídico, ora exaustivamente realçados, que a **seguradora também deve responder pela violação do dever de informação ao segurado**.

O Código de Defesa do Consumidor compreende, como se sabe, regras e princípios que visam a restabelecer o equilíbrio e a igualdade nas relações de consumo diante do descompasso entre a realidade social e jurídica vivenciada por seus atores – consumidor e fornecedor.

Antes da vigência do CDC, os riscos inerentes ao consumo eram suportados pela parte mais fraca, sendo que o fornecedor só respondia nos casos de dolo e culpa (artigo 159 do Código Civil de 1916), cuja prova cabia ao consumidor, razão por que a álea inerente a esta relação era considerada risco próprio do consumo.

A objetivação da responsabilidade inaugurada pelo CDC procurou equilibrar a balança antes desequilibrada, fixando a responsabilidade dos riscos do empreendimento na parte forte da relação, a fim de que seja responsabilizada quando descumprir os deveres inerentes à boa-fé e lealdade contratual, principalmente na ocasião em que violar os direitos dos consumidores explicitados na lei, dentre os quais, repita-se, um dos mais básicos e caros a todo o sistema protetivo: o de receber informações prévias claras, adequadas, objetivas do produto/serviço posto em circulação.

Ressalte-se, por oportuno, que o diploma consumerista é regra especial a reger as relações modernas, devendo ser aplicada a todos os negócios jurídicos nos quais se verifique o envolvimento de fornecedores e consumidores assim definidos na legislação, não havendo espaço para que resoluções regulamentares se sobreponham quando, eventualmente, a sua interpretação não estiver em conformidade com os ditames específicos e especiais da Lei nº 8.078/90.

Feitas todas essas considerações, passa-se à análise do caso concreto.

3. Na hipótese em exame, afirmou o magistrado *a quo* que a cláusula contratual limitativa de cobertura para invalidez permanente total ou parcial por acidente e decorrente de doença funcional não foi redigida de forma destacada, sendo por essa razão considerada abusiva.

Confira-se o seguinte trecho da sentença:

Isso porque tal cláusula limitadora, por não estar redigida de forma destacada como exige o art. 54, § 4º, do Código de Defesa do Consumidor, apresenta teor abusivo, na medida em que viola o disposto no art. 21 da Lei n. 8.213/91, que equipara o acidente de trabalho a doença contraída acidentalmente no exercício da atividade laboral. (...)

Em consequência, não há dúvidas que existe o dever de indenizar da seguradora, pois, apesar de não haver previsão contratual para invalidez parcial por doença, há previsão de cobertura para o caso de invalidez permanente por acidente total ou parcial.

E dessa forma, considerando que se tratava de seguro em vida em grupo contratado pelo empregador justamente para proteger a categoria profissional a que pertencia o autor, impõe-se o reconhecimento do pedido, com a indenização correspondente a patologia que acomete o segurado.

Vale salientar que "não condicionada, pela seguradora, a contratação do seguro à submissão do segurado a prévio exame médico e, nem ao menos, à apresentação de declaração negativa ou de documentos que lhe atestassem a perfeita higidez física, não lhe é dado posteriormente, em razão de entender ter havido omissão a respeito, eximir-se de satisfazer a cobertura pactuada, sob o argumento de preexistência do mal incapacitante". (TJSC, Apelação Cível n. 2014.089393-4, da Capital, rel. Des. Trindade dos Santos, j. 12-03-2015).

Como se vê, no caso, não houve comprovação do prévio esclarecimento ao segurado sobre o tipo de cobertura contratada e suas especificidades, dada a ausência de redação clara e destacada da limitação de cobertura, tampouco existiu exame médico prévio à contratação do seguro a fim de constatar que a doença que gerou a incapacidade parcial do autor preexistia ou foi agravada com o passar dos tempos, circunstâncias que não podem ser revisitadas no âmbito do STJ ante os óbices das súmulas 5 e 7/STJ.

