

Regulação do contrato de seguro e reflexos no resseguro: o Brasil abaixo do *standard* internacional¹

Walter A. Polido

Mestre em Direitos Difusos e Coletivos pela PUC-SP; Árbitro em seguros e resseguros;
Consultor e Parecerista

Resumo: Estudo centrado na atividade seguradora em face dos novos paradigmas eleitos pela sociedade pós-moderna para contratos e, especificamente, contratos de seguros e de resseguros. O intervencionismo não especializado e anacrônico do Estado na regulação desmedida das estruturas contratuais de seguros como fator não só de inibição do desenvolvimento da atividade, que é essencialmente privada, como também determinante para a não proteção adequada do consumidor de seguros do país. Os reflexos do estágio de desenvolvimento atual do mercado de seguros brasileiro na atividade resseguradora. A necessária reformulação das funções essenciais do Regulador do sistema securitário, visando à proteção do consumidor em primeiro plano. Como e por que o Brasil precisa avançar em relação ao *standard* regulatório em seguros.

Palavras-Chave: Contrato de seguro – Contrato de resseguro - Limites objetivos da atividade seguradora – Intervencionismo regulatório anacrônico – Novos paradigmas para a atividade seguradora – Situações de conflitos no mercado segurador brasileiro em face das bases contratuais mal determinadas – Reflexos negativos do cenário segurador nacional na atividade resseguradora internacional. Paradigmas determinantes para a modernização do mercado segurador nacional.

¹ Publicado nos Anais do I Congresso Internacional de Direito do Seguro. VI Fórum de Direito do Seguro “José Sollero Filho” – IBDS, Conselho da Justiça Feral e Superior Tribunal de Justiça – STJ, 20 2 22.05.2014, Brasília-DF. São Paulo: Roncarati, 2015, p. 249-293.

Key Words: Insurance contract – Reinsurance contract – Objective limits of the insuring activity – Anachronistic regulating interventionism – New paradigms for the insuring activity – Situations of conflicts in the Brazilian insurance market.

Sumário: 1. Introdução – 2. Pontos fortes da indústria seguradora - 3. A regulação do mercado segurador - 4. O contrato de seguro hoje - 5. Microsistematização do contrato de seguro - 6. Situações que podem confrontar com o novo cenário - 6.1. Procedimentos dos proponentes de seguros e segurados - 6.2. Bases contratuais de seguros (*clausulados* que determinam as coberturas e as não-coberturas, assim como os demais dispositivos inerentes aos direitos e obrigações das partes) - 6.2.1. Utilização da *tabela de prazo curto* para a recondução do prazo de vigência da apólice de seguro - 6.2.2. Objeto essencial da cobertura - (a) Seguros de Responsabilidade Civil Geral – (b) Limite Máximo de Garantia na Apólice de Seguro RC - (c) Apólice de Reembolso em Seguros de Responsabilidade Civil Facultativo de Veículo – RCFV - (d) Readequação de prêmios em seguros de longa duração - (e) Seguro Transporte – começo e fim da cobertura - 6.2.3. Recusa de Proposta de Seguro sem justificativa plausível ao proponente - 6.2.4. Danos efetivamente cobertos pela apólice – novos direitos - 6.2.5. Comissões de corretagens de seguros não declaradas para os consumidores dos seguros - 6.2.6. Seguro de Crédito – Vida e Acidentes Pessoais de prestamistas - 6.2.7. Oferta de coberturas que não foram solicitadas pelo proponente - 6.2.8. Seguro de cartão de crédito - 6.2.9. Outras situações recorrentes que geram conflitos no mercado: (a) Seguro de Automóvel – (b) Seguro Automóvel com Seguro de Responsabilidade Civil Facultativa de Veículos – (c) Seguro de Responsabilidade Civil Facultativa de Veículos – RCFV – as coberturas garantidas ao Terceiro – (d) Prorrogação do prazo de vigência de apólices referentes a riscos não renováveis - 7. A interferência desmedida do(s) Ressegurador(es) na decisão sobre o sinistro reclamado - 8. Situações outras que também podem gerar conflitos – 8.1. No Mercado Externo – 8.2. No Mercado Interno: (a) Em seguros de Responsabilidade Civil de Obras em Construção – (b) Em Seguros de *Property* e Lucros Cessantes – (c) Comercialização de produtos de seguros para situações de riscos que podem ensejar confusão no entendimento do consumidor que os

adquire – (d) Em seguros residenciais ou comerciais – (e) Seguro de Diárias por Incapacidade Temporária – DIT - 9. Conclusão - 10. Referências bibliográficas

1. Introdução

O CC/2002 determinou no parágrafo único do art. 757 que “*somente pode ser parte, no contrato de seguro, como segurador, entidade para tal fim legalmente autorizada*”. A norma, de ordem pública, enfatiza a necessária natureza empresarial da atividade e de modo mesmo a proteger a *mutualidade* representada pelo conjunto de segurados-consumidores dos diversos fundos administrados pela Seguradora e pertinentes a cada um dos ramos de seguros que ela comercializa. Conceitos aparentemente simples, mas que encerram *obrigações típicas* e particularmente atribuídas pelo ordenamento jurídico a todos àqueles que investem na atividade seguradora, sem exceção.

Com o advento do Código de Defesa do Consumidor em 1990 e posteriormente o Código Civil em 2002, o *contrato de seguro* e também a *atividade seguradora* que o materializa, sofreram influências remodeladoras a partir dessa amálgama legislativa, sepultando velhos conceitos e elegendo novos paradigmas. O primeiro ordenamento, de maneira microssistemática e inovadora, enquanto que o CC, apesar das críticas que recebeu, também reformulou as bases contratuais ao se pautar nos princípios da *função social* do contrato e na *boa-fé objetiva*. Houve, sem dúvida, a imposição de *limites objetivos* na atuação das Seguradoras, sendo eles multiformes e cogentes, sem qualquer possibilidade de perpetuação de antigas práticas, hoje repudiadas pelos novos ordenamentos. *Não há mais como fazer seguros como se fazia antes desses marcos regulatórios legais*. O pensamento contratual foi alterado e essencialmente. Limites objetivos foram impostos, transmitindo maior transparência nas operações securitárias. Este texto tem o objetivo de discorrer sobre alguns deles, sucintamente, além de enfatizar a participação ativa do Estado enquanto regulador do sistema. Essa regulação, moldada que foi em outro momento histórico do país e de triste lembrança, tem seu arcabouço pautado no Decreto-Lei n.º 73, de 1966. Os reflexos dessa obsolescência legal conduzem o Órgão Regulador a práticas não mais condizentes com a realidade e com as necessidades contemporâneas. O tempo é outro. O resseguro no Brasil, por sua

vez, sofrendo o monopólio estatal de 1939 a 2008, situou o mercado num estágio extremamente afastado da realidade internacional. Não foram só os resseguradores que perderam oportunidades no Brasil, durante todo este tempo, mas também e principalmente os consumidores de seguros do país. Uma operação está atrelada à outra simbioticamente. Os reflexos deixados por este regime de afastamento compulsório do resto do mundo são perceptíveis e bastante presentes. O processo de abertura, apenas iniciado em 2008, carece de estímulo e de esforço concentrado em busca da superação do tempo perdido. Cabe aos seguradores esta tarefa, antes de qualquer outro protagonista. Ao Estado cabe apenas cumprir a sua função, segundo os paradigmas atuais e que certamente não são os mesmos indicados anteriormente no Decreto-Lei n.º 73/66. Não há e não pode haver a pretensão “desenvolvimentista” exclusiva do Estado para o setor de seguros. O tempo é outro.

2. A função máxima do seguro na modernidade

A *missão fundamental* da atividade seguradora repousa na *proteção da sociedade*. Em face dos riscos e das consequências nefastas sobrevindas dos sinistros, o seguro constitui a melhor garantia de proteção criada pelo homem, até o momento. Não há outro que possa substituí-lo e com a mesma eficiência garantidora.

Em países mais desenvolvidos do que o Brasil a atividade seguradora não é só regulamentada pelo Estado, mas é também incentivada pelo respectivo Governo em face do seu poder de preservar e também de alimentar a economia. Aqui, por sua vez, o seguro nunca fez parte de qualquer tipo de pauta governamental, apesar de sua natureza social e extremamente protetiva dos cidadãos. Neste aspecto, temos de alcançar patamar diferenciado, de longa distância, se desejarmos que o seguro faça parte, de fato, das agendas políticas. Há que ser compreendido, ainda, que o seguro oferece ou atua, inclusive, em proteção ou em situações que nem sempre o Estado, mesmo tendo o dever constitucional de promover, não o faz como deveria fazer. Nem mesmo diante dessa proteção complementar ou subsidiária que a iniciativa privada seguradora promove, arrefecendo mesmo as pressões sociais sobre o Estado, há interesse governamental em promover os temas afetos. Não há cultura no país sobre seguros e sua importância. Desoneração fiscal em matéria de seguros de pessoas é tema recorrente em países

líderes e justamente por este motivo, como exemplo. Aqui, há muito por fazer neste sentido.

Houve movimento modernizador do mercado segurador europeu com início no final dos *anos sessenta*, sendo que nos EUA já havia começado muito antes. Através de pesquisas sobre os usos e costumes e dos cenários encontrados na Europa antes daquele movimento iniciar², conclui-se facilmente que estamos hoje em estágio semelhante, com algumas poucas variações. Na época, na Europa, um dos fatores motivadores da reformulação de todas as práticas de comercialização dos seguros foi a massificação da mídia, notadamente através da *televisão*. E o mercado segurador nacional, em pleno século XXI, na *era da informação maximizada*, como deve agir de modo a se *modernizar*? Ou, mais precisamente, para ele se *pós-modernizar*, pois foram os europeus que se *modernizam* a partir dos anos 60 e certamente evoluíram, não parando nunca mais. Os brasileiros precisam avançar, saltando de vez para a *pós-modernidade*, sem outros estágios intermediários. Não há mais tempo para iniciativas paliativas apenas.

3. A regulação do mercado segurador

O Brasil passa por crise sistêmica no setor regulatório, em todas as atividades. Sob o viés autoritário do Estado e enfatizando muito mais o intervencionismo desmedido e com o discurso de “desenvolver” os vários setores econômicos, o Governo acaba interferindo de maneira imprópria e muito além do seu campo original de atuação. No Governo FHC teve início a desconstrução dessa base nefasta do intervencionismo estatal em vários setores, buscando mesmo a aplicação de modelo que já havia se mostrado eficaz em outros países, como na Inglaterra. As Agências reguladoras, sob o viés de última instância normativa sem a pressão político-partidária e com forte presença e participação da sociedade civil nas suas decisões, se apresentaram como a grande solução para os problemas até então existentes no país, sendo que os setores

² LARRAMENDI, Ignacio Hernando de. Observações sobre o futuro do seguro privado, *in Revista do IRB* n.º 161, Rio de Janeiro: IRB, 1967, p. 34-44.

sempre foram regulados segundo a política governamental do poder executivo. O modelo tinha tudo para dar certo, assim como ele prevalece nos países desenvolvidos.

No Brasil, por sua vez, as Agências foram desvirtuadas a partir da concepção original delas, na medida em que o partido político que atualmente governa o país afastou de vez qualquer tipo de administração imparcial, impondo não só a subordinação delas ao poder executivo, como também a indicação dos dirigentes se manteve sob a égide dos interesses puramente político-partidários, sem qualquer tipo de vinculação ao conhecimento técnico requerido para o desempenho das funções. Todos os cidadãos perdem com este modelo, especialmente os *consumidores*. É de conhecimento de todos que o desenvolvimento do Brasil no *setor agrário*, por exemplo, passou antes pelas pesquisas técnicas promovidas pela Embrapa, sem qualquer viés de índole ideológica-política. Também o segmento de *pesquisas clínicas* sofreu forte impulso no país nas últimas décadas, tornando o país um dos grandes polos mundiais do setor na produção de novos medicamentos. Nos últimos anos, entretanto, a ingerência político-partidária, somada à falta de gestão pública adequada tanto na Embrapa (Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária), como na Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) e no Conep (Conselho Nacional de Saúde), têm promovido o arrefecimento dessas conquistas, fator que nada acrescenta de positivo para o Brasil e que na verdade o empobrece no concerto das nações, hoje globalizadas e ágeis na busca da ocupação e da consolidação de todo e qualquer nicho vago. Não há mais espaço para partidarismos, sectarismos sindicais e promoção de ações impregnadas por ideologias ultrapassadas nesses setores, os quais são vitais para o desenvolvimento do país. Eles devem ser técnicos, *exclusivamente*. Devem atuar em razão dos interesses do Estado e sob os parâmetros de políticas públicas bem definidas e jamais por motivações ideológicas partidárias *de ocasião*. Infelizmente, este tipo de situação encontrada no país não passa ainda, e de maneira maximizada, pelo filtro de avaliação da sociedade brasileira, a qual se encontra ocupada com outros itens, não menos importantes: *segurança, saúde, educação*. Não há dúvida de que a sociedade brasileira esteja passando por processo de evolução e há um *caminho longo* a ser percorrido, ainda. Na lição pontual de João Manuel e Fernando Novais “exposta ao impacto da indústria cultural, centrada na televisão, a sociedade brasileira passou diretamente de iletrada e

deseducada a massificada, sem percorrer a etapa intermediária de absorção da cultura moderna”³. A *educação*, portanto, tem papel primordial no país em busca do exercício absoluto da democracia, hoje relativizada em função do desequilíbrio existente.

No campo do seguro não tem sido diferente a atuação do governo. Sequer há política pública traçada para o segmento, apesar de o mercado segurador não perder a sua importância fundamental para a sociedade em razão dessa omissão governamental e, mesmo assim, cresce vertiginosamente no país.

Então, apesar de inexistir política governamental de incremento da atividade seguradora nacional, a *iniciativa privada* tem condições plenas de realizar o seu próprio *processo de desenvolvimento*. Pode e deve cumprir uma Agenda de melhorias. Grande parte das Seguradoras que operam no Brasil, inclusive, é proveniente de países nos quais o movimento modernizante teve início há muito tempo atrás, assim como as europeias no final dos anos sessenta. O processo, neste aspecto, independe completamente do governo central. Ao Estado cabe, ao menos paliativamente, não interferir de maneira desmedida e anacrônica, a ponto de atrapalhar as iniciativas que são empreendidas, notadamente nos *aspectos contratuais* da operação, ou seja, não cabe mais ao órgão regulador do sistema determinar modelos de condições de coberturas às Seguradoras, assim como ainda preceitua o Decreto-Lei 73, de 1966, em seu artigo 36, alínea “c”⁴. Não é mais esta a função típica do órgão regulador neste século XXI, o qual deve pautar suas atribuições na busca incessante da *higidez do sistema*, determinando normas objetivas e fiscalizando com assiduidade e eficácia as provisões técnicas das Seguradoras, assim como as reservas garantidoras do pagamento de sinistros. Esta função é central, na medida em que ela reveste a mutualidade de solidez necessária, preservando os interesses de toda a massa segurada. Portanto, carece de reformulação conceitual a função do Estado, no que concerne à sua atual intervenção junto ao

³ MELLO, João Manuel Cardoso de. NOVAIS, Fernando. *Capitalismo tardio e sociabilidade moderna*. 2ª ed. Campinas: Unesp e Facamp, 2009, p. 88.

⁴ DL 73/66 – Art. 36 – Compete à Susep, na qualidade de executora da política traçada pelo CNSP, como órgão fiscalizador da constituição, organização, funcionamento e operações das Sociedades Seguradoras: a) ...; b) ...; c) fixar condições de apólices, planos de operações e tarifas a serem utilizadas obrigatoriamente pelo mercado segurador nacional; ...

mercado de seguros brasileiro. O Estado pode e deve, também, promover a formação de mestres e doutores nas áreas acadêmicas e especialmente voltadas aos seguros e seus desdobramentos, de modo que o país tenha massa crítica de fato e que possa desenvolver pesquisas, assim como a transmissão de conhecimentos no setor, criando *círculo virtuoso* neste sentido. *Outra função precípua do Estado* na promoção do desenvolvimento do mercado de seguros brasileiro e em prol dos consumidores é a manutenção da *segurança jurídica* em todos os níveis. Essa condição é fundamental e deve ser promovida e exercida de forma linear, a qual atinge também as regras de acesso ao mercado nacional, notadamente pelos resseguradores internacionais. Também, da alçada exclusiva do Poder Público, a promoção da desoneração tributária em áreas especiais, assim como nos seguros de pessoas, inclusive com incentivos aos consumidores através de deduções do imposto de renda.