Efetivamente, nos termos da jurisprudência desta Casa, as cláusulas limitativas de cobertura não são em si abusivas. Contudo, há que se reiterar que **os consumidores devem ser prévia e devidamente esclarecidos**, prestando-se informações claras a respeito do tipo de cobertura contratada e as suas consequências, de modo a não induzi-los em erro.

Nesse sentido:

EMBARGOS DE DECLARAÇÃO. AGRAVO INTERNO. RESOLUÇÃO Nº 5/2020 DO STJ. AGRAVO INTERNO TEMPESTIVO. CONTRATO DE SEGURO DE VIDA EM GRUPO. COBERTURA. Invalidez Funcional Permanente Total por Doença - IFPD. CLÁUSULA QUE NÃO É ABUSIVA EM SI MESMA, DESDE QUE OS CONSUMIDORES SEJAM PREVIAMENTE ESCLARECIDOS. DEVER DE INFORMAÇÃO. NÃO CUMPRIMENTO. REEXAME DE PROVAS. SÚMULAS 5 E 7/STJ. NÃO IMPUGNAÇÃO

ESPECÍFICA DAS RAZÕES DO ACÓRDÃO ESTADUAL. INCIDÊNCIA DO VERBETE Nº 283/STF.

(...)

2. "Embora a cobertura IFPD (invalidez funcional) seja bem mais restritiva que a cobertura ILPD (invalidez profissional ou laboral), tal cláusula não é, em si mesma, abusiva. Contudo há que se ressaltar, que os consumidores devem ser prévia e devidamente esclarecidos, prestando-se informações claras a respeito do tipo de cobertura contratada e as suas consequências, de modo a não induzi-los em erro. - Precedentes." (AgInt no AREsp 1700831/SC, Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, QUARTA TURMA, julgado em 7/12/2020, DJe 10/12/2020).

3. Não cabe, em recurso especial, reexaminar matéria fático-probatória e a interpretação de cláusulas contratuais (Súmulas 5 e 7/STJ).

4. Ante a ausência de impugnação de fundamento autônomo, aplica-se, por analogia, o óbice da Súmula nº 283, do STF.

5. Embargos de declaração acolhidos para negar provimento ao agravo interno.

(EDcl no AgInt no AREsp 1602603/MG, Rel. Ministra MARIA ISABEL GALLOTTI, QUARTA TURMA, julgado em 26/04/2021, DJe 11/05/2021)

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PROCESSUAL CIVIL E CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA SECURITÁRIA. SEGURO DE VIDA EM GRUPO. DEVER DE INFORMAÇÃO. SEGURADORA. DECISÃO DE ACORDO COM A JURISPRUDÊNCIA DESTA CORTE. INCIDÊNCIA DA SÚMULA 83/STJ. TRIBUNAL A QUO CONCLUIU QUE FOI COMPROVADA A INCAPACIDADE PERMANENTE DA SEGURADA. INDENIZAÇÃO DEVIDA. REEXAME DO ACERVO FÁTICO-PROBATÓRIO. INCIDÊNCIA DA SÚMULA 7/STJ. AGRAVO DESPROVIDO.

1. "A seguradora deve sempre esclarecer previamente o consumidor e o estipulante (seguro em grupo) sobre os produtos que oferece e existem no mercado, prestando informações claras a respeito do tipo de cobertura contratada e as suas consequências, de modo a não induzi-los em erro" (AgInt no REsp 1.644.779/SC, Rel. Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, TERCEIRA TURMA, julgado em 08/08/2017, DJe de 25/08/2017).

2. Estando a decisão recorrida de acordo com a jurisprudência desta Corte, o apelo nobre encontra óbice na Súmula 83/STJ.

3. O Tribunal de origem, com arrimo no acervo fático-probatório, concluiu que foi comprovada a incapacidade permanente da agravada, o que justifica o pagamento da indenização securitária pleiteada. A pretensão de alterar tal entendimento demandaria o revolvimento do suporte fático-probatório, o que é inviável em sede de recurso especial, conforme dispõe a Súmula 7/STJ.

4. Agravo interno desprovido.

(AgInt no AREsp 1379200/MS, Rel. Ministro RAUL ARAÚJO, QUARTA TURMA, julgado em 20/08/2019, DJe 09/09/2019)

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. AÇÃO CONDENATÓRIA. DECISÃO MONOCRÁTICA QUE NEGOU PROVIMENTO AO RECLAMO. INSURGÊNCIA RECURSAL DA REQUERIDA.

1. As questões postas à discussão foram dirimidas pelo órgão julgador de forma suficientemente ampla, fundamentada e sem omissões, portanto, deve ser afastada a alegada violação aos artigos 489 e 1.022 do CPC/15. Precedentes.

2. Nos termos da jurisprudência desta Corte Superior, a cobertura securitária de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD), definida como a perda do pleno exercício de relações autonômicas na vida cotidiana, não pode ser considerada, por si só, abusiva. Exige-se, no entanto, que a limitação de cobertura seja adequadamente informada ao consumidor. Precedentes.

2.1. Hipótese em que a Corte local concluiu que os limites da cobertura contratada não foram adequadamente explicitados ao segurado, razão pela qual seria devido o pagamento da indenização securitária pleiteada. Incidência da Súmula 7 do STJ.

3. Agravo interno desprovido.

(AgInt no AREsp 1645835/DF, Rel. Ministro MARCO BUZZI, QUARTA TURMA, julgado em 24/08/2020, DJe 28/08/2020)

No Código de Defesa do Consumidor, há regra clara e específica acerca da responsabilidade e obrigação do fornecedor de serviços/produtos.

O artigo 14 do CDC é claro e não deixa margem à interpretação diversa:

Art. 14. O fornecedor de serviços responde, independentemente da existência de culpa, pela reparação dos danos causados aos consumidores por defeitos relativos à prestação dos serviços, **bem como por informações insuficientes ou inadequadas sobre sua fruição e riscos.**

Outrossim, em relação a interpretação do contrato, mister ressaltar que a legislação consumerista prevê, em seu artigo 47, que as cláusulas contratuais serão interpretadas de maneira mais favorável ao consumidor.

Com todos esses fundamentos, fato é que a essência do microsistema de defesa do consumidor se encontra no reconhecimento de sua vulnerabilidade em relação aos fornecedores de produtos e serviços, que detêm todo o controle do mercado, e sendo a boa-fé objetiva uma norma de conduta que impõe a cooperação entre os contratantes em vista da plena satisfação das pretensões que servem de ensejo ao acordo de vontades que dá origem à avença, o dever de adequada e clara informação deve ser sempre considerado em casos dessa jaez, o que não foi observado na hipótese ora em foco.

Em conclusão, tem-se que as informações prévias atinentes a cláusulas limitativas ou restritivas de cobertura devem ser prestadas ao segurado por todos aqueles que compõem a cadeia de fornecimento do produto/serviço em questão, pelo

Superior Tribunal de Justiça

que não pode ser afastada, na hipótese, a responsabilidade da seguradora.

4. Assim, com a devida venia dos e. Ministros que já votaram, no caso concreto, dou provimento ao recurso especial do autor para restabelecer a sentença em todos os seus termos.

É como voto.



RECURSO ESPECIAL Nº 1.850.961 - SC (2019/0356101-0)

RETIFICAÇÃO DE VOTO

O SR. MINISTRO RAUL ARAÚJO: Sr. Presidente, gostaria de fazer uma rápida manifestação, esclarecendo melhor minha compreensão acerca desse problema, no sentido de que não devemos responsabilizar o estipulante por contrato de seguro que proporciona àqueles que são, normalmente, seus empregados.

Trata-se de um benefício social que o empregador não está obrigado por lei a conceder, mas que, por ter uma maior sensibilidade social, resolve proporcionar a seus colaboradores, seus empregados.

Assim, a posição de responsabilizar sobretudo o estipulante nas contratações de seguros parece-me absolutamente injusta, indevida e equivocada e não trará nenhum benefício para os segurados, para os consumidores, com a devida vênia.