A intromissão desmedida em área não de competência originária do Estado, assim como na formulação das *bases contratuais* dos diversos tipos de seguros, não se coaduna com a pós-modernidade e também não permite o amadurecimento das Seguradoras, *fator que prejudica substancialmente os consumidores de seguros do país*, de modo geral. Contradição lógica, portanto. Ele, o Estado, faz tudo *sempre igual*, enquanto que a Iniciativa Privada se distancia deste procedimento, justamente fazendo *tudo diferente*. O Estado, agindo com a pretensa disposição da defesa dos direitos dos consumidores de seguros, ao atuar de maneira *não especializada*, até porque não é sua área de atuação primária a tarefa de elaborar clausulados de coberturas de seguros, acaba prejudicando os referidos consumidores, antes mesmo de protegê-los. Toda vez que a Susep divulgar determinado modelo padrão de clausulado de seguro, em qualquer área, ao indicar os *riscos excluídos*, p. ex., ela estará prestando um *desserviço aos interesses dos consumidores de seguros do país*, na medida em que ela pode induzir que as Seguradoras de fato acompanhem aquele modelo e, com isso, tornar-se-á inviabilizada a possibilidade de existir cobertura para muitos deles, segundo a inventividade e interesse comercial de cada seguradora atuante no segmento. Não produz nada de positivo a atuação do Estado, neste sentido. Não lhe compete, inclusive, dizer como e de que forma um determinado risco deve ser garantido pela Seguradora. Esta posição é exclusividade da *iniciativa privada*, segundo a política de subscrição e de

atuação de cada seguradora no país. Inoportuna a ingerência do Estado neste setor, com este tipo de condução. Se um determinado risco será comercializado através das coberturas básicas ou através de acessórias, integrando o limite de garantia máximo da apólice ou se será designado sublimite para a sua concessão, não pode ser, como de fato não é, item de determinação do Poder Público. A iniciativa no setor de seguros é privada e está contemplada na Constituição Federal a sua livre atuação. Nesta senda e exemplificativamente, o Chile, país que igualmente sofreu o domínio militar ditatorial por longo período além da colonização ibérica que sempre primou pela burocratização extremada e com forte viés de dirigismo estatal, não só abriu o mercado de resseguro nos anos oitenta, modernizando a atividade seguradora daquele país, como também aboliu o intervencionismo estatal desmedido na área mais sensível da atividade, ou seja, justamente aquela referente à criação dos produtos de seguros, as bases contratuais técnicas de cada ramo de seguro operado pelas seguradoras. A Norma Geral n.º 124, de 22.11.2001, da Superintendencia de Valores y Seguros do Chile, ao estabelecer normas relativas ao depósito de apólices e disposições mínimas de contratos de seguro pelas Seguradoras naquela Superintendência, determina no item I que *“os modelos de condições gerais das apólices e cláusulas de seguro deverão estar redigidas de forma clara e entendível, não deverão ser indutivas a erro, nem deverão conter cláusulas que se oponham à lei”*⁵. De igual amplitude, a mesma Norma identifica a possibilidade de haver a contratação de seguros com modelos de apólices não sujeitas a depósito, estabelecendo montante de prêmio anual como fator determinante da isenção de depósito e para segurados pessoas jurídicas. A liberdade declarada é salutar e faz com que as Seguradoras possam desenvolver clausulados diferenciados em larga escala, atendendo à todos os diversos interesses que surgem no cotidiano da atividade seguradora.

No Brasil, em contrapartida, a Susep não diferencia pequenos riscos de grandes riscos e sequer segurados pessoas naturais de segurados pessoas jurídicas, sendo que esta última categoria, de forma geral, não pode ser considerada hipossuficiente e até

⁵ Texto original: “Los modelos de condiciones generales de las pólizas y cláusulas de seguro deberán estar redactadas en forma clara y entendible, no deberán ser inductivas a error ni deberán contener cláusulas que se opongan a la ley”.

porque conta com a assessoria especializada de corretores de seguros profissionais, além de escritórios de advocacia também especializados em seguros. Diferentemente do Chile, a Susep brasileira extinguiu o denominado “seguro singular”⁶, ou seja, o clausulado “*tailor made*” (elaborado caso a caso, segundo as especificidades de cada segurado), determinando que as Seguradoras nacionais adotem textos padronizados já homologados pela Autarquia, com possível inserção de *cláusulas particulares* de modo a atenderem às reais necessidades de cada segurado isoladamente. O procedimento, na sua essência, se contradiz com a modernidade exigida pelo sistema segurador, sendo que ele imprime maior complexidade no conteúdo do contrato de seguro, o qual passa a ter vários textos desnecessariamente e todos eles sobrepostos, um ampliando ou revogando parte do outro. Esta situação, meramente burocrática e desprovida de boa técnica securitária, se contrapõe às exigências instituídas pelo próprio CDC, no que se refere à clareza, transparência e objetividade dos contratos (artigos 46, 47, 54), além de confrontar com o dispositivo contido no CC/2002 (art. 423), expondo desnecessariamente as Seguradoras. O modelo contratual determinado pela Susep e para todos os ramos, inclusive sofre de crise existencial em face dos novos paradigmas encontrados na atualidade e determinados em face da máxima coerência e transparência contratual. Determinar, portanto, que todos os ramos devam apresentar numa mesma e única apólice texto de Condições Gerais, acompanhado de outro texto de Condições Especiais, mais infinidade de Cláusulas Particulares e todas elas com o objetivo de garantir, da melhor forma e a mais abrangente possível, os riscos apresentados pelo proponente do seguro, não mais condiz com a simplificação contratual exigida na contemporaneidade. A multiplicação de textos e todos eles se complementando de forma nem sempre muito simples ou perfeitamente objetiva no contrato de seguro, um alterando o outro sempre, não pode ser eleito como sendo o *modelo ideal* e de perfeita proteção dos interesses dos segurados. Não há lógica e nem mesmo transparência neste tipo desgastado de formação do contrato de seguro. No entanto, contrariando a boa

⁶ Através da Circular Susep 458, de 21.12.2012, a Autarquia extinguiu o *seguro singular*, e na condição de que as Seguradoras devem enquadrar todos os riscos afetos nos clausulados já aprovados previamente pela Superintendência, ainda que elas tenham de adicionar inúmeras cláusulas particulares, como de fato vem acontecendo.

prática recomendada e utilizada em larga escala nos mercados seguradores internacionais mais desenvolvidos, este modelo foi determinado pelo Órgão Regulador nacional como sendo *standard* para todo e qualquer ramo de seguros: Condições Gerais + Condições Especiais + Condições Particulares.

Em contrapartida a esta posição equivocada da autoridade estatal, aquelas apólices que contêm textos únicos de coberturas (riscos nomeados⁷ – *named periods* ou na base todos os riscos⁸ – *all risks*), sendo eles elaborados cada qual com o intuito de proteger o segurado de forma integral, encontram maior grau de compreensão sobre a sua inteligência e aplicação, notadamente na hipótese de o leitor não ser iniciado na ciência dos seguros, cuja condição representa a grande maioria dos consumidores. Este tem sido o padrão utilizado pelos mercados de seguros desenvolvidos no mundo todo e o Brasil não pode mais ficar apartado dessa realidade contratual, de boa prática. Neste campo da regulação estatal surge a questão daquilo que a doutrina denomina de *discricionariedade técnica*. O *interesse público* deve ser o objeto principal e, neste

⁷ Neste modelo de estrutura, o clausulado identifica nominalmente cada um dos riscos ou situações que estão cobertas pelo contrato de seguro, de forma taxativa, ou seja, tudo aquilo que não estiver especificado ou pré-determinado estará excluído da garantia do seguro. Nem sempre este modelo é o mais eficiente, notadamente naqueles ramos de seguros onde a previsão detalhada de toda e qualquer situação de risco nem sempre é possível de ser pré-concebida. Nos seguros de responsabilidade civil, p. ex., esta característica aventada se apresenta, na medida em que é impossível determinar todas as possíveis situações de riscos a que estão sujeitas os segurados. Corre-se o risco, portanto, de impor a diminuição da abrangência das garantias do seguro, em prejuízo do consumidor-segurado, se o citado modelo for aplicado de maneira *standard* sempre.

⁸ Neste modelo, o clausulado determina a cobertura para todos os riscos, exceto em relação àqueles que estiverem taxativamente *excluídos* e desta forma determinados no contrato de seguro. A nomenclatura – *all risks*, de origem norte-americana e largamente utilizada pelos diversos mercados internacionalmente, não é a melhor no campo da técnica securitária. Ela pode despertar entendimento errôneo, na medida em que mesmo na condição de cobertura para “todos os riscos”, o contrato de seguro certamente apresenta lista de “riscos excluídos” e a expressão “todos os riscos”, por sua vez, não equivale a afirmar que a Seguradora garante integralmente os riscos do segurado, sem nenhuma exceção. Não obstante a imperfeição que repousa apenas no nome deste modelo, ele constitui a melhor opção em muitas situações de riscos, pois que alarga o espectro de cobertura da apólice, melhor protegendo os consumidores-segurados e até mesmo contra riscos ou situações de sinistros que não poderiam ser perfeitamente imaginadas no momento da contratação do seguro, mas que acabam sobrevivendo.

aspecto, o conhecimento perfeito da área em que atua é primordial para o regulador atingir este objetivo. “Não há que se falar em discricionariedade técnica absoluta, neutra, pois ela atua como um meio, demonstrando, com base na ciência, as alternativas a atender ao interesse público”⁹.

Pretender, também, que a cada risco ou seguro “*tailor made*” a Seguradora elabore a respectiva nota técnica e atuarial, enviando-a a Susep, constitui norma procedimental absolutamente imprópria e ineficaz, além de burocratizar sistematicamente o setor de seguros, onerando desnecessariamente a operação. Não será através desta determinação que o consumidor estará bem mais protegido, notadamente aquele de grande porte que sequer se apresenta hipossuficiente na relação contratual estabelecida com a Seguradora. Não é este o papel esperado do Estado em face da atividade seguradora, na atualidade.

Seguradoras que apoiam a intervenção desmedida do Estado na elaboração de clausulados de coberturas podem apresentar uma entre as seguintes situações pontuais: (a) se encontram despreparadas tecnicamente e sequer desejam investir no aprimoramento de suas operações, o que não pode ser incentivado pelo Órgão Regulador do sistema; ou (b) desejam nivelar propositalmente os produtos no mercado, *cartelizando* a operação e de modo que as outras seguradoras não alinhadas a este tipo de comportamento sejam também impedidas de comercializar produtos muito mais consistentes e atrativos para os consumidores do que os modelos estatizados. Esta política de desserviço e de desprestígio ao desenvolvimento do setor de seguros, *em prejuízo dos segurados brasileiros*, não pode ser incentivada e nem mesmo mantida pelo Estado e, se de fato existir este movimento, ele precisa ser extirpado de vez.

A *subscrição* de seguros ou de riscos, ou seja, os procedimentos técnicos através dos quais a Seguradora analisa os riscos a ela submetidos e visando a aceitação ou a recusa deles, com a fixação dos *termos e condições*, em havendo o aceite, não pode ficar atrelada a situações *estandardizadas* sempre, muito menos a textos de coberturas que foram concebidos de forma genérica e apresentados à Susep para homologação. O seguro constitui matéria complexa e dinâmica, de especialização requerida e, ao atender

⁹ DUARTE JÚNIOR, Ricardo. *Agência Reguladora, Poder Normativo e Democracia Participativa: uma questão de legitimidade*. Curitiba: Juruá, 2014, p. 300.

às mais diversas atividades do homem, não encontra tratamento único invariavelmente. Portanto, pretender *padronizar* todos os textos contratuais das apólices constitui tarefa inexecutável, salvo se a pretensão repousar no oferecimento de coberturas *mínimas*, sem a possibilidade de oferta de extensões consideráveis, ainda que haja especificidades em cada risco ou em cada proponente. Este reducionismo propicia, por toda a inconsistência do procedimento já exposta nos parágrafos anteriores, na pouca oferta de coberturas em *flagrante prejuízo para os consumidores de seguros*, pessoas naturais ou jurídicas. O mercado de seguros, portanto, em face dos interesses e dos direitos dos consumidores precisa atuar livremente também no Brasil, sem as amarras conducentes e anacrônicas do Órgão Regulador em termos contratuais, para o qual o papel de atuação carece de reformulação urgente.

Ele, o Estado, pode e deve exigir transparência, objetividade nas coberturas contratuais, mas não deve *tentar* apresentar modelos estandardizados ao mesmo mercado, numa espécie de atuação de cunho *desenvolvimentista*, como se este comportamento representasse de fato “política pública de primeira linha” do Governo na área de seguros. Este modelo se esgotou, por si só, no governo militar, de triste lembrança. Não é mais esta a função precípua do Órgão Regulador, neste momento do mercado segurador nacional. Tampouco deve conduzir a redação dos textos contratuais de maneira tal que eles acabem se tornando todos *fortemente padronizados* e retirando da iniciativa privada, pela imposição deste paradigma burocrático, o direito à *inovação*, assim como o *pioneirismo* diante de novos segmentos sendo que a atividade seguradora sempre será demandada em face do avanço tecnológico e das modificações dos riscos e dos processos industriais, os quais não são estanques e tampouco perenes¹⁰. O Estado não pode desestimular a iniciativa privada neste setor e deve, em contrapartida, criar políticas públicas que na verdade possam incrementar o desenvolvimento de novos

¹⁰ A Susep determina, através das *Listas de Verificações*, que os modelos de clausulados submetidos a ela pelas Seguradoras e sob a classificação de produtos “não-padronizados” obedeçam a determinadas cláusulas e situações, as quais acabam “padronizando” também esses produtos que deveriam ser diferenciados, em detrimento da criatividade que deve existir no setor. Bastaria que as Seguradoras atentassem para as regras mínimas determinadas pelo ordenamento jurídico posto, de modo que os seus clausulados *não-padronizados* pudessem ser aprovados pela Autarquia, mas não é este o procedimento que prevalece.

produtos de seguros, mas sem pretender ele próprio dizer quais são e menos ainda como devem ser estruturados esses produtos. Nesta seara, a Constituição Federal (arts. 1º, IV e 170), posterior ao Decreto-Lei 73/66, tem por princípio fundamental a *livre iniciativa*, cujos efeitos não podem ser relativizados e nem mesmo sofrer diminuição por atos e fatos de entidades administrativas do poder público, sem que sejam devidamente rejeitados. Também o art. 174 da CF dispõe sobre a atuação do Estado, mas na condição de *incentivador* do setor privado¹¹. No ensinamento de Derani, “a noção de regulação, neste contexto, aparece como a atividade *mediadora*, para assegurar, entre os direitos e as obrigações de cada um, o tipo de equilíbrio desejado pela lei”¹². Não significa, portanto, que o Estado deva determinar as bases operacionais do sistema que ele regula.

Com suporte mais recente e clivado no que hoje se denomina Direito Civil-Constitucional, o fato de a Susep pretender padronizar textos de seguros a serem comercializados pela iniciativa privada parece algo tão contrário aos fundamentos mais primários erigidos pela Constituição Federal, que sequer poderia ser avocado, como fonte justificadora, o vetusto e ultrapassado dispositivo prescrito no Decreto-Lei 73/66, artigo 36, “c”, na medida em que ele não resiste e é fulminado integralmente pela força principiológica da lei maior, paradigmática. Resistir a isso significa contrariar a Constituição Federal e a completa democratização da sociedade brasileira. “A Constituição funciona como parâmetro de validade para a ordem infraconstitucional e, ao mesmo tempo, como vetor de interpretação para todas as normas do sistema”¹³, lembra a todos Nelson Figueiredo.

No que concerne ao Judiciário, este desempenha papel saneador e também penalizador que lhe cabe, em havendo abusos na esfera contratual. Também os contratos de seguros são analisados e passam pelo crivo da interpretação jurisdicional. A

¹¹ CF, Art. 174. Como agente normativo e regulador da atividade econômica, o Estado exercerá, na forma da lei, as funções de fiscalização, incentivo e planejamento, sendo este determinante para o setor público e indicativo para o setor privado.

¹² DERANI, Cristiane. *Privatização e Serviços Públicos: as ações do Estado na Produção Econômica*. São Paulo: Max Limonad, 2002, p. 93.

¹³ FIGUEIREDO, Nelson Lopes de. *O Estado Infrator*. Belo Horizonte: Fórum, 2012, p. 47.

jurisprudência é pacífica neste sentido e, apesar de ainda haver forte ingerência do Estado na formulação dos contratos de seguros do país, o Judiciário tem posição firme a respeito:

“O fato de ter sido aprovada a cláusula abusiva pelo órgão estatal instituído para fiscalizar a atividade da seguradora, não impede a apreciação judicial de sua invalidade”. (REsp 229078/SP, j. 09.11.1999, DJ 07.02.2000, STJ)

O dirigismo estatal nesta área, portanto, em nada interfere na possível consideração quanto à abusividade da cláusula contratual que foi inserta na apólice de seguro e até mesmo por determinação administrativa do órgão regulador e sequer pode exonerar a Seguradora de sua responsabilidade contratual. A jurisprudência nacional tem se alargado neste sentido e o entendimento pode ser apurado nos diversos julgados com este teor (REsp 1.300.116/SP, STJ; REsp 1364102/SP, STJ), os quais não poderiam ser diferentes em face dos princípios encontrados na doutrina pertinente à hierarquia das leis. Conforme Reale, tratando das normas administrativas, elas “não privam os particulares do poder-dever de adotar interpretações diversas, à luz do texto legal ou regulamentar em vigor”¹⁴.

É chegado o momento, portanto, de o mercado segurador brasileiro se emancipar, assumindo as tarefas de sua *competência original*, sem o dirigismo anacrônico do Estado-provedor. Ao Estado cabem outras tarefas, mas não as de redigir clausulados de coberturas de seguros para a iniciativa privada, cujas Seguradoras, fortemente capitalizadas, sequer poderiam ser municidas com esse tipo de insumo pela fonte estatal, cujo procedimento se apresenta desarticulado da realidade pós-moderna. O Decreto-Lei 73/66, neste particular, deve ser alterado, senão *revogado integralmente*, mesmo porque as bases de atuação do Estado devem ser completamente revisitadas e alteradas na contemporaneidade do século XXI. O Estado, persistindo no modelo ultrapassado de atuação, na verdade estará prejudicando o consumidor de seguros ao invés de protegê-lo. Este ponto é primordial nesta discussão de direito consumerista. No seguimento deste texto serão apresentadas situações nas quais a intervenção desmedida e mesmo *não especializada* do Órgão Regulador acaba prejudicando o consumidor, ao invés de protegê-lo, numa contradição ilógica e indesejada pela sociedade pós-moderna.

¹⁴ REALE, Miguel. *Lições Preliminares de Direito*. 27ª ed. São Paulo: Saraiva, 2005, p. 138.