Não tenho dúvida de que é um seguro de vida em grupo, como frisa a eminente Ministra Maria Isabel Gallotti. Trata-se de um seguro de vida em grupo que tem um estipulante, que é o empregador – normalmente é a figura do empregador –, o qual não está obrigado por lei a fazer isso, mas leva esse benefício até seus empregados.

Não faz sentido, isentarmos de responsabilidade o segurador, que, como o eminente Ministro Marco Buzzi frisa em seu voto-vista, é o principal interessado na contratação, é quem vai auferir os lucros com a realização da contratação, para transferir e carregar toda a responsabilidade para quem nem tinha o dever de levar o benefício a seus empregados, mas o faz por ter uma visão social coerente com a modernidade, condizente com a atualidade.

Estaremos, com isso, sinalizando o quê? “Não proporcione seguro de vida em grupo para seus empregados, porque qualquer problema vai repercutir em você, estipulante. Fuja disso. Não faça isso. Isso é perigoso para você.”

Os empregadores, os empresários, vão tender a não fazer mais estipulação de contrato de seguro em favor de seus empregados, porque, em nossa visão – a meu ver, equivocada, obviamente com todas as vênicas –, isso gera responsabilidade para eles, responsabilidade que não teriam se não estendessem aos empregados aquele benefício.

Evidentemente – isso o voto divergente do eminente Ministro Marco Buzzi mostra muito bem –, a responsabilidade sempre estará na figura do segurador, que é quem explora o negócio e é o interessado em captar o negócio,

ter a relação de contrato de seguro de vida com o grupo.

O segurador poderá periodicamente fazer reuniões com os empregados e repassar informações, renovando os manuais de instruções acerca dos seguros, de modo a assegurar o direito de informação, além de entregar a cada um, desde o início da relação jurídica de consumo, aquele “manualzinho” do segurado, de modo que cada segurado tenha a oportunidade de ter amplo acesso à informação, que é direito da maior relevância do ponto de vista do consumidor.

Agora, a pior situação, a pior hipótese, será essa de responsabilizar apenas o estipulante e isentar de responsabilidade o segurador. Acho, com todas as vênias, que é uma medida um tanto ingrata a que está sendo adotada pelo Colegiado da Terceira Turma e agora replicada na Quarta Turma. Acho que não devemos fazer isso.

Chego a comparar com a situação do corretor de seguro, quando sustento que o corretor de seguro não deve ser responsabilizado por insuficiência de informação ao consumidor, porque quem elabora os formulários com a propaganda e com as proposta de captação de seguro e, depois, a apólice respectiva, tudo, enfim, é o segurador, que fica com o valor do prêmio. O corretor auferir um pequeno percentual. É um corretor de venda. É um vendedor. Quem deve ser responsabilizada mesmo pelo contrato de seguro é a seguradora, que tem, normalmente, idoneidade financeira para isso, porque esse ramo de atividade econômica é muito fiscalizado pelas agências governamentais.

Então, a responsabilidade é do segurador, que tem, sim, como colher os dados relativos a cada componente do grupo de segurados. Parece-me que isso não é uma dificuldade intransponível. Aliás, não é dificuldade alguma. A dificuldade, se existisse, seria a mesma presente nas demais formas de captação de clientela de segurados, por intermediação de corretor, nos seguros individuais ou coletivos, em grupo. Não há dificuldade.

A responsabilidade por falha no direito à informação do consumidor, portanto, insisto, é do segurador, com todas as devidas vênias.

Acho que o estipulante nem deve ser responsabilizado, nem pode ser responsabilizado, por levar esse benefício a seus empregados. Ele não faz parte de cadeia de fornecimento, pois nada auferir, em termos de ganhos monetários. Apenas proporciona o benefício, assegurando aos trabalhadores – geralmente gente humilde – aquilo que jamais alcançariam se não estivessem empregados com a carteira assinada por aquele empreendedor e estipulante.

Tenho essa pequena divergência em relação ao posicionamento do eminente Ministro Marco Buzzi, mas, de maneira geral, assinaria seu voto, que

Superior Tribunal de Justiça

responsabiliza sobretudo o segurador.

Minha preocupação é a de isentar o estipulante, porque acho que devemos incentivar os empresários que se dispõem a levar benefícios a seus empregados, às pessoas mais humildes, numa sociedade tão desigual como a nossa. Isso gera benefício para os trabalhadores consumidores, que figuram como segurados nos contratos de seguro em grupo. Penso que o estipulante não deve ser maltratado por proporcionar tal benefício a seus empregados.

Desejo, assim, marcar minha posição a fim de que fique mais clara para os eminentes Pares, para os que nos ouvem.

Retifico o que constou na certidão de julgamento anterior. Devo retificar, porque estou dando provimento, ao menos em parte, ao recurso do recorrente, que é o segurado João Pedro de Moura, pois entendo que a seguradora deve ser responsabilizada por falha no dever de informação, nos contratos de seguro de vida em grupo, e isento de responsabilidade o estipulante.

Na isenção de responsabilidade quanto ao estipulante é que talvez eu divirja do voto-vista do eminente Ministro Marco Buzzi, a quem acompanho, então, em parte.

Digo que acompanho o Ministro Marco Buzzi, porque traz um voto-vista mais estruturado, mais bem apresentado, do que este voto-vogal que, oralmente, profiro em complementação ao voto, também verbal, que apresentei na anterior sessão de julgamento do mesmo recurso.

RECURSO ESPECIAL Nº 1.850.961 - SC (2019/0356101-0)

RATIFICAÇÃO DE VOTO

MINISTRA MARIA ISABEL GALLOTTI: Agradeço o cuidadoso voto vista do Ministro Marco Buzzi, mas observo, data maxima vênia, que ele se baseia com premissa incompatível com o caso dos autos, expressa no item 2, a saber, a de que se trataria de apólice coletiva, em que o estipulante possuía, com o grupo segurado, exclusivamente, o vínculo de natureza securitária, referente à contratação do seguro. É apenas a esses casos que se dirige a regra do parágrafo único do art. 1º da Resolução CNSP, segundo o qual:

"As apólices coletivas em que o estipulante possuía, com o grupo segurado, exclusivamente, o vínculo de natureza securitária, referente à contratação do seguro, serão consideradas apólices individuais, no que concerne ao relacionamento dos segurados com a sociedade seguradora".

Com efeito, em se tratando de apólice aberta, em que o estipulante não tem vínculo outro com o aderente que não o securitário, a adesão de cada beneficiário implica o estabelecimento de um vínculo próprio entre o consumidor e a seguradora, a receber a disciplina das apólices individuais.

No caso dos autos, ao contrário, a estipulante da apólice é empregadora do autor, o que faz inaplicável a regra do parágrafo único do art. 1º da Resolução CNSP.

Reitero, portanto, os termos do meu voto no sentido de que o dever de informação é necessariamente prévio à celebração do contrato mestre (padrão) entre a seguradora e a estipulante, momento em que não se sabe ainda que membros do grupo potencialmente interessado (os empregados da estipulante presentes e futuros) aderirão à futura apólice coletiva.

Somente após a celebração do contrato coletivo, caberá aos empregados decidir sobre a conveniência de aderir ou não aos termos da apólice, com base nas informações obtidas por meio da estipulante acerca da extensão e limites da cobertura e valor do prêmio já definidos na negociação entre a seguradora e a estipulante.