Necessário ainda destacar, neste contexto analítico das reais funções do Órgão Regulador do mercado segurador, o fato de a Susep e tampouco o CNSP não fazerem parte do SNDC – Sistema Nacional de Defesa do Consumidor¹⁵, conforme o Decreto n.º 2.181, de 20.03.1997, art. 2º. Nem por isso, contudo, retira-se da Susep o caráter fiscalizar e também voltado à preservação dos interesses dos consumidores, mas sob esses princípios não está implícita, como condição *sine qua non*, a determinação de *modelos de apólices padronizadas* de forma conducente a este objetivo maior. Não é desta maneira, inclusive, que outros setores econômicos são igualmente regulados no país e nem por isso os consumidores ficam a mercê da própria sorte.

A partir da década de 1990 pretendeu-se corrigir as falhas do sistema regulatório exercido pelo Estado, nos diversos setores da sociedade, mas o movimento foi interrompido e assim persiste durante o governo atual, com forte viés estatizante e centralizador. “O Governo do presidente Fernando Henrique Cardoso, com a aprovação do congresso nacional, pretendeu na verdade demonstrar que a regulação deixava de ser assunto de governo para ser assunto de Estado”¹⁶, notadamente quando foram instituídas as primeiras Agências reguladoras no Brasil, sendo que atualmente poucas ou quase nenhuma ainda continua com procedimentos livres e nos moldes dentro dos quais elas foram concebidas, com forte viés descentralizador em relação ao poder executivo e ampla participação da sociedade civil organizada. É necessário rediscutir o tema, com a sociedade, na medida em que a regulação pós-moderna não pode ficar refém de processos político-partidários se o Brasil, de fato, desejar alcançar patamar entre os países desenvolvidos. Nesta discussão, deverá também constar da pauta o Órgão Regulador do sistema de seguros, de modo que as suas funções sejam reformuladas e em prol dos consumidores de seguros do século XXI. A questão é de Estado e *não simplesmente de política partidária*, assim como ela vem sendo tratada ou mesmo *ignorada* nos últimos anos na República Brasileira.

As funções atualmente listadas no Decreto-Lei 73/66 e relativas à Susep e ao CNSP (este último sequer existe fisicamente, mas apenas de forma *virtual*), não são

¹⁵ Ver Apelação Cível n.º 70054103460, TJES

¹⁶ GUERRA, Sérgio. *in* Regulação estatal sob a ótica da organização administrativa brasileira. GUERRA, Sérgio. (org.) *Regulação no Brasil: uma visão multidisciplinar*. Rio de Janeiro: FGV, 2014, p. 375.

mais todas elas consentâneas com as necessidades atuais e tampouco com as exigências da sociedade pós-moderna. Além disso, a administração da Susep requer seja desvinculada do poder estatal central, o qual determina indicações meramente político-partidárias. Deve passar a prevalecer o modelo típico encontrado nas Agências reguladoras de fato, com órgão colegiado, cujos candidatos aos cargos da administração sejam buscados e selecionados entre profissionais especializados na área de atuação e provenientes da esfera pública, da comunidade científica e tecnológica e do meio empresarial privado, com experiência comprovada mínima de dez anos e com mandato de quatro a cinco anos no máximo, sem direito à recondução. Entre outros requisitos, passando também pela disponibilização, via internet, do processo de acompanhamento e controle do “plano de gestão” e do “plano de metas”, o professor Sérgio Guerra, informa as características básicas recomendáveis para a direção das Agências, enfatizando que as decisões seriam preponderantemente técnicas e “poderiam melhor atingir a missão pública do Estado regulador: o bem-estar da sociedade e de cada um dos cidadãos brasileiros, nos termos preconizados na Constituição Federal de 1988”¹⁷. Floriano Peixoto e Luís Fernandes também se expressam no mesmo sentido e aduzem que “a composição colegiada dos órgãos dirigentes máximos das agências reguladoras garante que as mesmas reflitam visão plural acerca do setor regulado, torna-as mais abertas ao debate de posições contrapostas, e as afasta dos riscos de arbítrio”¹⁸. Cabe ao Mercado Segurador, representado por suas lideranças, propugnar por esta mudança em prol de todos os consumidores de seguros do país. O pensamento ultrapassado e muitas vezes submisso ao poder público deve ser abolido, alforriado mesmo para sempre. Se o Brasil desejar, de fato, ingressar no patamar dos países líderes, a atuação do mercado segurador precisa mudar drasticamente e pautada na liberdade contratual e na excelência técnica. O velho modelo já se esgotou e faz tempo.

¹⁷ Op. cit., p. 379.

¹⁸ CARDOZO, José Eduardo M. QUEIROZ, João Eduardo Lopes. SANTOS, Márcia Walquíria Batista dos. (coords.). *Direito Administrativo Econômico*. São Paulo: Atlas, 2011, in *As Agências Reguladoras no Direito Positivo Brasileiro*. MARQUES NETO, Floriano Peixoto de. FERNANDES, Luís Justiniano de Arantes, p. 1085.

O Órgão Regulador do sistema segurador deve ser forte e voltado de forma expressiva *para a proteção dos interesses dos segurados*, na medida em que compete ao Estado, conforme a CF (art. 5º, XXXII), proteger os consumidores. Somente através do fortalecimento da Susep ou da Agência que a suceder o dever constitucional aqui retratado poderá ser efetivamente consolidado. Não é paradoxal a afirmativa, na medida em que se propugna a não interferência da Susep na elaboração dos clausulados de coberturas e ao mesmo tempo o fortalecimento da autarquia. As bases contratuais não fazem parte da função do Estado. No Brasil, não apenas no segmento de seguros, há conflituosa interferência do poder público em área que seria exclusiva da iniciativa privada e muitas vezes por interesses também privados. Neste aspecto é importante para o Brasil, se desejar de fato alcançar o patamar dos países desenvolvidos, que o Estado seja reconduzido ao seu papel primário, às suas competências originais de fato. Portanto, a iniciativa privada precisa ser “privatizada” e de modo a deixar de se respaldar indevidamente no poder público, passando a cumprir exatamente as suas funções e no âmbito de suas respectivas prerrogativas e responsabilidades decorrentes. Não será, portanto, com o enfraquecimento do Órgão Regulador (Susep ou a Agência sucessora dela) que este objetivo poderá ser alcançado.

No âmbito do mercado segurador o raciocínio expresso nos parágrafos anteriores fica bastante claro diante das seguintes situações concretas: - a Susep determinou através da Circular n.º 55, de 05.08.1998, que as Seguradoras *poderiam* (não obrigou) dispor de Cláusula de Exclusão referente à interpretação de datas por equipamentos eletrônicos (*bug* do milênio) nos contratos de seguros. Ora, esta determinação não competia ao Estado e sim e exclusivamente a cada uma das Seguradoras na sua esfera de *administração privada*, sendo que a partir da iniciativa da Autarquia, todas as seguradoras do país passaram a excluir de forma maximizada o mencionado risco em suas apólices. A interferência inoportuna do Estado, nesta situação peculiar e exemplificativa, teve como consequência não a proteção dos consumidores de seguros brasileiros, *mas apenas a proteção dos interesses das Seguradoras*, contrários àqueles. Sabia-se, na ocasião, que os resseguradores internacionais acompanhariam a decisão de cada seguradora a respeito das possíveis consequências pertinentes ao *bug* do milênio, sendo que naquelas apólices “all risks”, dificilmente poderia prosperar uma cláusula de

exclusão assim como foi o modelo adotado pelo mercado nacional, caso um sinistro de incêndio (de qualquer causa) ocorresse e a Seguradora pretendesse alegar o referido *bug* eletrônico como sendo o *fato gerador* daquela ocorrência. As apólices brasileiras, das mais simples até as mais sofisticadas em termos de clausulados de coberturas, apresentaram a mencionada cláusula de exclusão *elaborada pela Susep* e, apesar da controvérsia que ela poderia ter causado em sobrevivendo sinistro significativo, não se teve notícia da incidência de qualquer conflito a respeito. Mas a garantia do risco se encontrava suprimida e com o aval do Estado. O *ressegurador estatal brasileiro, monopolista* na ocasião, não transpôs para o mercado nacional a mesma proteção que ele dispunha ou que poderia dispor em seus contratos internacionais de retrocessão. Desta maneira, a iniciativa privada ficou à sombra do Estado, protegendo-se e os consumidores segurados ficaram sem respaldo algum de cobertura. Este comportamento do poder público e da iniciativa privada, com prevalência da força econômica sobre os outros interesses, tem sido bastante comum nos países de colonização portuguesa e espanhola, onde o *patrimonialismo* se fez presente desde as conquistas nos descobrimentos. Na moderna concepção de país desenvolvido, este elemento faz parte de observação constante pelos representantes das sociedades civis e que buscam a proteção dos interesses dos cidadãos consumidores com maior ênfase. Para o pleno exercício da democracia, o Estado não pode servir aos interesses das empresas em detrimento dos consumidores. A soberania popular, inclusive, é critério único de validação dos direitos constitucionais e por eles passam a proteção que o Estado deve exercer em relação aos consumidores e *também os de seguros*, certamente. Na lição de Rodrigo de Souza, e de forma a ilustrar o pensamento expresso nos parágrafos anteriores, “elaborar uma perspectiva democrática de gestão pública requer superar, por um lado, o padrão burocrático de administração e, por outro, romper radicalmente com a perspectiva da identidade entre a administração empresarial e administração pública”¹⁹. A administração pública deve, portanto, estar comprometida exclusivamente com a *universalização* e o *aprofundamento dos direitos dos cidadãos* e, para alcançar este objetivo democrático, ela deve estar suficientemente *estruturada*, além de ser

¹⁹ SOUZA FILHO, Rodrigo de. *Gestão Pública & Democracia: a burocracia em questão*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2013, p. 227.

especializada na sua área de atuação e regulação. Para Penteadó Mendonça “não compete a uma agência reguladora de seguros moderna determinar tarifas únicas e condições obrigatórias para os ramos de seguros”²⁰. Há áreas, inclusive, tão específicas e essencialmente complexas como os seguros de Riscos do Petróleo, Aeronáuticos, Transportes, Riscos de Engenharia, Responsabilidade Civil, Diretores e Administradores de Empresas (D&O – Directors’ and Officers Insurance), que a atuação do Estado, ao pretender parametrizar as bases de coberturas, se mostra ainda mais inapropriada, podendo mais prejudicar do que auxiliar o mercado e particularmente os consumidores. Colmatando de forma bastante consistente este tópico, a visão de Bernardo Coelho: “de modo geral a regulação securitária, ainda hoje, pode ser qualificada como política, paternalista, instável, arcaica e profusa. À evidência tal caracterização é sintomática de um mercado idiossincrático e de um quadro institucional regulatório ultrapassado. A evolução do mercado securitário brasileiro é lenta e marcada por avanços e retrocessos, sendo o mais recente a criação de uma empresa seguradora estatal²¹. A dificuldade de o Estado entender e aceitar o seu papel de regulador do setor e não de interventor interfere diretamente na qualidade regulatória”²². Este quadro, em princípio desalentador, deverá sofrer remodelação, *urgentemente*, uma vez que não é mais possível a sua persistência por muito mais tempo. O modelo esgotou, *completamente*.

Outros exemplos podem ser citados em relação à *confusão* ainda existente no Brasil no que respeita à atuação da Susep de maneira contrária aos legítimos interesses dos consumidores de seguros e justamente pela falta de direcionamento adequado na política de atuação daquela Autarquia: quando o órgão expediu as Circulares 302 e 303,

²⁰ MENDONÇA, Antonio Penteadó. *Susep – quando menos é mais*. Matéria jornalística publicada no O Estado de São Paulo, em 10.09.2012.

www.penteadomendonca.com.br/public/artigo.php?id=261&tablename=artigos_oesp

²¹ A Lei n.º 12.712, de 30.08.2012 autorizou o Poder Executivo a criar a Agência Brasileira Gestora de Fundos Garantidores e Garantias S.A. – ABGF. O Decreto n.º 7.976, de 01.04.2013, criou a Agência Brasileira Gestora de Fundos Garantidores e Garantias S.A. – ABGF - especificou o seu capital social inicial e deu outras providências.

²² COELHO, Bernardo Bichara Faria. Por um Novo Paradigma Regulatório – p. 37-54, in *Revista Brasileira de Seguro e Risco* n. 15, v. 8, Rio de Janeiro: Funenseg, nov. 2012/abr. 2013. Link do texto: http://www.esns.org.br/rbrs/arquivos/rbrs_15_3.pdf

ambas de 19.09.2005, e *determinou modelos de planos de seguros de pessoas* para o mercado, cujas normas deram margem para que as Seguradoras se sentissem livres e até mesmo estimuladas para *readequarem* programas antigos e que segundo elas continham *inconsistências atuariais* em face da longevidade deles, também nesta circunstância o Estado regulamentou em face dos *interesses do empresariado segurador* e, através daquela posição tomada, ele ficou do lado *oposto aos consumidores* de seguros de pessoas do país. A partir do momento em que a Susep se imiscui na tarefa de “impor” ou de simplesmente apresentar “modelos” de clausulados de coberturas de seguros para as seguradoras privadas, muitos deles com o aval das representações oficiais do próprio segmento, ela acaba agindo a favor tão somente do empresariado e nem sempre com vistas nos *interesses legítimos dos consumidores*, os quais sequer têm representatividade efetiva na sociedade para interferirem neste processo em busca dos interesses deles. No processo reducionista aqui elencado, o Judiciário acaba sendo a instância saneadora dos direitos dos consumidores que foram afetados e, paradoxalmente, alguns profissionais do Direito chamam isso de “judicialização do contrato de seguro”, que de fato é falácia.

Na continuação deste tema, não compete à Susep, por exemplo, determinar que em seguros de responsabilidade civil de produtos²³ as Seguradoras *excluem* os riscos decorrentes de *organismos geneticamente modificados* (Circular Susep n.º 437/2012, Cobertura Básica n.º 102, Condições Especiais – Produtos, item 2 – Riscos Excluídos, alínea “g”) e tantas outras situações semelhantes neste e em vários outros ramos de seguros com clausulados padronizados pela Autarquia, para as quais cabe apenas ao investidor da atividade seguradora decidir o limite de sua atuação, estabelecendo a *política de aceitação* da Seguradora. Não é esta a tarefa do Estado e as indicações feitas com este teor acabam mais prejudicando do que auxiliando os consumidores de seguros, pois que podem induzir, inclusive, muitas seguradoras a permanecerem em *patamares reduzidos de coberturas*, a partir dos modelos reducionistas apresentados pelo órgão regulador. Neste sentido, a interferência do Estado na apresentação de modelos de clausulados constitui procedimento que deve ser combatido sempre. A Susep, dentro de uma perspectiva muito mais universal e democrática de preservação dos interesses dos

²³ Garantem indenizações ao segurado em decorrência da obrigação legal nascida para ele por danos e perdas causadas a terceiros em razão do fornecimento de produtos.

consumidores de seguros do país, poderia, ao invés de determinar modelos de cláusulas contratuais, questionar as Seguradoras sobre a “não cobertura” de determinados riscos que poderiam ser considerados de fato inerentes ao objeto de garantia pretendido por aquele tipo de seguro ou programa a ela submetido pelas suas reguladas. Completamente diferente, portanto, o enfoque e a atuação estatal dentro dessa concepção de administração pública democrática. Do mesmo modo que se apresentou no caso da exclusão taxativa dos “ogm’s” na cobertura do seguro de RC Produtos, *retro*, quando a Circular Susep 168, em 31.10.2001, concedeu a prerrogativa das Seguradoras para incluírem a cláusula de exclusão do *risco de terrorismo* nas apólices contratadas no Brasil,²⁴ praticamente todas elas acataram a indicação do Estado e os consumidores ficaram à mercê de sua sorte, sem qualquer outra possibilidade de garantia para os seus bens e interesses diversos. Em outros países a discussão sobre o tema “terrorismo” foi ampliada desde o acontecido em 11 de setembro de 2001 no WTC dos EUA e passou pela delimitação dos limites de coberturas ou pela criação de consórcios de resseguro para os riscos, inclusive com a participação do Estado na condição de ressegurador de última instância²⁵, entre outros mecanismos visando à proteção dos cidadãos e a segurabilidade do risco de terrorismo. No Brasil, o tema foi “resolvido” da maneira mais reducionista possível – *via exclusão sumária e generalizante*, com a iniciativa do Órgão Regulador do sistema, cujo procedimento simplesmente eliminou qualquer discussão acerca dele e das diversas possibilidades existentes. O risco de terrorismo, embora remoto no Brasil quanto a sua materialização, não poderia ter sido descartado

²⁴ "Não obstante o que em contrário possam dispor as condições gerais, especiais e/ou particulares do presente seguro, fica entendido e concordado que, para efeito indenitário, não estarão cobertos danos e perdas causados direta ou indiretamente por ato terrorista, cabendo à seguradora comprovar com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independentemente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente." (texto produzido pela Susep, conforme Circular 168/2001)

²⁵ BOTERO. M. Bernardo. Seguro Reaseguro y Terrorismo: analisis de lo sucedido el 11 de septiembre de 2001 en los Estados Unidos y Evaluacion de sus Consecuencias en el Mercado Internacional de Reaseguros, p. 3-33, in *Anais do VIII Congresso Ibero Latino-Americano de Direito de Seguros*. Rio de Janeiro: CILA – AIDA, 2003.

através de uma simples cláusula sugerida pelo Estado e, neste aspecto, nada impede que ele seja novamente colocado em pauta e rediscutido como merece através de fóruns apropriados. Ele não deixou de existir, *infelizmente*.

No mercado europeu as questões relativas à atuação do Estado na atividade seguradora passam por outras vertentes e não sobre este pormenor da ingerência na *esfera contratual*, em face do nível de desenvolvimento já alcançado, o que certamente não permitiria prosperar este tipo de situação anômala aos princípios basilares da *iniciativa privada*. Hoje, questiona-se no Velho Continente, por exemplo, a ingerência desmedida do Estado na atividade através de contribuições em percentagem cobradas nas operações de seguros diretos. A crítica que vem sendo feita, de forma contundente, se firma na infundada *oneração dos prêmios de seguro*, em razão do mecanismo citado, enquanto que as contribuições se revestem de *serviços públicos* os quais, a par da importância e interesse social deles todos, transferem à atividade seguradora o ônus da gestão, sendo que deveriam ser prestados pelo Estado através de dotação orçamentária *via tributo* e não através do seguro, cuja contribuição tem sido realizada apenas pelos *consumidores de seguros*, enquanto que o benefício é de *todos os cidadãos*, mesmo aqueles *não segurados*. Ainda em cima disso, discute-se a validade jurídica da forma como essa contribuição é determinada, ou seja, através de atos meramente administrativos: portaria, circular, resolução. “É de duvidosa constitucionalidade, por desrespeito da reserva de lei formal constitucionalmente prevista”, no tocante à determinação de tributos, conforme explicam Ferreira e Mesquita, em relação ao mercado português²⁶. Os citados autores indicam, nesta condição anômala, as contribuições obrigatórias que incidem sobre os contratos de seguros celebrados em Portugal e visando proverem o 1) Instituto de Seguros de Portugal (ISP), 2) Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), 3) Fundo de Garantia Automóvel (FGA), 4) Serviço Nacional de Bombeiros e Proteção Civil (SNBPC), 5) Fundo de Acidentes de Trabalho (FAT), e 6) Instituto de Financiamento da Agricultura e Pescas (IFAP). Sobre este aspecto, no Brasil a repartição que é feita sobre o prêmio do seguro DPVAT (Seguro Obrigatório de Danos Pessoais causados por Veículos Automotores de Vias

²⁶ FERREIRA, Rogério M. Fernandes. MESQUITA, João. *A Parafiscalidade da Actividade Seguradora*. Coimbra: Almedina, 2012, p. 57.

Terrestres), legalmente estabelecida²⁷, enseja a mesma retórica de reprovação. Embora o sistema vigente possa ser considerado “extremamente vantajoso para o Estado, pois lhe permite auferir parte substancial das receitas do Seguro DPVAT, não despendendo energias na gestão e ainda ter o controle do sistema”²⁸, não pode ser aplaudido se ele for devidamente analisado sob a égide das bases técnicas fundamentais pertinentes aos contratos de seguros. Não é esta a função dos seguros e por mais conotação social que eles tenham, mesmo aqueles de contratação compulsória como é o caso do DPVAT. O prêmio constitui parcela exclusiva da Seguradora, a qual *assume os riscos* garantindo-os e *paga os sinistros*, não podendo ser utilizado para qualquer outra finalidade, sob pena de ficar descaracterizada a sua essência. *De lege ferenda*, o substitutivo ao Projeto de Lei 3.555/2004 (contratos de seguro privado), 8.034/2010, prevê no seu artigo 128 a seguinte norma: “*é vedada a utilização dos prêmios arrecadados com seguros obrigatórios para finalidades não previstas em lei*”, sendo que numa das primeiras versões do primeiro projeto de lei, o texto era ainda mais preciso: “*é vedada a utilização dos prêmios arrecadados com seguros obrigatórios para pagamentos a quem não seja a vítima ou seu beneficiário, salvo os custos da seguradora, operacionais e comerciais, desde que previstos nas respectivas notas técnicas e atuariais*”. Não cabe nem mesmo ao Estado apropriar-se de parte dos prêmios auferidos pelas Seguradoras e seja qual for a destinação dada, uma vez que o procedimento conflita com os princípios mais mezinhos da mutualidade. No caso do DPVAT, ainda que parte significativa dos prêmios seja careada para o atendimento médico-hospitalar dos acidentados de trânsito do país, mesmo assim a destinação compulsória não condiz com os princípios básicos dos seguros. O SUS deve ser provido através da arrecadação tributária e com previsão orçamentária anual do governo, assim como qualquer outro sistema de serviço público. Os atendimentos processados pelo SUS poderiam ser objeto de indenização pelo seguro DPVAT pelas vias normais, enquanto que a “antecipação” que é realizada, com a

²⁷ Do valor total dos prêmios recolhidos no seguro DPVAT - 45% são destinados ao SUS – Sistema Único de Saúde e 5% ao DENATRAN, ou seja, 50% ao Estado, conforme disposto nas Leis nº 8.212/91 e 9.503/97.

²⁸ PEREIRA FILHO, Luiz Tavares *et al.* *DPVAT: um seguro em evolução. O seguro DPVAT visto por seus administradores e pelos juristas*. Rio de Janeiro: Renovar, 2013, p. 24.

destinação automática de parte dos prêmios auferidos àquele sistema público, desvirtua completamente toda a essência do seguro.

O poder do Estado é, atualmente, objeto de constante vigilância nas sociedades livres e desenvolvidas. Se assim não for, o cidadão acaba sendo prejudicado pela voracidade dele em arrecadar e sempre mais. Conforme Mattedi, “aquilo que era aplicado em ocasiões de excepcionalidade, agora se configura como instrumento ordinário de atuação governamental”²⁹. Políticas públicas objetivas devem ser estabelecidas pelos governantes e todas elas requeridas e acompanhadas pelos cidadãos que votam e escolhem seus representantes. A *política social* certamente não passa exclusivamente pela atividade seguradora e nem poderia ser estabelecida desta forma. Aqueles que contratam seguros e conseguem proteger não só os seus interesses mais amplos, propiciam de forma subjacente também a proteção de toda a sociedade, considerando-se que o dano nunca é individualizado na sociedade pós-moderna, enquanto que o seu espectro reflete em muitos outros membros. Endoxal, portanto, o entendimento de que fazer recair sobre os segurados a contribuição exclusiva sobre *serviços de interesse público* não pode ser vista como sendo imanente à atividade seguradora.

Sob a condição exclusiva de que este texto visou tratar dos *direitos dos consumidores de seguros* no Brasil, não poderia deixar de ser abordada a questão do atual modelo de gestão do Órgão Regulador no país e da conseqüente necessidade de alteração dele. Urge, portanto, que toda a sociedade se movimente na consecução deste objetivo.

6. Situações que podem confrontar com o novo cenário

No seguimento deste texto serão abordadas e comentadas situações práticas que são visíveis no mercado nacional de seguros e que ensejam conflitos diversos em face da nova ordem contratual. As razões que materializam essas situações são várias e elas não serão objeto de investigação minuciosa neste texto, até porque não é este o objetivo

²⁹ MATTEDI, Milton Carlos Rocha. *Estado de Exceção e Pluralismo Político: Schmitt, Agamben e Arendt*. Belo Horizonte: Arraes, 2013, p. 81.

dele. De qualquer maneira, muitos fatores contribuem para que elas ainda persistam, apesar do desfecho quase sempre desfavorável aos seus executores, sendo que esta sinalização já seria suficiente para que se procedesse à necessária modificação. Podem ser citados os seguintes fatores, entre outros, sem qualquer preocupação em hierarquizá-los por nível de maior ou menor influência:

- Falta de cultura de seguros na sociedade brasileira, apesar do crescimento exponencial na procura pelos produtos, nos últimos anos.
- Monopólio de resseguro de 1939 a 2008. Transcorrido apenas um ano da abertura, o Governo mudou regras, desnecessariamente³⁰.
- Concentração acentuada do mercado segurador, sendo que poucas seguradoras têm mais da metade da produção do setor.
- Seguradoras pertencentes a grupos financeiros e bancários, com viés de massificação acentuada dos produtos comercializados, incluindo os de seguros. Nem todos os seguros podem ser padronizados e conduzidos a uma formatação *standard*, contrariando a mesma possibilidade encontrada nos formulários de produtos financeiros.
- Baixa retenção por risco isolado pelas Seguradoras, propiciando desinteresse no aperfeiçoamento técnico e na utilização de ferramentas adequadas de subscrição.
- Regulação estatal excessiva do setor, com viés paternalista e conservador, a qual trata, inclusive, das bases contratuais dos produtos de seguros, padronizando-os e deixando-os obsoletos em face das reais necessidades contemporâneas. Pouca ou quase nenhuma criatividade se comparado o mercado nacional com os mercados de seguros desenvolvidos.
- Regulador do Mercado – representado na forma obsoleta de Autarquia Pública e com a indicação de dirigentes pelo Executivo do Governo, com viés político-partidário, ao invés de Agência Reguladora e nos moldes dos países

³⁰ Conforme a Resolução CNSP 232, de 25.03.2011, a qual, inclusive, modificou a letra da Lei Complementar 126/2007.

desenvolvidos, nos quais há efetiva representação da sociedade consumidora na gestão e na regulação.

- Ausência de política pública governamental acerca da atividade seguradora.
- Massiva ênfase na comercialização de seguros, através de corretores, com preços elevados nessa intermediação, nem sempre agregando valor na operação.
- Ordenamento jurídico obsoleto, lembrando que o CC/1916 viveu por oitenta e sete anos, até o surgimento do novo CC em 2002, com vigência a partir de 2003. O Código Comercial do Império, de 1850, ainda é utilizado em seguros de transportes no país. O Decreto-lei 73/1966 – o qual traça a política nacional de seguros tem sua concepção fundada num mercado de regime essencialmente fechado e estatizado, sendo que não mais prevalece o pensamento nele inscrito, notadamente determinadas funções da Susep, assim como aquela de elaborar textos de coberturas para o mercado segurador privado (art. 36, “c”).
- Falta de divulgação do seguro na sociedade, em todos os níveis, incluindo o círculo acadêmico no qual pouco ou quase nada é produzido na área, sendo que a disciplina Seguros também não faz parte das ementas dos programas dos cursos de graduação e de pós-graduação: Administração de Empresas, Economia, Direito e outras.
- Baixa produção literária especializada em seguros e resseguro no país.
- Ausência da transferência de *know how* das empresas seguradoras internacionais instaladas no Brasil para os subscritores das representações nacionais.
- Estágio ainda ineficiente nos processos de regulação (ajustamentos) de sinistros de médio e grande porte, na medida em que no regime monopolizado de resseguro o Ressegurador Estatal realizava com absoluto controle a atividade³¹,

³¹ Decreto-Lei 73/66 – (competências do IRB): Art. 44, I, “g” - proceder à liquidação de sinistros, de conformidade com os critérios traçados pelas normas de cada ramo de seguro; Art. 65 – Nos casos de liquidação de sinistros, as normas e decisões do IRB obrigam as Sociedades Seguradoras; Art. 66 – As liquidações extrajudiciais só obrigarão o IRB quando ele houver homologado o acordo relativo a indenização e autorizado previamente seu pagamento, ressalvadas as exceções de cada ramo. [Nota do Autor: todos esses artigos foram revogados através da Lei Complementar 126/2007]

sendo que o mercado não se preparou para a abertura em face da retomada dessa obrigação original e contratual que sempre foi dele.

- Desconhecimento dos magistrados acerca do contrato de seguro.
- Acentuada transferência de riscos ao exterior, notadamente em relação às empresas de origem estrangeira, as quais contratam os seguros no Brasil dentro do *standard* utilizado no país, em conformidade com a legislação nacional vigente, mas os eventuais excessos de limites ou mesmo de coberturas acabam sendo garantidos através de apólices mundiais contratadas pelas respectivas matrizes, dentro dos denominados DIC/DIL – (diferença de condições/ *differences in conditions* e diferença de limites/ *differences in limits*). Os pagamentos dos eventuais sinistros, nessas circunstâncias, acabam chegando ao Brasil por intermédio do aumento de capital ou de outros ajustes financeiros os quais, embora lícitos, poderiam ser evitados, caso o mercado segurador nacional oferecesse o mesmo nível de coberturas encontradas nos países desenvolvidos. As empresas nacionais, por sua vez, ficam em desvantagem diante dessa possibilidade que as concorrentes internacionais têm acesso. Todas as partes envolvidas ganhariam caso a operação fosse realizada integralmente no Brasil: segurados-consumidores, corretores de seguros, seguradores, resseguradores instalados no país. Se os clausulados de seguros tivessem o mesmo nível de coberturas encontrado nos países líderes, haveria muito mais estímulo para a realização de seguros com limites de indenização mais elevados no país, ampliando, em consequência, o valor dos prêmios contabilizados pelo mercado nacional.
- Falta de especialização técnica acentuada em todos os níveis de atuação: subscrição, regulação de sinistros, elaboração das bases contratuais de coberturas, gerenciamento de riscos, inspeções de riscos, corretagem de seguros, publicidade de seguros, advocacia em seguros e resseguros, regulação estatal do sistema, etc.
- Lucros expressivos das Seguradoras, na maioria dos segmentos por elas operados.

- Ausência completa dos consumidores e das entidades representativas de classes ou de categorias profissionais durante a formulação de novos produtos de seguros ou mesmo no processo de reformulação daqueles já tradicionais. O consumidor não é pesquisado e ouvido nunca.

No campo jurídico, este sim o objetivo deste texto, pode-se afirmar que resistir ao pensamento hoje prevalecente não tem logrado êxito a ponto de modificar os entendimentos jurisdicionais das Cortes de Justiça do país, sobre as mais variadas questões, todos eles baseados nos paradigmas que foram comentados nos itens precedentes deste trabalho.

A proteção do consumidor de seguros, inclusive, não constitui matéria apenas de cunho acadêmico. O instituto existe, é dinâmico e se encontra respaldado no ordenamento vigente, assim como nos princípios gerais do Direito de largo espectro, conduzindo a hermenêutica contemporânea. Propugna-se, nos dias atuais, inclusive, pela prevalência da *dignidade da pessoa humana* e de modo que este princípio fundamental e constitucional conduza todas as matérias de responsabilização daquele que atua na sociedade pós-moderna e que possa causar algum tipo de perda ou dano ao cidadão. Isto se aplica também às relações contratuais e o seguro se situa de maneira especial neste patamar de entendimento. Não há desvios e nem mecanismos outros que possam modificar esta situação jurídica. A lei deve ser cumprida *sempre*, ainda que determinados cenários não possam ser identificados como os ideais. A responsabilidade da atividade seguradora em face dos consumidores e notadamente daqueles que *cumpriram exatamente a sua parte*, independe deste ou naquele cenário, conforme os *fatores* que foram sinalizados *retro*. Não há, portanto, paliativos justificadores que possam amenizar a responsabilização efetiva da Seguradora.

Desde o advento da onda consumerista também no Brasil muitas situações deveriam ter sido modificadas no mercado de seguros, mas de fato não foram. Não tendo acontecido, inúmeros casos são submetidos diariamente aos tribunais brasileiros e a jurisprudência se alarga em face dos conflitos. O fato de o seguro existir e como tal constituir garantia de excelência na proteção dos interesses legítimos dos cidadãos, de ampla atuação e relevo, e muitas vezes representar também mecanismo único de

proteção em face da precariedade de atendimento do Estado em áreas fundamentais como a saúde, não equivale a admitir que todas as práticas serão também perfeitamente justificáveis e na condição mesmo de *medida compensatória* ao cidadão em razão dos bons serviços representados pela atividade seguradora privada, em contraposição ao Estado. Essa reflexão axiológica não pode existir e sequer prosperará se porventura ela for de fato aventada. Compete à atividade seguradora gerir os seus negócios segundo o ordenamento jurídico posto e nos limites de sua atuação, *nem menos e nem mais*. O ato de pagar os sinistros e, desta forma, indenizar prontamente os segurados, não pode ser entendido como qualquer outro tipo de *situação jurídica* senão aquela do *cumprimento exato da obrigação* que foi avençada neste contrato típico. Não há outra classificação e muito menos *considerações subjetivas* que possam ser apresentadas e de forma válida com base nessa evidência legal. “No contrato de seguro, a garantia é a própria prestação principal”³². O seguro, portanto, não tem caráter compensatório em relação aos maus serviços prestados pelo serviço público, em qualquer hipótese.

Das diversas práticas encontradas no mercado de seguros e que podem ensejar conflitos em face da nova ordem contratual, algumas delas serão comentadas nos desdobramentos deste item, sem a pretensão de exauri-las.

6.1. Procedimentos dos proponentes de seguros e segurados

Sempre que problemas são elencados e comentados didaticamente, requer sejam sopesadas todas as suas variáveis e também deve haver a determinação dos seus respectivos autores. Sem isso, a matéria pode se tornar estéril ou extremamente generalizante, podendo redundar na perda do seu valor informativo. Se problemas ocorrem por conta da atuação de Seguradoras, também o comportamento dos Segurados precisa ser investigado e analisado completamente. Eles, os segurados, são a razão da existência do seguro mas, mesmo assim, há situações comportamentais que geram conflitos e que são por eles provocadas.

³² TZIRULNIK, Ernesto. CAVALCANTI, Flávio de Queiroz B. PIMENTEL, Ayrton. *O Contrato de Seguro: de acordo com o Novo Código Civil Brasileiro*. 2ª ed. São Paulo: RT, 2003, p. 30.

Alguns *segurados* insistem na prevalência de determinadas práticas que foram adquiridas no passado, ainda que elas se mostrem prejudiciais a eles. O consumidor, neste aspecto, não pode ser colocado sempre sob a *condição de vítima*, a ponto de justificar todas as possíveis mazelas encontradas no sistema segurador nacional. Não constitui verdade absoluta o fato dele ser a vítima hipossuficiente, *sempre*. Há, inclusive, segurados que fraudam e de forma espetacular o mercado segurador. O nível é alarmante nesta categoria ilícita e varia de acordo com o ramo de seguro, segundo as apurações empreendidas pelo mercado. Há fraudadores *profissionais* e também fraudadores *ocasionais*, muitos deles chefes de famílias que não vêem suas atitudes como algo criminoso, mas que na verdade é. Pretender consertar o automóvel inteiro por conta de colisão mais expressiva e sob a aplicação de *uma única franquia* (as outras colisões já existentes anteriormente não foram avisadas à Seguradora) pode não representar crime hediondo, mas também não pode ser tipificado como *uma ação perfeitamente normal e lícita* à luz do contrato de seguro e da boa-fé que deve reger a relação existente. As Seguradoras, entretanto, estão sujeitas e este tipo comportamental e de maneira reiterada, lamentavelmente.