Nesse sentido, o acórdão da Terceira Turma no REsp. 1.825.716/SC, da relatoria do Ministro Marco Aurélio Bellizze:

RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE COBRANÇA DE INDENIZAÇÃO

SECURITÁRIA, COM BASE EM CONTRATO DE SEGURO DE VIDA EM GRUPO. CONTROVÉRSIA CONSISTENTE EM DEFINIR DE QUEM É O DEVER DE INFORMAR PREVIAMENTE O SEGURADO A RESPEITO DAS CLÁUSULAS RESTRITIVAS DE COBERTURA FIRMADA EM CONTRATO DE SEGURO DE VIDA EM GRUPO. ESTIPULANTE QUE, NA CONDIÇÃO DE REPRESENTANTE DO GRUPO DE SEGURADOS, CELEBRA O CONTRATO DE SEGURO EM GRUPO E TEM O EXCLUSIVO DEVER DE, POR OCASIÃO DA EFETIVA ADESÃO DO SEGURADO, INFORMAR-LHE ACERCA DE TODA A ABRANGÊNCIA DA APÓLICE DE SEGURO DE VIDA. RECURSO ESPECIAL IMPROVIDO.

1. A controvérsia posta no presente recurso especial centra-se em identificar a quem incumbe o dever de prestar informação prévia ao segurado a respeito das cláusulas limitativas/restritivas nos contratos de seguro de vida em grupo, se da seguradora, se da estipulante, ou se de ambas, solidariamente.

2. Ausência, até o presente momento, de uma deliberação qualificada sobre o tema, consistente no julgamento de um recurso especial diretamente por órgão colegiado do STJ, em que se concede às partes a oportunidade de fazer sustentação oral. A despeito dessa conclusão, é de se reconhecer que a questão vem sendo julgada por esta Corte de Justiça, com base, sem exceção, em um julgado desta Terceira Turma (Recurso Especial n. 1.449.513/SP), que não tratou, pontualmente, da matéria em questão, valendo-se de argumento feito, *obiter dictum*, com alcance diverso do ali preconizado.

2.1 Necessidade de enfrentamento da matéria por esta Turma julgadora, a fim de proceder a uma correção de rumo na jurisprudência desta Corte de Justiça, sempre salutar ao aprimoramento das decisões judiciais.

3. Como corolário da boa-fé contratual, já se pode antever o quanto sensível é para a higidez do tipo de contrato em comento, a detida observância, de parte a parte, do dever de informação. O segurado há de ter prévia, plena e absoluta ciência acerca da abrangência da garantia prestada pelo segurador, especificamente quanto aos riscos e eventos que são efetivamente objeto da cobertura ajustada, assim como aqueles que dela estejam excluídos. Ao segurador, de igual modo, também deve ser concedida a obtenção de todas as informações acerca das condições e das qualidades do bem objeto da garantia,

indispensáveis para a contratação como um todo e para o equilíbrio das prestações contrapostas.

4. Encontrando-se o contrato de seguro de vida indiscutivelmente sob o influxo do Código de Defesa do Consumidor, dada a assimetria da relação jurídica estabelecida entre segurado e segurador, a implementação do dever de informação prévia dá-se de modo particular e distinto conforme a modalidade da contratação, se "individual" ou se "em grupo".

5. A contratação de seguro de vida coletivo dá-se de modo diverso e complexo, pressupondo a existência de anterior vínculo jurídico (que pode ser de cunho trabalhista ou associativo) entre o tomador do seguro (a empresa ou a associação estipulante) e o grupo de segurados (trabalhadores ou associados).

5.1 O estipulante (tomador do seguro), com esteio em vínculo jurídico anterior com seus trabalhadores ou com seus associados, celebra contrato de seguro de vida coletivo diretamente com o segurador, representando-os e assumindo, por expressa determinação legal, a responsabilidade pelo cumprimento de todas as obrigações contratuais perante o segurador.

5.2 O segurador, por sua vez, tem por atribuição precípua garantir os interesses do segurado, sempre que houver a implementação dos riscos devidamente especificados no contrato de seguro de vida em grupo, cuja abrangência, por ocasião da contratação, deve ter sido clara e corretamente informada ao estipulante, que é quem celebra o contrato de seguro em grupo.

5.3 O grupo de segurados é composto pelos usufrutuários dos benefícios ajustados, assumindo suas obrigações para com o estipulante, sobretudo o pagamento do prêmio, a ser repassado à seguradora.

6. É relevante perceber que, por ocasião da contratação do seguro de vida coletivo, não há, ainda, um grupo definido de segurados. A condição de segurado dar-se-á, voluntariamente, em momento posterior à efetiva contratação, ou seja, em momento em que as bases contratuais, especificamente quanto à abrangência da cobertura e dos riscos dela excluídos, já foram definidas pelo segurador e aceitas pelo estipulante. Assim, como decorrência do princípio da boa-fé contratual, é imposto ao segurador, antes e por ocasião da contratação da apólice coletiva de seguro, o dever legal de conceder todas as informações necessárias a sua perfectibilização ao estipulante, que é quem efetivamente celebra o

contrato em comento. Inexiste, ao tempo da contratação do seguro de vida coletivo — e muito menos na fase pré-contratual — qualquer interlocução direta da seguradora com os segurados, individualmente considerados, notadamente porque, nessa ocasião, não há, ainda, nem sequer definição de quem irá compor o grupo dos segurados.

7. Somente em momento posterior à efetiva contratação do seguro de vida em grupo, caberá ao trabalhador ou ao associado avaliar a conveniência e as vantagens de aderir aos termos da apólice de seguro de vida em grupo já contratada. A esse propósito, afigura-se

indiscutível a obrigatoriedade legal de bem instruir e informar o pretense segurado sobre todas as informações necessárias à tomada de sua decisão de aderir à apólice de seguro de vida contratada. Essa obrigação legal de informar o pretense segurado previamente à sua adesão, contudo, deve ser atribuída exclusivamente ao estipulante, justamente em razão da posição jurídica de representante dos segurados, responsável que é pelo cumprimento de todas as obrigações contratuais assumidas perante o segurador. Para o adequado tratamento da questão posta, mostra-se relevante o fato de que não há, também nessa fase contratual, em que o segurado adere à apólice de seguro de vida em grupo, nenhuma interlocução da seguradora com este, ficando a formalização da adesão à apólice coletiva restrita ao estipulante e ao proponente.

8. Em conclusão, no contrato de seguro coletivo em grupo cabe exclusivamente ao estipulante, e não à seguradora, o dever de fornecer ao segurado (seu representado) ampla e prévia informação a respeito dos contornos contratuais, no que se inserem, em especial, as cláusulas restritivas.

9. Recurso especial improvido.

(DJe 12.11.2020)

Concordo com o Ministro Raul Araújo, quando sustenta que a obrigação de arcar com a indenização securitária é exclusivamente da seguradora, que percebe o proveito da atividade econômica securitária. Se houver dúvida acerca da legalidade ou da interpretação da cláusula do contrato mestre (padrão), dirimida em juízo em prol do consumidor, a legitimidade passiva e a responsabilidade pelo pagamento da cobertura securitária será apenas da seguradora.