Nem todas as ações ilícitas empreendidas, inclusive, podem ser devidamente apuradas e demonstradas, a ponto de muitas vezes a *má-fé*, justamente o *contraponto máximo* da atividade seguradora, ser prestigiada. Nem sempre a *prova indiciária*, por exemplo, pode ser produzida ou sequer é acolhida pelo Judiciário. Neste aspecto processual, muitos sinistros fraudulentos já foram acolhidos e indenizados no país, contrariando toda a teoria das boas práticas conhecidas e para completo desserviço em relação à sanidade do fundo mutualístico. Toda vez que a fraude vencer, o sistema inteiro perderá, pois que a mutualidade pagará por este resultado negativo, do qual se esperava que ele pudesse ser devidamente estigmatizado do sistema a ponto de não poder prejudicar mais ninguém, muito menos a coletividade de segurados. Isso não acontecerá, de fato, podendo diminuir a incidência, mas não a prática completamente, sendo que as Seguradoras conhecem e antecipam a margem de fraude em suas provisões técnicas atuariais. Seria irreal, se não procedessem desta forma.

Ao longo de anos foram dinamizados procedimentos não condizentes com as boas práticas negociais do sistema segurador e alguns deles pelos próprios *segurados* os

quais, com o intuito de auferirem vantagens puramente econômicas nas aquisições de seus seguros, acabaram aviltando o seu próprio interesse. Neste aspecto, tem sido comum a *não fidelização* dos parceiros comerciais, cujo procedimento quase sempre é *determinado pelo segurado*, na medida em que ele escolhe um *corretor de seguros* a cada renovação de suas apólices e visando obter o serviço de intermediação sempre por *preço menor* em relação ao do ano anterior. Nessa mesma linha comportamental, tem sido comum que o corretor de seguros, escolhido pelo proponente na forma anteriormente citada, seja instado por ele a realizar ampla oferta de seus seguros a *diversas* Seguradoras e também *e tão somente*, visando o *menor preço do prêmio* a ser pago. Essa dinâmica, a primeira vista normal e nada diferente de outros setores da atividade econômica, poderia parecer justa e deveria mesmo ser incentivada na condição de medida saneadora de custos em prol dos consumidores de seguros. A realidade, contudo, não transmite validade e eficácia aos procedimentos aqui narrados e usuais do mercado nacional de seguros.

Há pontos fundamentais e diferenciadores na atividade de seguros que merecem ser especificados e conhecidos de modo que a aparente vantagem na adoção de determinados procedimentos não se releve falsa, podendo mais prejudicar do que prestigiar quem deles se vale. Como premissa pode ser estabelecida, sem margem alguma de erro, que nem sempre *o seguro mais barato* é também *o produto que melhor atenderá às necessidades e interesses* do segurado. O *preço* é só um fator de observação sobre o produto seguro, na sua totalidade. Mais importante do que ele são as *bases contratuais* estabelecidas para a cobertura dos riscos de interesse do segurado, assim consideradas sob os enfoques dos *riscos cobertos* e dos *riscos efetivamente excluídos* por aquele determinado contrato, além do limite máximo de indenização que cada modelo também deve apresentar. O valor da *franquia* também deve ser elemento a ser considerado durante a análise de uma opção e outra das bases contratuais diversas. Por mais leigo que o proponente do seguro possa ser, ele conseguirá identificar esses elementos e questionar, minuciosamente, cada um deles diretamente ao seu corretor de seguros, o qual estará sendo comissionado pela Seguradora para a realização do negócio, sendo sua obrigação de ofício conhecer todos os pontos relativos às ofertas apresentadas. Da mesma maneira o *agente de seguros* ou a própria Seguradora – caso a

negociação esteja sendo realizada de forma direta com ela ou por meios eletrônicos, deverá responder a todo e qualquer questionamento dos proponentes, acerca dos produtos oferecidos, antes da efetivação do negócio, *sempre*.

Na aquisição de seguros de maneira geral há que existir *transparência* absoluta e *confiança* nos produtos que estão sendo comercializados e também *nos profissionais* que participam da operação. Essas exigências, cruciais para os consumidores, passam também por aspectos de natureza *subjetiva* nos dias atuais. A *confiança* é algo que se adquire e ela tem mais chances de se consolidar com o passar do tempo, com a catividade da relação. Se a cada ano o proponente buscar um *novo* corretor de seguros para intermediá-lo junto às diversas Seguradoras, e também na condição de que não manterá a relação contratual com aquela que aceitou e emitiu a apólice dele no período que esta prestes a se findar, dificilmente poder-se-á arguir da “confiança”, ao menos na sua aceção plena. Na verdade *não há confiança*, mas interesse exclusivo em diminuir custo. Este procedimento, contudo, embora não seja ilícito, não é perfeito. Sendo assim, o seu resultado não pode ser bom, *sempre*. As Seguradoras envolvidas, ainda que de forma efêmera e simplesmente pelo período usual de um ano, sem qualquer garantia de manutenção no negócio, não poderão se furtar à obrigação de serem profissionais e íntegras, devendo agir de boa-fé e respeitar o ordenamento vigente. Não há exceção alguma para elas, em *qualquer situação deste tipo* e nem poderia ser diferente a conclusão parcial aqui retratada. Mas o segurado que age daquela forma e movido por aquele objetivo único de lucrar e de diminuir os seus custos se expõe, muito mais. É *humana* esta consideração, apesar da frieza matemática do ordenamento.

O segurado que busca somente a redução do preço do seu seguro a cada ano e como se este fator pudesse ser perpetuado para sempre e parecendo mesmo que ele está buscando atingir a *pseuda gratuidade* na aquisição do seguro, grande maioria, nada lê e nem se interessa, de fato, pelas *bases contratuais* que ele está adquirindo ou que já confirmou pelo preço mais baixo. Não é perfeita e tampouco recomendável esta postura. Os contratos devem ser lidos e perquiridos, até a sua exaustão completa, no que se refere ao entendimento do conteúdo deles. Se isto ocorrer, a chance de haver conflitos futuros diminuirá *e muito*. Deve ser repetido, aqui, que a não leitura não isenta a responsabilidade da Seguradora em havendo incongruências no texto, ou no conteúdo

da apólice em cotejo com tudo aquilo que foi solicitado e informado na *proposta de seguro*, entre outras considerações do tipo.

Essas inconsistências comportamentais deveriam ser repensadas e sanadas de vez no Brasil, em prol das boas relações comerciais entre as partes contratantes, até porque os seguros, em grande parte das situações, têm obrigações que se protraem no tempo, de longa duração. Não há sentido algum, portanto, na não fidelização das partes.

As relações de longo tempo facilitam, em sede de seguros, também nos *processos de sinistros* (tanto na esfera administrativa como na judicial), especialmente quando a Seguradora já acompanha aquela determinada empresa segurada ao longo de anos, conhecendo todas as suas operações industriais e procedimentos afetos. Enfim, esta premissa deve ser incentivada no mercado nacional, a *fidelização*, a qual apresenta vantagens múltiplas a todas as partes envolvidas e principalmente para os *segurados consumidores de seguros*.

No tocante à *fase pré-contratual* do seguro, inúmeras situações de conflitos são encontradas, notadamente em relação ao fornecimento de informações acerca dos riscos a serem cobertos e por conta da proposta de seguros (art. 759, CC/2002) preenchida pelo proponente do negócio. O art. 765 do CC determina a boa-fé como corolário da operação securitária e o disposto no artigo 766 determina a perda de direito àquele que fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influenciar na aceitação da proposta ou na precificação do seguro. O legislador, contudo, amenizou a penalização daquele que omitir informações essenciais por culpa, *sem má-fé expressa*, deixando por conta da Seguradora o direito de resolver o contrato ou de mantê-lo, cobrando o prêmio devido, mesmo após a ocorrência do sinistro. A prova dessa situação pode ser *diabólica* para a Seguradora ou mesmo impossível e, por sua vez, não repercutiu de maneira positiva a ressalva feita no ordenamento. Na esfera do *desconhecimento do risco* por parte do proponente, cuja situação nem sempre é perfeitamente possível de ser objeto de provas materiais suficientemente robustas para convencerem a quem de direito, despontam controvérsias acirradas e muitas vezes envolvendo sinistros de monta, os quais acabam se arrastando nos tribunais. Empresas construtoras de grande porte, por exemplo, e que já possuem em seu *portfolio* de obras construídas número acentuado de usinas hidrelétricas no país e no exterior, alegarem

que desconheciam completamente os impactos que poderiam ser causados às margens do rio onde o canteiro se estendeu, não pode constituir informação com crédito imediato e sem postulações precisas acerca dela. Não há, em princípio, razoabilidade nesta tese, na medida em que impactos semelhantes já foram observados, mapeados e sobejamente conhecidos em outros canteiros de obras, não sendo a construtora uma neófito na atividade, a qual requer especialização concentrada para o seu exercício. De igual conflito e dimensão, a consideração a ser feita sobre *a informação que foi omitida* e a relação dela com a *causalidade efetiva do sinistro*, tem despertado conflitos vários no Brasil e também em outros países, notadamente naqueles que admitem o grau de culpa para minimizarem os efeitos contra o segurado que omitiu informação ou que a forneceu de maneira incompleta. O abrandamento da norma em favor do segurado, neste sentido, pode repercutir na mutualidade, onerando a massa de segurados, uma vez que a sinistralidade exacerbada será repassada a todos, na precificação de cada um dos seguros. No domínio dessas teorias e diante de tema tão complexo e abrangente, desponta a necessidade de as Seguradoras elaborarem questionários objetivos, completos e de fácil percepção e preenchimento pelos proponentes, de maneira a minimizarem discussões acaloradas em sobrevivendo os sinistros com esta natureza. “O proponente sempre saberia que dados deveria declarar e o segurador, em caso de incumprimento do dever de declaração do risco, teria assegurado o sucesso da sua impugnação do contrato”³³, conforme expõe o doutrinador lusitano.

A Seguradora tem o direito de receber informações precisas, completas e perfeitamente objetivas a respeito dos riscos propostos a ela para serem garantidos pelas coberturas do contrato de seguro e o proponente tem a obrigação de informá-los. Este axioma deve ser preservado e requerido sempre e de modo a transmitir objetividade e transparência absoluta nas relações, em prol dos interesses de ambas as partes envolvidas. Assim como em qualquer outra transação comercial na qual o adquirente se envolve com o preenchimento de propostas, formulários, apresentação de documentos probatórios e certificadores, não pode ser diferente na contratação do seguro, cujo formalismo e rigor aproveita a todos, minimizando conflitos. A simplificação e a

³³ POÇAS, Luis. Op. cit., p. 912.

celeridade, portanto, nem sempre são as melhores aliadas neste tipo de negociação que requer atenção múltipla e cuidadosa. O corretor de seguros, inclusive, não pode e não deve fazer as vezes do proponente, pois que na sua *intermediação* do negócio, não está explícito o fornecimento de informações acerca dos riscos, ao menos aqueles quesitos de maior representatividade na avença negocial. Cabe ao corretor orientar e esclarecer o proponente acerca dos riscos do negócio e de fatores que possam influenciar nos resultados da operação em curso, mas não o fornecimento direto das informações à Seguradora. Os riscos das atividades, as características essenciais dos bens e dos interesses a serem segurados devem ser informadas pelos proponentes, com a orientação precisa e profissional dos corretores de seguros.

Importante destacar, neste tópico, que o dever-anexo ou obrigacional de prestar informações na esfera do seguro não se limita ao proponente/segurado. Ele tem *mão dupla*, ou seja, também sobre a Seguradora recai a mesma obrigação. Ela deve proceder da forma mais transparente possível quando da oferta e da publicidade dos seus produtos de seguros, p. exemplo. Na fase pré-contratual a Seguradora tem a obrigação de apresentar previamente todos os termos e as condições do seguro que está sendo tratado (art. 46, CDC), notadamente em relação aos riscos cobertos e aos excluídos e também sobre quaisquer situações que importem ônus ao segurado ou a limitação dos seus direitos. Nada escusa a omissão neste sentido. A nova doutrina, criada especialmente a partir da edição do CDC no Brasil, propugna pela *solidariedade* neste aspecto, de maneira que a previsão contida no art. 34 do CDC também se aplique às relações de seguros em face das partes intervenientes. No entendimento de Paulo Lôbo, “esta solidariedade passiva é necessária como instrumento indispensável de eficaz proteção ao consumidor, para que ele não tenha de suportar o ônus desarrazoado de identificar o responsável pela informação, dentre todos os integrantes da respectiva cadeia econômica (produtor, fabricante, importador, distribuidor, comerciante, prestador de serviço)”³⁴. Neste entendimento, o corretor de seguros e os agentes podem ser

³⁴ NERY JÚNIOR, Nelson. NERY, Rosa Maria de Andrade. *Doutrinas Essenciais – Responsabilidade Civil – v. VIII, Direito Fundamental à Informação*, São Paulo: RT, 2010, in LÔBO, Paulo Luiz Netto. *A Informação como Direito Fundamental do Consumidor* – p. 105.

solidariamente responsabilizados se faltarem com o dever de informar, prejudicando o consumidor segurado.

6.2. Bases contratuais de seguros (*clausulados* que determinam as coberturas e as não-coberturas, assim como os demais dispositivos inerentes aos direitos e obrigações das partes)

Neste subitem há multiforme aplicação e considerações várias, cada qual com enfoques que podem abordar diferentes contextos. De modo a objetivar a explanação, serão indicados apenas determinados exemplos de textos de coberturas que geram interpretações outras, além daquelas que originalmente os respectivos redatores se propuseram a determinar. Alguns exemplos, inclusive, se originam de determinação do Órgão Regulador e nem por isso estão isentos de contrariedades pontuais, quer de ordem técnica ou mesmo jurídica.

6.2.1. Utilização da *tabela de prazo curto* para a recondução do prazo de vigência da apólice de seguro

No Brasil, havendo o inadimplemento parcial do pagamento do prêmio de seguro parcelado ou ainda quando o segurado desejar rescindir o contrato de seguro durante a sua vigência, tem sido determinada a aplicação de percentual constante da denomina Tabela de Prazo Curto, de modo a estabelecer na primeira situação o novo prazo de vigência da apólice em razão da parcela de prêmio já adimplida e, na segunda hipótese, para que a Seguradora retenha o prêmio já pago em face do tempo de seguro decorrido. O critério adotado pela referida tabela, de logo período de utilização pelo mercado nacional, não leva em conta a *proporcionalidade* do tempo, mas determina percentuais por períodos, os quais são mais vantajosos à Seguradora sempre, em detrimento do segurado. Então, por exemplo, na hipótese de o seguro ter sido parcelado em quatro vezes e o segurado tendo quitado apenas duas delas de maneira subsequente, o período anual e original da apólice será reajustado para 120 dias, conforme está previsto na Tabela para o pagamento de cinquenta por cento do prêmio que foi realizado em relação ao prêmio anual total. Se o critério adotado fosse da *proporcionalidade* (*pro*

rata-temporis), o período ajustado seria de 182,5 dias (metade de 365 dias). A diferença encontrada no número de dias, portanto, é expressiva e atua em prejuízo do consumidor.

Na *resilição antecipada do contrato de seguro a pedido do segurado*, a Seguradora pode reter de prêmio, além dos emolumentos considerados, o percentual calculado de acordo com a mesma Tabela. Na hipótese, p. ex., de o segurado desejar a rescisão uma vez decorrida a metade do prazo anual do seguro, o percentual de retenção do prêmio pago será de 70% (setenta por cento), conforme está previsto naquela tabela, a qual é aprovada pela Susep. Este mecanismo, originado na ideia de que o prêmio de seguro é indivisível, até porque a sua concepção sempre foi a de pagamento único e à vista no ato da confirmação do contrato, no Brasil sofreu desdobramentos e a parcelização do pagamento do prêmio constitui fator recorrente no país, sem possibilidade aparente de ser revertida a prática. A determinação de percentual mais favorável ao segurador, numa espécie de *penalização ao segurado* teve justamente a função de coibir a prática reiterada, servindo até mesmo de desincentivo para a desconstituição do seguro depois dele ter sido efetivado formalmente. Diante da massificação encontrada na atualidade, e para grande parte dos segmentos de seguros, este procedimento se mostra injustificado e a *proporcionalidade*, inclusive, constitui critério determinado pelo CDC, art. 51 (*são nulas as cláusulas que estabeleçam a perda total ou desproporcionada das prestações pagas pelo consumidor, em benefício do credor, que, em razão de desistência ou inadimplemento, pleitear a resilição ou resolução do contrato, ressalvada a cobrança judicial de perdas e danos comprovadamente sofridos* – conforme Portaria MJ/SDE n.º 4, de 13.03.1998). A Tabela de Prazo Curto, para as duas situações elencadas neste tópico, não mais encontra respaldo legal, razão pela qual ela tem sido fulminada nas Cortes de Justiça do país, sempre que a sua validade é arguida em razão da desvantagem excessiva aos segurados que ela apresenta: TJSP, Ap. 9202540-74.2006; TJSP, Ap. 0036592-97.2010.8.26.0000; TJRS, Ap.70027998327; TJRS, Ap.70032572729; TJRS, Ap. 70035996925; TJRS, Ap. 70019246560.