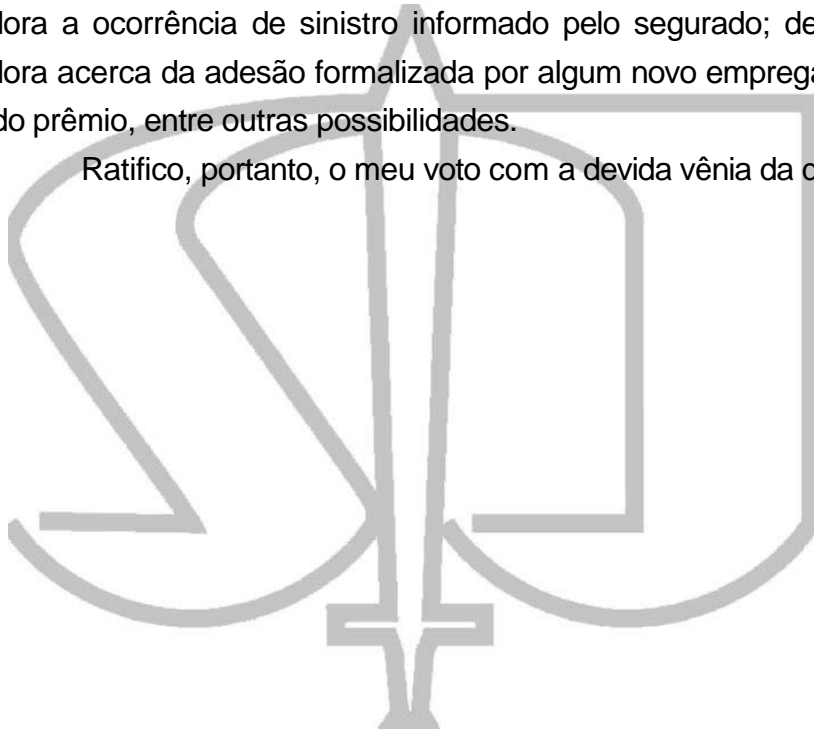
Superior Tribunal de Justiça

Mas essa responsabilidade não decorrerá de descumprimento do alegado dever da seguradora de prestar informações diretamente ao aderente. Este dever compete à estipulante previamente à adesão de cada beneficiário.

A seguradora será responsável pelo fiel cumprimento das obrigações contratadas com a estipulante e expressas na apólice coletiva.

Eventual responsabilidade da estipulante ocorreria apenas se falhasse no cumprimento de alguma de suas obrigações na condição de mandatária do segurado aderente, com base no art. 667, caput, do Código Civil, hipótese não cogitada nos autos. Como exemplo, figuro a eventual falha da estipulante em comunicar à seguradora a ocorrência de sinistro informado pelo segurado; desídia em informar à seguradora acerca da adesão formalizada por algum novo empregado, ou em repassar o valor do prêmio, entre outras possibilidades.

Ratifico, portanto, o meu voto com a devida vênia da divergência.



**CERTIDÃO DE JULGAMENTO
QUARTA TURMA**

Número Registro: 2019/0356101-0 **PROCESSO ELETRÔNICO REsp 1.850.961 / SC**

Números Origem: 00188664220128240018 0018866422012824001850000 18866422012824001850000

PAUTA: 15/06/2021

JULGADO: 15/06/2021

Relatora

Exma. Sra. Ministra **MARIA ISABEL GALLOTTI**

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro **MARCO BUZZI**

Subprocurador-Geral da República

Exmo. Sr. Dr. **ANTÔNIO CARLOS PESSOA LINS**

Secretária

Dra. **TERESA HELENA DA ROCHA BASEVI**

AUTUAÇÃO

RECORRENTE : JOÃO PEDRO DE MOURA
ADVOGADO : KELINE RENATA MARTINS DE QUADROS - SC038491
RECORRIDO : METROPOLITAN LIFE SEGUROS E PREVIDÊNCIA PRIVADA SA
ADVOGADOS : RAQUEL SOBOLESKI CAVALHEIRO - RS047580
PAULO ANTÔNIO MÜLLER - SC030741A
LUANA BORGES - SC049057A
MARCO AURELIO MELLO MOREIRA - SC030589A
INTERES. : FENAPREVI-FEDERACAO NACIONAL DE PREVIDENCIA PRIVADA E
VIDA - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : MÁRCIO VIEIRA SOUTO COSTA FERREIRA E OUTRO(S) - RJ059384
FREDERICO JOSE FERREIRA E OUTRO(S) - RJ107016
LUIS FELIPE FREIRE LISBOA E OUTRO(S) - DF019445

ASSUNTO: DIREITO CIVIL - Obrigações - Espécies de Contratos - Seguro

CERTIDÃO

Certifico que a egrégia QUARTA TURMA, ao apreciar o processo em epígrafe na sessão realizada nesta data, proferiu a seguinte decisão:

Após o voto-vista do Ministro Marco Buzzi dando provimento ao recurso especial, divergindo da relatora e a retificação do voto do Ministro Raul Araújo dando parcial provimento ao recurso especial, a Quarta Turma, por maioria, negou provimento ao recurso especial, nos termos do voto da relatora. Vencidos o Ministro Raul Araújo e o Ministro Marco Buzzi.