A referida situação de desvantagem excessiva para o consumidor, embora não passe mais despercebida pelo crivo do Judiciário, recentemente ela passou até mesmo pelo IDEC, cuja entidade é das mais atuantes em face da preservação dos direitos dos

consumidores do país, assim como o Brasilcon. Através da reportagem “*Seguro: atrasou cancelou?*”, a Revista do IDEC noticiou o fato de o atraso no pagamento do prêmio do seguro repercutir na aplicação da tabela de prazo de curto descrita pela Circular Susep n.º 239/2003, de modo a readequar o período de vigência da apólice. “De acordo com essa tabela, se o consumidor já tiver pagado 50% do valor de um seguro que teria um ano de duração, a cobertura vale por 120 dias (quatro meses), por exemplo. Caso o atraso ocorra após o pagamento de 80% do prêmio, a apólice vale por 240 dias (oito meses)”³⁵. Em razão mesmo da falta de conhecimento que se demonstra no Brasil acerca do seguro e de maneira generalizada em todos os círculos de atuação da sociedade, este tipo de prática acaba se perpetuando por anos, sem que os consumidores atentem para as perdas que estão sofrendo. Em situações mais complexas de sinistros, a diferença entre a proporcionalidade devida conforme o CDC - em confronto com a diminuição do prazo estabelecida pela tabela de prazo de curto, pode proporcionar conflitos de toda ordem, até mesmo porque essa diferença relacionada ao período de vigência do seguro pode determinar o enquadramento *ou não* do evento que provocou o sinistro na apólice em questão. Os danos parciais, assim como a perda total do veículo por roubo ou colisão ou qualquer outro evento garantido pela apólice também passam por esta situação e com maior incidência no país em face mesmo do número acentuado de sinistros no ramo Automóveis e pela massificação do segmento.

A devolução do prêmio pela *resilição antecipada* encontra doutrina diversa em vários países, dependendo do ordenamento aplicável. Todavia, com o advento do direito consumerista mundial a aplicação se mantém de forma muito mais coesa e em prol dos interesses dos segurados na atualidade. A Lei de Seguros portuguesa (Decreto-Lei n.º 72/2008, de 16 de abril), p. ex., determina no seu artigo 107º, n.º 2 que “o estorno do prémio é calculado *‘pro rata temporis’*, ou seja, proporcionalmente ao tempo decorrido. Esta regra pode ser afastada através de acordo entre as partes desde que tal acordo tenha uma razão atendível. (...) Assim, enquadram-se nas situações em que pode ser acordada solução diversa os seguros que, por exemplo, devido ao facto de terem o risco concentrado num determinado período já cumpriram o seu propósito. Um seguro para

³⁵ Revista do IDEC – Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor n.º 183, dezembro de 2013, p. 17.

uma atividade sazonal agrícola ou de caça pode ter esse âmbito”³⁶. Bastante coerente a formulação da lei portuguesa, na medida em que nas situações exemplificadas o risco praticamente já se esgotou e justamente naquele período de tempo no qual ele transcorreu, não sendo justo haver a devolução proporcional do prêmio.

Nesta senda, desponta também aquilo que hoje é denominado de *teoria do adimplemento substancial*, notadamente quando a rescisão contratual se dá por iniciativa da Seguradora, em desproporcional desvantagem para a outra parte e muitas vezes com prejuízo de fato, em razão de sinistro ocorrido e objeto de discussão o qual não será contemplado pela cobertura da apólice se a tabela de prazo curto for de fato aplicada. A jurisprudência tem sido recorrente neste aspecto, a favor dos consumidores de seguros e não haveria como ser diferente: STJ, REsp 877.965/SP; STJ, REsp 1.200.105/MA; STJ, REsp 1.051.270/RS; STJ, AgRg AREsp 238.432/RS; STJ, REsp 76.362/MT; STJ, REsp 877.965/SP.

A tabela de prazo curto não mais se sustenta no mercado segurador nacional em face não só do novo pensamento contratual dominante, como também e especialmente em razão dos direitos dos consumidores de seguros, e, apesar de ser *oficializada* pela Susep, deveria deixar de existir no país. Além do Judiciário, também os Procons podem determinar ou pelo menos arguir da nulidade da referida cláusula, até a sua completa extinção do cenário nacional. O papel do Órgão Regulador em face dos direitos dos consumidores de seguros, nesta pontual situação, é preponderante.

6.2.2. Objeto essencial da cobertura

Tem sido destacada nos dias atuais a questão do *objeto do contrato de seguro* e da sua preservação máxima com base na lógica subjacente e inerente a cada um deles, conforme o tipo de seguro. Algumas práticas, em desfavor dos consumidores, podem coloca-los em situação de *desvantagem excessiva*, rompendo mesmo *o equilíbrio* das bases contratuais. Em face deste entendimento várias situações têm surgido e de todas as índoles, as quais movimentam os tribunais do país na produção de decisões e muitas

³⁶ ALVES, Francisco Luís F. Ribeiro. *Direito dos Seguros: Cessação do Contrato. Práticas Comerciais*. Coimbra: Almedina, 2013, p. 52.

delas emblemáticas, e outras tantas ainda poderão surgir a partir do momento em que forem submetidas ao crivo jurisdicional. Apesar de haver falta de cultura sistêmica no país em matéria de seguros, até mesmo com rara doutrina especializada, a produção jurisprudencial é expressiva e tem aumentado, vertiginosamente.

Zanellato, através da RDC 83, analisou a ação coletiva interposta pela Anadec – Associação Nacional de Defesa da Cidadania e do Consumidor contra a seguradora que introduziu no clausulado do seguro de vida e acidentes pessoais, os riscos relacionados com acidentes que poderiam gerar a morte ou a invalidez permanente (total ou parcial) dos segurados nas hipóteses de *parto* ou *aborto*, de *choque anafilático*, *hérnias de qualquer espécie*, *perturbações e intoxicações alimentares* de qualquer natureza. Aduziu o ilustre procurador “de nada adianta, assim, que as estipulações contratuais atacadas nesta ação sejam redigidas em destaque. Isso não afasta a sua abusividade, pois não importa redigir de forma destacada e compreensível ao consumidor cláusulas contratuais abusivas em si mesmo”³⁷. Este tipo de ação demonstra a *limitação objetiva* que se apresenta na contemporaneidade em sede da atividade seguradora. Há limites impostos pela sociedade e todos eles estão materializados no novo ordenamento jurídico, muitos deles *principiológicos*, os quais devem ser obedecidos sempre. O individualismo e o liberalismo exacerbado que existiram nos anos anteriores, também no Brasil, deram vez a este novo ordenamento. Não há mais espaço para este tipo de comportamento contratual e o novo mandamento deve ser cumprido pelas seguradoras, sem exceção. A sociedade pós-moderna o elegeu desta forma e, sendo assim, não há como resisti-lo. É mandatário.

Neste segmento dos seguros de pessoas, despontam produtos no mercado nacional os quais não foram ainda objeto de apreciação judicial, até mesmo porque eles são mais recentes na comercialização dos tipos e o tempo de maturação ainda está em curso. Tudo indica, entretanto, e em face das bases contratuais dentro das quais eles foram concebidos que serão invariavelmente apreciados, em breve. São os denominados

³⁷ ZANELLATO, Marco Antonio. *in* Abusividade de Cláusula de Exclusão de Responsabilidade em Contratos de Seguros de Vida e Acidentes Pessoais. *Revista de Direito do Consumidor – RDC 83*. São Paulo: RT, julho-setembro 2012, p. 489. | Sobre o mesmo tema, POLIDO, Walter A. *Contrato de Seguro: novos paradigmas*. São Paulo: Roncarati, 2010, p. 252 e segs.

Seguros de Doenças Graves com variados desdobramentos. O problema que se antevê repousa na *descontinuidade da cobertura*, dentro daquilo que os atuários das seguradoras classificam como sendo o “limite máximo de permanência” no produto, uma vez atingida a idade prescrita por eles. Exemplo: Seguro pela Perda da Existência Independente – PEI, o qual apresenta cobertura para as despesas com assistência do segurado em sobrevivendo total ou permanente incapacitação para realizar, de maneira independente, quatro ou mais atividades da vida diária que são as seguintes: banhar-se; vestir-se; realizar atos de higiene pessoal; locomover-se por meios próprios; continência (intestinal e urinária); alimentar-se. Prazo de carência do produto em relação à eficácia das coberturas a partir da contratação: oito meses. Idade de ingresso no seguro: mínima de dezoito anos e máxima de sessenta anos. Idade máxima de permanência no seguro: setenta anos. Sendo um seguro de trato continuado e cativo, o fato de a pessoa segurada por longo período ser instada a se retirar do programa ou simplesmente não ser renovado o seu seguro, certamente contrariará interesses dos consumidores, com desvantagem expressiva e justamente na fase, em tese, mais exposta aos riscos cobertos. Ainda que essa condição quanto ao limite máximo de permanência seja objeto de inscrição em destaque na apólice, mesmo assim não parece ser suficiente em face de todas as circunstâncias que envolvem este tipo especial de seguro, considerando-se também que atingirá pessoas idosas, ou, mais precisamente, *hipervulneráveis*, conforme o termo construído pelo ministro Herman Benjamin do STJ. Essa vulnerabilidade, especialmente apreciada, fragiliza as pessoas e desequilibra a relação contratual existente. Na lição de Cláudia Lima Marques e Bruno Miragem, “a noção de vulnerabilidade no direito associa-se à identificação de fraqueza ou debilidade de um dos sujeitos da relação jurídica em razão de determinadas condições ou qualidades que lhe são inerentes ou, ainda, de uma posição de força que pode ser identificada no outro sujeito da relação jurídica”³⁸. Impraticável a admissão da possibilidade de o segurado, após longo período de permanência no seguro e em razão do avançado de sua idade, ser classificado como não mais integrante do programa de cobertura, do qual ele participou

³⁸ MARQUES, Cláudia Lima. MIRAGEM, Bruno. *O Novo Direito Privado e a Proteção dos Vulneráveis*. São Paulo: RT, 2012, p. 162.

por vários anos. A determinação da eliminação do segurado do programa, inclusive, fere princípios não só constitucionais e relativos à dignidade da pessoa humana, como também do Estatuto do Idoso, de forma discriminatória.

Na mesma linha de cobertura estruturada no produto PEI retromencionado, Seguradoras do mercado oferecem Doenças Graves – Câncer Feminino, p.ex., com os mesmos pressupostos daquele outro tipo de seguro e, inclusive, com *data limite de permanência* no programa. A *pessoa doente* de forma grave, assim como o idoso, é considerada vulnerável e sobre ela recai o mesmo nível de tutela jurisdicional em face das bases contratuais avençadas. Completamente inadmissível e injustificável, com base no Direito pós-moderno, a não continuidade da segurada no referido programa e em razão tão somente dela haver atingido a idade máxima de permanência. A *matematização atuarial do risco*, em qualquer das hipóteses aqui retratadas, não terá o condão de obliterar qualquer dos princípios legais insertos e exigíveis da atividade seguradora, contemporaneamente apreciados. Os princípios máximos do direito consumerista certamente guerrearão com procedimentos desta ordem.

Hoje, as Seguradoras têm limites objetivos na atuação delas e especialmente na formulação dos seus contratos e nas bases de coberturas dos riscos que elas se propõem a garantir. A liberdade que aparentemente existiu antes, hoje é relativizada e bastante diferente do tempo passado, o qual se pautava pela égide do liberalismo exacerbado e sem controle algum do Estado. Já foi retratado *retro* que o Órgão Regulador do sistema segurador deve ter comportamento *conducente* e de forma alguma *impositor* das bases contratuais. A sua função não repousa na determinação das bases de coberturas para as Seguradoras. Em face do estágio ainda subdesenvolvido no qual se encontra o Brasil neste setor regulatório, a Susep acaba determinando textos prontos de clausulados de seguros e o mercado os adota, sem a devida contestação que deveria existir e sob fundamentação técnica e jurídica adequadas, cujo procedimento cria série de situações conflituosas. Essas situações anômalas acabam perpetuando não só a desconformidade em relação à excelência técnica exigível para a atividade, como também propiciam prejuízos aos consumidores de seguros, com resultado extremamente paradoxal, na medida em que a Susep pretende, tudo indica e não pode ser diferente, *proteger o cidadão* em face daqueles interesses que seriam meramente financeiros das seguradoras.

Nos diversos modelos de clausulados denominados *padronizados* e dos diferentes ramos de seguros, são encontradas toda sorte de impropriedades e todas elas poderiam ter sido evitadas, caso tivesse prevalecido a especialização requerida e concentrada na atividade reguladora. Também é certo que nem todos os problemas e conflitos atualmente existentes no mercado nacional de seguros são derivados exclusivamente daqueles clausulados e programas de seguros determinados pelo Estado. Longe disso, também os clausulados tidos como *não-padronizados* apresentam problemas de várias ordens.

Não há dúvida de que o contrato de seguro pode apresentar restrições de coberturas em relação a determinados riscos, até porque são da essência da atividade a *homogeneização*, assim como a *seleção* daqueles riscos cujos proponentes também demonstrem estarem comprometidos com a segurança, manutenção e zelo para que o infortúnio garantido de fato não aconteça, apesar da existência do seguro. A exoneração da garantia, portanto, é legítima, mas ela é regida também pela *boa-fé* e pela *razoabilidade*, além da *vulnerabilidade* do consumidor de seguros, cuja característica deve ser lembrada sempre, quando da elaboração dos clausulados dos programas de seguros. Na preleção de Bruno Miragem neste sentido “a proteção dos interesses legítimos das partes que se deve exigir, seja na fase da formação do contrato, nos contratos preliminares entre o consumidor e o corretor de seguros ou outro agente representante do segurador, bem como na interpretação e execução do seu conteúdo, em vista da sua causa contratual: a garantia de interesses legítimos do segurado em relação a riscos pré-determinados”³⁹. Exemplos de situações pontuais que conflitam em razão das limitações impostas de maneira desarticulada com a *boa técnica* exigida e profissional:

(a) Seguros de Responsabilidade Civil Geral – Por todo o tempo sempre vigorou no Brasil, assim como vigora no mundo todo, as coberturas de *despesas com a defesa do segurado em juízo*, assim como as *perdas financeiras ou lucros cessantes sofridos diretamente pelos terceiros* prejudicados pelo segurado na condição de riscos *automaticamente cobertos* e assim considerados de maneira curial em todo e qualquer

³⁹ *Revista de Direito do Consumidor – RDC – 76*, São Paulo: RT, outubro-dezembro 2010, in MIRAGEM, Bruno. O contrato de seguro e os direitos dos consumidores – p. 239-276.

tipo de seguro deste tipo. A Susep, através da Circular 437/2012, determinou modelos de coberturas padronizados para este tipo de seguro e designou, por sua conta, a segregação desses riscos nos referidos clausulados e sob a condição de *excluídos*, ficando sujeitos não só à solicitação especial sobre a cobertura deles a ser efetivada pelo proponente, como também a aceitação deles deverá ser formalizada através da inclusão de *cláusulas particulares e cobrança de prêmio adicional*. Este mecanismo não existe em qualquer parte do mundo e, como tal, não se justifica tecnicamente, sendo que a adoção dele prejudicará os consumidores menos assistidos ou não atentos, os quais terão os seus seguros renovados e sem as referidas coberturas, embora possivelmente pagando o mesmo nível de prêmio quando dispunham da cobertura na sua forma completa, assim como ela sempre existiu também no mercado segurador nacional anterior ao novo marco regulatório da Susep. No momento do sinistro as deficiências de cobertura da apólice contratada, segundo este novo e inexplicável modelo da Susep, serão percebidas pelo segurado, sem o devido respaldo do seguro, com prejuízo para ele. Essa situação paradoxal e injustificável não deveria mais acontecer no atual estágio de desenvolvimento do mercado segurador brasileiro, no século XXI.

(b) Limite Máximo de Garantia na Apólice de Seguro Responsabilidade Civil Geral - Ainda com referência ao mesmo marco regulatório dos modelos de clausulados padronizados dos seguros RCG da Susep, de 2012, apesar de existirem inúmeros outras situações de conflitos e que trazem flagrante prejuízo aos consumidores não só para aqueles que já contratavam os mesmos seguros anos atrás, mas também aos novos clientes das Seguradoras que adotam este modelo estandardizado pelo Estado, destaca-se a questão do Limite Máximo de Garantia de Apólice, ou LMG como é conhecido, o qual teve a aprovação da Superintendência inexplicavelmente. Este dispositivo não tem razão alguma para existir e deve ser eliminado peremptoriamente. Ao invés de prescrevê-lo em suas Circulares, o Órgão Regulador deveria supervisionar, cumprindo o seu papel de fato, de maneira a coibir a utilização do mecanismo, o qual se apresenta com elevado grau de prejuízo ao segurado, sendo nulo de pleno direito em qualquer sede jurisdicional, pois que é completamente abusivo em relação ao segurado de apólice de seguro de responsabilidade civil.

A Susep definiu da seguinte forma o LMG⁴⁰: “representa o limite máximo de responsabilidade da seguradora, de estipulação opcional, aplicável a apólices que abrangem várias coberturas, quando relacionadas por sinistros decorrentes de um mesmo fato gerador. O LMG é fixado com valor *menor* ou *igual* à soma dos limites máximos de indenização estabelecidos para cada cobertura contratada. Se a soma das reparações e/ou despesas, devidas ou pagas pelo segurado, exceder o LMG, a seguradora assumirá o pagamento das indenizações e/ou reembolsos até que totalizem aquele limite, não estando o excesso coberto pelo seguro”.

As diversas coberturas da apólice apresentam limites de garantia isolados e para cada uma delas a Seguradora cobra o respectivo prêmio. Quando o LMG trata da *soma* de todos os limites de indenização por sinistro e referentes às modalidades (coberturas) consideradas na apólice, ele apenas enfatiza a obviedade do critério e, sendo assim, ele se torna completamente inócuo e desnecessário no contexto do contrato de seguro. Quando o LMG, por sua vez, permite que o valor da *soma* de todos os limites de indenização por sinistro seja desconsiderado, prevalecendo limite *menor*, o qual foi estipulado previamente pela seguradora na apólice, então há incoerência lógica no dispositivo, o qual contraria, inclusive, princípios legais em face do consumidor dos seguros RC. Se o segurado paga prêmio isolado por modalidade (cobertura) e por limite de indenização para cada uma delas, ele não pode receber limite de indenização *menor* da soma dos referidos limites, em nenhuma hipótese⁴¹. Não há critério atuarial que possa justificar este dispositivo de flagrante prejuízo ao consumidor. O risco de acúmulo de limites em um mesmo evento e exposto a Seguradora pode ser resolvido por ela através do *resseguro*, mas não pode, certamente, ser repassado ou mesmo *devolvido* ao segurado, o qual justamente contratou seguro para transferir os seus riscos a ela.

(c) Apólice de Reembolso em Seguros de Responsabilidade Civil Facultativo de Veículo - RCFV. A determinação do princípio de “reembolso” em apólices de seguros

⁴⁰ Circular Susep 437/2012, item 25, Glossário, p. 35.

⁴¹ POLIDO, Walter A. *Seguros de Responsabilidade Civil: manual prático e teórico*. Curitiba: Juruá, 2013, p. 523-529.

de responsabilidade civil, de maneira ampla, se contradiz com o pensamento contemporâneo acerca do seguro. Na atualidade, o seguro é entendido como garantia imediata de interesse legítimo do segurado (art. 757, CC/2002). Ele é contratado justamente para que o segurado não se veja obrigado a *desfalcar o seu próprio patrimônio* para adimplir a obrigação nascida para ele de indenizar o terceiro prejudicado, em sobrevindo o sinistro. O *reembolso*, diante deste objetivo do seguro, desconstrói completamente a teoria aqui retratada. O segurado, ao contratar o seguro, deseja manter a garantia de *indenidade* do seu patrimônio e não a de ser obrigado a indenizar primeiro, para então fazer jus ao reembolso. Não há como prevalecer este pressuposto segundo a doutrina mais moderna acerca do seguro de responsabilidade civil e de seu objeto. Este modelo, o de reembolso, nasceu basicamente no Brasil e tem perdurado por anos a fio, *injustificadamente*. Foi e ainda é utilizado como sucedâneo para tentar explicar a provável *inadmissibilidade da ação direta do terceiro contra a Seguradora*, em sede de seguros de responsabilidade civil facultativos. Nem mesmo isso, contudo, tem sido possível evitar nos dias atuais. Além do mais, reembolso e ação direta são institutos diferentes e um não tem a propriedade de neutralizar o outro. Nos seguros de caráter obrigatório, em face do disposto no art. 788 do CC/2002, a ação direta é admitida *legalmente*. Nos seguros facultativos a jurisprudência tem claudicado a respeito, ora admitindo, ora negando a possibilidade. Em face do princípio da função social do contrato, colmatado pelo novo ordenamento civil de 2002, a admissão da ação direta tem se alargado e não parece que possa ser impedida de alguma forma. Na definição exposta no art. 787 do CC/2002, não há o termo *reembolso* e ela contempla exatamente a função esperada do seguro de RC: garantir *ao segurado* o pagamento da indenização devida ao terceiro. Na VI Jornada de Direito Civil do STJ, em março de 2013, o tema, já debatido várias vezes e sendo objeto mesmo de decisões divergentes, voltou ao escrutínio dos ministros daquele Tribunal Superior, sendo que restou alterado em parte o entendimento jurisprudencial anterior, prevalecendo o disposto no Enunciado 544, com aprovação unânime dos ministros⁴². “Enunciado 544 – O seguro de responsabilidade civil facultativo garante dois interesses, o do segurado contra os

⁴² POLIDO, Walter A. Seguros de Responsabilidade Civil: manual prático e teórico. Op. cit., p. 235-255; 376-388.

efeitos patrimoniais da imputação de responsabilidade e o da vítima à indenização, ambos destinatários da garantia, com pretensão própria e independente contra a seguradora”.

Em face da doutrina aqui expressa, os seguros de RC, de modo geral, não podem ser tratados como sendo de *reembolso*, cujo conceito, vetusto e inadequado, restou completamente ultrapassado pela modernidade. O que se espera do objeto deste tipo de seguro é justamente manter o segurado *indene*, do latim “*indemis*” ou livre completamente de perda. Portanto, o *estado de indenidade* é a garantia que se oferece ao segurado, nos dias atuais, em sede de seguros de responsabilidade civil. O termo *reembolso*, ainda que seja expresso na apólice apenas na condição de pressuposto garantidor da Seguradora, não encontra mais razão de ser, se de fato algum doutrinador mais atento à função precípua do seguro conseguiu um dia justificá-lo, e deve por isso ser completamente abolido. A determinação neste sentido deve partir do Órgão Regulador em face da proteção que ele deve exercer sobre os consumidores de seguros do país. Se assim agir, estará sendo promovida a devida *readequação* do tema aos ditames legais (art. 787 do CC/2002) e também em face do entendimento jurisprudencial dominante, o qual certamente não admitirá mais nenhum tipo de retrocesso neste sentido.

(d) Readequação de prêmios em seguros de longa duração - Nos seguros de pessoas – Vida especialmente, o disposto nas Circulares Susep n.º 302, de 19.09.2005 (alterada pela Circular 316, de 12.01.2006) e 303, de 19.09.2005 (revogada pela Circular 317, de 12.01.2006), resultou vários conflitos e ações judiciais no país. Em razão da admissão conferida pela referida Autarquia às Seguradoras, elas readequaram planos de seguros de longa duração, impondo aumentos significativos dos prêmios e para segurados aderentes de longa data, muitos deles idosos e já não mais ativos no trabalho. O IDEC, inclusive, interpôs ação civil pública contra a Susep⁴³, pleiteando a imediata suspensão dos efeitos das referidas circulares normativas. Em razão da alegada “inadequação atuarial” dos vários programas de seguros existentes ao longo de anos as Seguradoras, respaldadas pelas normas administrativas da Susep, aumentaram os prêmios dos seguros

⁴³ POLIDO, Walter A. *Contrato de seguro: novos paradigmas*, Op. cit., p. 275-300.

ou ofereceram o rebaixamento do capital segurado no nível do prêmio que vinha sendo cobrado até então por elas. Todas as questões envolvidas neste caso emblemático e sequer resolvidas completamente até os dias atuais demonstram não só a fragilidade do sistema em sede de orientação legal adequada em termos de seguros, como também na gestão infralegal exercida pelo Estado. Várias teorias e princípios de Direito serviram de sucedâneo para a defesa dos milhares de consumidores que foram afetados, através de inúmeras ações coletivas e ações civis públicas. Alegou-se, inclusive, do *abuso de direito*, conforme o novo ordenamento dado pelo art. 187, do CC/2002. Tantas outras teorias jurídicas e princípios gerais do Direito colmataram as peças processuais pertinentes a este caso, nas diversas cortes de justiça, tribunais estaduais e também no STJ. Quebra da *efetividade social* do contrato, assim como a *quebra da expectativa da confiança* e da *solidariedade* foram algumas das teorias demonstradas.

A Seguradora “vendeu” e “garantiu” *tranquilidade* cativa (expectativa da confiança) aos segurados e, justamente quando eles estavam mais fragilizados na idade (verdadeiramente mais próximos da morte, conforme o risco predeterminado no contrato de seguro de vida), ela pretendeu mudar drasticamente as bases do contrato. O aposentado brasileiro, inclusive, raramente tem condições financeiras em assumir novos encargos, além de suas despesas já conhecidas e planejadas há anos. A *empresarialidade* requerida pela lei (parágrafo único, art. 757 do CC/2002), também serviu de sucedâneo à defesa dos consumidores atingidos, sendo que as Seguradoras não podiam simplesmente transferir o risco empresarial delas aos consumidores, sendo elas as profissionais do setor. A Circular Susep 302, de 19.09.2005, continua a admitir a possibilidade de a Seguradora não renovar os seguros de pessoas⁴⁴, sem qualquer pré-requisito para a tomada dessa decisão, o que contraria toda a teoria retratada neste texto e notadamente em relação ao caráter relacional e cativo representado pelo contrato

⁴⁴ Art. 64, § 2º. Caso a sociedade seguradora não tenha interesse em renovar a apólice, deverá comunicar aos segurados e ao estipulante mediante aviso prévio de, no mínimo, sessenta dias que antecedam o final de vigência da apólice (Circular Susep 302/2005). A antiga Circular Susep 17, de 17.07.1992, portanto anterior ao CDC, utilizava dispositivo ainda mais enfático: “Art. 53 - A apólice pode ser cancelada pela seguradora mediante aviso prévio de 30 (trinta) dias no mínimo, caso a natureza dos riscos venha a sofrer alterações que a tornem incompatível com as condições mínimas de manutenção”.

de seguro de vida, o qual se protraí no tempo. O risco empresarial, convém repetir, não pode ser transferido ao segurado segundo a nova doutrina emanada do direito consumerista, de largo espectro protecional em face do vulnerável. A doutrina mais alinhada ao positivismo do Direito Civil protesta contra esta afirmação, assim se expressando: “se os antigos segurados, que poderiam evitar a perda de cobertura migrando para outros planos, insistem em não fazê-lo, o prejuízo é deles, porque o segurador não tem o dever de manter um seguro vencido ou de manter um plano de cobertura que já não mais lhe convém”⁴⁵. Não é sem motivo, portanto, que o IDEC ingressou com ação civil pública justamente pleiteando a interrupção dos efeitos da Circular 302/2005 da Susep⁴⁶.

O empreendedorismo em seguros apresenta riscos de longa latência e em razão dessa característica as Seguradoras devem se profissionalizar fortemente, utilizando todas as *ferramentas disponíveis* para a atuação eficiente. E essas ferramentas, de fato, *existem*. Nesta sede, os segurados não são *cooperadores* delas, até porque não são acionistas e nem tampouco empreenderam a atividade securitária com elas, assumindo ou compartilhando os riscos inerentes. Há, neste caso, também a consideração necessária e fundamental da natureza jurídica inquestionável de *contrato cativo e relacional* do seguro de Vida. Ninguém contrata este tipo de seguro por *prazo curto*, salvo nas raras exceções plenamente justificáveis (prestamistas; alunos em viagens temporais no exterior). A *álea*, na pós-modernidade, é perfeitamente *quantificável* na atividade seguradora, notadamente em seguros de vida. A morte é inevitável. Na lição de Ovídio Baptista, “transposto o fenômeno para uma escala social, pode-se, com segurança, prever que, numa comunidade inteira, uma percentagem constante de seus

⁴⁵ THEODORO JÚNIOR, Humberto. *Direitos do Consumidor*. 7ª ed. Rio de Janeiro: Forense, 2011, p. 413.

⁴⁶ Trata-se de Ação Civil Pública proposta em 17/10/2006 pelo IDEC em conjunto com o PROCON/SP, em face da União Federal e da SUSEP, que tem por objetivo o reconhecimento da ilegalidade das Circulares nº 302/2005, 316/2006 e 317/2006 da SUSEP expedidos por ela e da Resolução 117/04 expedida pelo Conselho Nacional de Seguros Privados, órgão integrante da União Federal, que impactaram decisivamente a disciplina dos contratos de seguro de vida. (www.idec.org.br)

integrantes morrerá a cada ano”⁴⁷. A comercialização em bases muitas vezes desenfreadas e sem o respaldo devido atuarial, assim como os altos custos envolvidos de comissionamento não podem justificar a readequação do preço do seguro, no futuro mais distante, depois de a Seguradora ter criado a legítima expectativa nos aderentes do referido produto. Contra este procedimento a lei exige o requisito da *empresarialidade* e, como tal, *não é qualquer pessoa* que pode ser segurador, mas apenas e tão somente aquela companhia profissional que foi autorizada pelo Estado, cumprindo exigências várias e que é também fiscalizada por ele, *sistematicamente* (as Seguradoras enviam informações *mensais* à Susep e podem ser fiscalizadas *in locu* por ela, como de fato devem ser regularmente). Não se trata, portanto, de atividade desenvolvida por *amadores*.

Em 2013, através da VI Jornada de Direito Civil, o STJ construiu a seguinte posição, materializada no *Enunciado 543*: “*Constitui abuso do direito a modificação acentuada das condições do seguro de vida e de saúde pela seguradora quando da renovação do contrato*”. A partir do entendimento enunciado, dificilmente prosperará qualquer tipo de modificação dos contratos no país, ainda que seja alegada a onerosidade excessiva por parte da Seguradora. Na preleção de Nasser, “é possível a resolução ou a revisão dos contratos aleatórios quando se verificar que a álea extravasa o limite razoável de risco envolvido no contrato e acordado pelas partes, em decorrência de eventos imprevisíveis, gerando um acentuado e injusto desequilíbrio”⁴⁸. Nos seguros de vida, entretanto, a *previsibilidade* quanto a ocorrência do risco não só é flagrante, como dificilmente ocorrerão *eventos imprevisíveis* para as Seguradoras que possam maximizar a morte do grupo segurado (*pandemias*, p.ex., embora esta categoria usualmente se encontra taxativamente excluída das apólices ou, quando não excluídas dos seguros, podem ser garantidas através de *resseguro* específico, desonerando o risco para as Seguradoras). Portanto, ainda que o seguro de pessoas seja considerado um *contrato aleatório*, apesar da *comutatividade* implícita também nele, numa e outra

⁴⁷ SILVA, Ovídio A. Baptista da. *O Seguro e as Sociedades Cooperativas: relações jurídicas comunitárias*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2008, p. 44.

⁴⁸ NASSER, Paulo Magalhães. *Onerosidade Excessiva no contrato civil*. São Paulo: Saraiva, 2011, p. 180.

categoria, considerando-se os aspectos aqui retratados, o instituto da onerosidade excessiva passará sempre longe deste contrato típico, em face da *gestão sobre os riscos e dos respectivos resultados* que a Seguradora pode e deve realizar, *profissionalmente*. O *amadorismo*, bem como a *aventura comercial* não podem constituir pressupostos para a alegação da *onerosidade excessiva* em prejuízo dos consumidores. O Estado, neste aspecto, tem função e obrigação fiscalizatória de modo a coibir práticas que possam conduzir à ruína carteiras inteiras de seguradoras. No caso emblemático ocorrido no Brasil e referente à tentativa de readequação de preços dos seguros de vida, a partir da edição das Circulares da Susep em 2005, autorizando a medida, a análise sistêmica da situação de cada Seguradora, realizada pelos advogados de defesa dos segurados, passou pelos seguintes quesitos e todos eles servem como *modelo* para qualquer situação semelhante: (a) o princípio fundamental da *dignidade da pessoa humana*, consagrado pela Constituição Federal e também pelo Estatuto do Idoso. Para Villey, é “impossível falar de direito fazendo abstração dos outros”⁴⁹. A questão, portanto, não passa *apenas* pelo campo *matemático da atuária* e nem poderiam ser comercializados a partir deste único pressuposto os seguros de pessoas; (b) a lucratividade global nas operações da Seguradora e não apenas em relação àquele produto que em tese se apresentou oneroso para ela em determinado tempo, após longo período de comercialização e maturação. Em razão mesmo da *função social* dos seguros e notadamente dos seguros de pessoas, neste campo da análise da lucratividade da Seguradora aplicam-se princípios inerentes à *justiça distributiva*, os quais se voltam contra a ideia de lucros exagerados e individualizados na busca do *justo equilíbrio*, notadamente em situação anômala não criada por uma das partes e justamente aquela mais frágil na relação – *os segurados*; (c) a possibilidade de a Seguradora compensar as perdas experimentadas com um determinado produto através da comercialização de *outros novos produtos* (para nova massa segurada). Nesta mesma linha de pressupostos analíticos, o contrato de seguro no Brasil não pode ser analisado de maneira apartada da *realidade social brasileira*. Ser segurado no Brasil, especialmente através de seguro de massa, pode não representar necessariamente o mesmo dogmatismo encontrado em outros países muito mais desenvolvidos. O Direito é uma realidade social, fruto cultural

⁴⁹ VILLEY, Michel. *O Direito e os Direitos Humanos*. São Paulo: Martins Fontes, 2007, p. 98.

de um povo, na lição basilar do ilustre Miguel Reale. Basear-se tão somente no dogmatismo existente sobre este contrato típico e, mormente na doutrina comparada, pode conduzir o operador do Direito ao erro, à injustiça. De modo a não ser apanhado nesta cilada, o contrato de seguro dispõe de regras e fundamentos muitas vezes universais, mas não pode ser analisado apenas sobre este viés acadêmico, afastado da crueza da realidade do caso em si e de todas as circunstâncias específicas. Não há dúvida, inclusive, sobre o fato de uma mesma situação semelhante em determinados aspectos poder apresentar diferentes soluções segundo o grau de desenvolvimento de diversas sociedades consumidoras de seguros. A solução considerada justa na Dinamarca, pode não apresentar o mesmo grau de justiça no Brasil ou na Bolívia e nem por isso as diversas sentenças deixarão de apreciar o contrato de seguro e os seus respectivos conceitos, em tese, *universais*. Numa noção mais próxima de sistema, mas aplicável a esta ideia de identificação do caso, a lição de Luhmann, na ótica de Raffaele De Giorgio: “os sistemas devem autodeterminar-se e, portanto, autoidentificar-se”⁵⁰. O positivismo exacerbado nem sempre pode resultar em justiça.

Em tema correlato, o STJ apresentou recentemente decisão muito mais favorável à Seguradora do que aos consumidores de seguros de vida. Trata-se do AgRg (agravo regimental) no Recurso Especial nº 1.268.581-DF (2011/0178503-3). No caso em apreço, a apólice de seguro de vida teve o seu início de vigência no ano de 1994, sendo que a seguradora decidiu não renovar o contrato no ano de 2006. A seguradora notificou os segurados a respeito da impossibilidade da renovação dos contratos *nas mesmas bases*, por necessidade de readequação técnica à nova legislação e exigências atuais do mercado, oferecendo outras opções. O Ministério Público (recorrente) não obteve êxito no seu pleito, na medida em que foi negado o provimento ao agravo regimental interposto por ele. Em poucas palavras, a referida decisão, mesmo assim, não conseguiu alterar substancialmente as anteriores (p.ex., REsp 1.073.595/MG)⁵¹, todas elas construídas nos princípios do CDC, Estatuto do Idoso e outras fontes do Direito, mas

⁵⁰ CAPILONGO, Celso Fernandes. *O Direito na Sociedade Complexa*. 2ª ed. São Paulo: Saraiva, 2011, in apêndice - Luhmann e a Teoria Jurídica dos Anos 1970, de Raffaele De Giorgi, p. 186.

⁵¹ Reconheceu a abusividade da cláusula contratual que permitia a não renovação do seguro de vida, o qual o consumidor contratou quando era jovem e que fora renovado por mais de trinta anos.

confirmou, inclusive, precedente já existente na mesma corte de justiça (REsp 1.271.161/PR). A decisão em comento não tratou, inclusive, da readequação do prêmio de seguro e sim do cancelamento do Seguro Coletivo de Vida, pura e simplesmente. A tese residiu no fator tempo: 12 anos (1994 a 2006 - período de vigência do seguro, até a sua não renovação *unilateralmente* decidida pela Seguradora). Diferente, portanto, do caso anterior relatado pela Ministra Nancy Andrighi (REsp 1.073.595/MG), citado no voto do Relator Ministro Massami Uyeda, no qual o contratante era jovem e renovou por 30 anos o seguro dele. Com esta nova decisão o STJ criou o *fator temporal*, qual uma "carência" para as Seguradoras Nacionais, que a partir dela poderão se sentir livres para não mais renovarem apólices, após terem angariado por doze anos os prêmios para o fundo de mutualidade. Nem todos os segurados poderão conseguir se realocar através de outros seguros, em função da idade de alguns deles. Os grupos podem apresentar jovens de 18 anos a empregados de 60 anos ou mais, prestes a se aposentarem. Esses últimos poderão ser "convidados" a se retirarem *para sempre* da mutualidade, pois que nenhuma Seguradora os acolherá ou, se alguma se dispuser a isso, o preço do seguro será aviltado a tal ponto que será inexequível a adesão do idoso abandonado à sua própria sorte. Há, neste julgamento, inclusive, possível estímulo à comercialização predatória dos seguros de vida, uma vez que as Seguradoras poderão criar "cotações" extremamente atrativas para grupos jovens – para o período de dez ou doze anos, e deixando, logo após a conclusão deste período, de renovar os seguros. Ninguém pode desejar ou almejar que isso venha a acontecer de fato e tampouco é da essência do mercado segurador nacional agir de forma premeditada neste sentido. Contudo, não parece completamente justa a decisão, na sua essência, até porque ela prescindiu da técnica subjacente ao contrato de seguro e também do conhecimento que se tem das práticas nacionais do mercado, nem todas elas voltadas ao acolhimento dos interesses dos consumidores. Os magistrados, grande parte, conhecem contrato de seguro sob o viés puramente acadêmico, o que não é suficiente para a concretude do Direito e o fazimento da Justiça, em várias ocasiões.

Em que pese o fato de no Tribunal Superior de Justiça não haver mais a possibilidade de ser apresentada a produção de provas, ficando o julgamento apenas sobre fatos, pode deixar de ser apreciada, p.ex., e de maneira minuciosa além de

essencial, a NTA – Nota Técnica e Atuarial que foi produzida pela Seguradora ao Órgão Regulador quando da homologação do programa de seguro em litígio, na qual deve estar necessariamente apontada toda a descrição do plano do produto que foi elaborado por atuário *profissional*, inclusive *sobre a temporalidade* do produto elaborado. No caso em comento, muito provavelmente este material não foi requerido e sequer apreciado em sede judicial, ainda na primeira instância. De qualquer forma, caso a NTA tenha sido examinada, por que então o *risco empresarial* referente à possível má estruturação atuarial e formadora do preço do seguro no passado deveria recair sobre os consumidores, sendo esta a principal questão que se apresenta.

O *cálculo atuarial* constitui a *essência* da atividade seguradora, razão pela qual *apenas empresas* podem atuar na área (CC/2002, art. 757, parágrafo único). Não há espaço para *amadores*, *não* profissionais, neste segmento.

Nesta mesma linha de raciocínio, e de modo a elucidar ainda mais o pensamento aqui reprisado, não se pode esperar e nem mesmo admitir que a *empresa de engenharia*, p.ex., alegue que o seu departamento de projetos *errou* ou simplesmente *não atendeu adequadamente a todas as regras de boas práticas* inerentes à sua atividade profissional e que fizeram a construção em curso ruir pretendendo, com isso, se isentar de sua responsabilidade no fato. Bastante óbvio o resultado para a proposição aqui retratada, sobre a qual não cabe contestação alguma ou sequer qualquer tipo de ressalva pontual. Por que, então, pode ser diferente para as seguradoras? De fato, não pode.

A decisão sob crítica pautou-se com muito mais ênfase na letra do CC/2002, sob olhar positivista extremado, e, desta forma, contrariou os interesses legítimos do grupo consumidor de seguros de vida. Mas, nem por isso, o entendimento será conducente para os eventuais novos casos que se apresentarem. Há um caminho novamente aberto para a doutrina e para os operadores do Direito, visando o enfrentamento da questão e de modo a oferecerem luz para os casos vindouros. Convém lembrar que o CDC é *principlológico e constitucional*, não podendo haver retrocesso, em qualquer hipótese.

Para alcançar o pleno interesse dos consumidores de seguros, na área da indústria, comércio e serviços, e voltados para os seguros de vida grupal, também é importante que os corretores ofereçam outras possibilidades de contratações e todas elas muito mais voltadas aos seguros resgatáveis, através das quais os aderentes possam ter,

além da proteção usual e tradicional do seguro de vida, também a possibilidade de comporem capital, resgatando-o em caso de rescisão do contrato.

(e) Seguro Transporte – começo e fim da cobertura. O CC/2002, artigo 780, determina o *início* e o *fim* da cobertura do seguro transportes (no momento da recepção da coisa pelo transportador e com a entrega ao destinatário, respectivamente). O disposto no art. 1.448, § 2º, do anterior CC/1916 praticamente determinava o mesmo conceito e, portanto, sempre foi de conhecimento do mercado de seguros nacional o referido entendimento.

Determinada Seguradora, utilizando *modelo padronizado* de cláusulas para o seguro de transporte internacional de mercadoria importada em ambiente refrigerado, no âmbito denominado usualmente “casa a casa”, negou o pagamento do sinistro ocorrido e sob a justificativa de que o prazo de cobertura havia se encerrado, conforme dispositivo contratual inserto na apólice e com a seguinte redação padrão: “*c) ao fim de 5 (cinco) dias após a completada descarga da mercadoria segurada, no porto, aeroporto ou local de destino final; ou*”. No caso em apreço, a mercadoria sofreu retenção da Anvisa no aeroporto, por tempo desproporcional e o equipamento de refrigeração parou de funcionar, prejudicando a mercadoria de uso humano, a qual teve de ser destruída completamente.

A inteligência contida no artigo 780 do CC/2002, por si só, resolveria a questão e, se não bastasse este dispositivo, o art. 423, também do CC, determina que no contrato de adesão as cláusulas ambíguas ou contraditórias devem ser interpretadas mais favoravelmente *aos aderentes*. O segurado, neste caso em comento, não teve como antecipar o despacho e a liberação da mercadoria e o seguro foi contratado, desde o início, com a indicação de que a mercadoria deveria ser entregue em local determinado, cuja situação comportaria também *percurso terrestre* de modo a completar a operação de transporte. A redação *contratual padrão* se apresenta de forma dúbia e, deste modo, as alternativas que ela determina não podem ser escolhidas a esmo, até mesmo porque o segurado havia previamente determinado a entrega em endereço certo, finalizando o transporte internacional *casa a casa* e, sob esta condição avençado, o prêmio do seguro também considerou o percurso total. Pretender determinar o término da cobertura antes

da entrega final e em razão de situação alheia à vontade do segurado e sem qualquer possibilidade dele intervir a seu favor modificando a situação que se apresentava, não pode ser levada em consideração em face dos conceitos mais comezinhos a respeito da finalidade do seguro. A falta de precisão na redação dos clausulados, ainda que eles sejam determinados pelo Órgão Regulador, não pode afetar o princípio geral de cobertura existente em cada ramo de seguro em prejuízo dos segurados. Esta nova ordem está explícita também no novo ordenamento civil, de índole civilista e reguladora das relações entre iguais. Portanto, nesta situação sequer há a necessidade de os princípios mais protetivos aos consumidores e encontrados no CDC serem acionados. O próprio CC/2002, posterior ao CDC, consagrou também novo pensamento contratual e voltado ao *dever-anexo* da *transparência*, da *objetividade* plena das cláusulas contratuais avançadas, notadamente nos *contratos de adesão*, conforme vem prescrito no art. 423, ainda que as partes tenham iguais condições de entendimento, sem hipossuficiência. Os artigos 112, 113 e 422, todos do CC/2002, ratificam e consolidam o entendimento aqui determinado. Então, ainda que sob a luz exclusiva do CC, sem a atuação direta ou microssistemática do CDC, não haverá paliativos que possam servir de respaldo para apólices mal estruturadas técnica e juridicamente. (Processo n.º 1037978-34.2013.8.26.0100 – TJSP – Foro Central Cível - 3ª Vara Cível)

6.2.3. Recusa de Proposta de Seguro sem justificativa plausível ao proponente o qual, em princípio, se enquadrou nos pré-requisitos objetivos determinados pela própria Seguradora. Este tema é novo na doutrina jurídica e pouco ou quase nada foi produzido a respeito e especialmente em sede de seguros. Na visão liberal e patrimonialista que vigeu por longo tempo também entre os brasileiros, as Seguradoras tinham liberdade absoluta de ação, recusando toda sorte de propostas e sem qualquer tipo de explicação que pudesse justificar o ato. Sempre ocorreu desta forma e causa perplexidade nas mentes mais conservadoras a tese que advoga de forma contrária a este comportamento e que impõe limites nessa atuação, ainda que em nome do respeito requerido pela pessoa humana. O CDC trouxe com ele essa mudança comportamental e ideológica, de índole constitucional e pertinente à preservação e ao respeito da dignidade humana. Há limites na atuação empresarial. Negar o acesso de determinada pessoa a um tipo de

serviço ou produto deve corresponder a certos pressupostos objetivos, os quais certamente consagram a ética nas relações comerciais como ponto máximo. O ser humano deve ser respeitado sempre e não há elemento ou instituição alguma maior do que ele. O disposto no art. 4º do CDC consagra o princípio aqui retratado, inserindo-o no ordenamento de forma irrefutável. A partir dele, o comportamento das Seguradoras sofreu, por força do ordenamento, modificações substanciais. Elas não podem mais simplesmente negar uma proposta de seguro, sem justificativa plausível. O disposto no artigo 39, IX, do CDC tutela o direito do consumidor neste aspecto.

No recurso julgado pelo STJ e objeto do REsp 1.300.116/SP, em 2012, a decisão se mostrou paradigmática, verdadeiro *leading case* para o mercado de seguros nacional. A Seguradora havia negado a proposta do seguro de vida apresentada pelo proponente jovem que foi acometido por leucemia no passado, mas que havia se curado, comprovadamente, assim como alegou na proposta firmada por ele. A Seguradora negou a cobertura e simplesmente indicou a existência de “doença pré-existente”, sem ao menos disponibilizar opções à contratação. Na contestação da ação interposta pelo jovem a Seguradora alegara que a recusa havia se baseado em *normas da Susep* e no *princípio da liberdade de contratar*. Nada disso foi acolhido pelo Tribunal Superior, assim como não poderia deixar de ser. No voto elaborado pela ministra Nancy Andrighi, do STJ, dentre tantas lições que podem ser conferidas, destacam-se algumas delas: “ainda que o ramo securitário consubstancie atividade de alta complexidade técnica, regulada por órgão específico, a contratação de seguros está inserida no âmbito das relações de consumo e, portanto, tem necessariamente de respeitar as disposições do CDC” (...) “Rejeitar um consumidor, sem oferecer-lhe alternativas viáveis para a contratação, mediante o envio de uma mera missiva-padrão com a justificativa, em uma única linha, de doença pré-existente, não é razoável”. Na esteira do art. 39, IX, do CDC, mencionado na decisão deste caso, outros do mesmo diploma legal podem servir de sucedâneo para a responsabilização da Seguradora por danos morais, como de fato ocorreu do julgamento unânime dos ministros do STJ: 30 e 35 e também o disposto no artigo 429 do CC/2002.

A Seguradora, na contemporaneidade, precisa elencar *objetivamente* os motivos da recusa das propostas de seguros e, caso o proponente tenha de fato se enquadrado nos

pressupostos por ela mesma eleitos e que são de conhecimento público, o mandamento legal determina que ela *não poderá simplesmente recusar a proposta*. Se o fizer, estará sujeita à responsabilização devida, conforme neste caso que foi comentado sucintamente, *retro*. Não há dúvida que dada à natureza do seguro é imperativo para a Seguradora poder recusar propostas e de modo a homogeneizar riscos daquela determinada carteira. Mas a recusa tem limites determinados pelo ordenamento e eles devem ser respeitados, ainda que possa haver muita dificuldade na prática efetiva dessa determinação. A ministra relatora, no caso retromencionado assim se expressou no seu voto: “a importância da matéria, assim, justifica, tanto a proteção do consumidor, como do próprio negócio. O equilíbrio da carteira é fundamental, e o cálculo do risco que o segurado apresenta deve ser promovido, sempre, com cuidado extremo, refletindo-se no preço. Se um cidadão apresenta maior risco, o preço deve ser maior, ou a cobertura deve ser menor. Mas a recusa em oferecer o serviço é algo que somente pode ser justificado em verdadeiras situações limite”. A prática deste procedimento nem sempre será tarefa de fácil execução e poderá, também, se mostrar inexecutável em determinadas circunstâncias pontuais. Para Bruno Miragem, tendo examinado o Acórdão e a preleção feita pela Ministra do STJ, o ilustre professor concluiu: “primeiro, que a recusa não se dê em razão de discriminação ilícita, qual seja, aquela não admitida pelo direito vigente” e “segundo, que a regra é a da aceitação da contratação”. Continua o professor: “a recusa é que é excepcional, e por isso admitida apenas em situações limite. Assim é no caso em que objetivamente o risco seja tão expressivo, a impedir sua dispersão no restante dos contratos da carteira, ou se trate, por exemplo, de um fraudador contumaz conhecidos pelo segurador”⁵². Este tema, complexo por sua natureza, denota várias consequências para a atividade seguradora: (a) as bases de aceitação e recusa de produtos securitários, notadamente aqueles de massa, devem ser as mais detalhadas, exaustivas, claras, transparentes e objetivas possíveis, ainda que elas fiquem circunscritas às Notas Técnicas e Atuariais – NTA que as Seguradoras obrigatoriamente apresentam à Susep. Este documento, inclusive, tem sido juntado aos processos

⁵² *Revista de Direito do Consumidor – RDC – 84*. São Paulo: RT, outubro-dezembro – 2012, in *Recusa da Contratação de Seguro: limites para a avaliação do risco pelo segurador? Comentários à decisão do REsp 1.300.116/SP, do STJ* – p. 347-363.

judiciais, a pedido dos advogados de defesa dos consumidores e, portanto, por determinação judicial, de modo a oferecerem todas as bases objetivas que foram determinadas e projetadas pela Seguradora na elaboração e comercialização daquele determinado seguro; (b) o material de publicidade dos produtos deve ser objetivo quanto aos pré-requisitos essenciais para a admissão dos proponentes; (c) as recusas devem ser justificadas, *objetivamente*, e da forma mais clara que for possível. Este tema, em face de sua complexidade, ainda apresentará muitos desdobramentos no mercado segurador nacional.

6.2.4. Danos efetivamente cobertos pela apólice – novos direitos – evolução doutrinária, legislativa e jurisprudencial sem o devido acompanhamento pelas bases contratuais dos seguros. O Direito, fruto da sociedade e sendo elaborado por ela e para ela, tem a finalidade de reger os interesses dos cidadãos, nas suas diversas interrelações. Ao longo dos anos, a sociedade vem tipificando determinados interesses e eles passam a prevalecer nos diversos tipos de situações cotidianas. Essa evolução afeta também os seguros e os clausulados devem atendê-la dentro do mesmo espaço de tempo no qual ela acontece e sob a pena de se tornarem obsoletos ou desconectados da realidade se não houver contínuo movimento neste sentido. Há várias situações que podem ser retratadas neste tópico e todas elas com esta vertente da desarticulação temporal entre a evolução dos conceitos dos respectivos interesses e as práticas do mercado segurador nacional.

O risco de Dano Moral tem sido utilizado como exemplo recorrente desta situação emblemática. A referida parcela de responsabilidade passou a ter maior relevância no Brasil a partir da CF de 1988, art. 5º, V e X. Antes dela, a jurisprudência se mostrava claudicante e muitas vezes conservadora, a ponto de nem sempre reconhecer o direito à indenização a título de danos extrapatrimoniais. Este entendimento foi modificado a partir da nova CF, mas o mercado segurador não realizou, na ocasião, nenhum tipo de alteração nos seus contratos de seguros, sequer para excluir taxativamente a referida parcela de risco de suas apólices. Em 1997 o STJ julgou procedente o fato de o *dano pessoal* incorporar também o *dano moral*, no *quantum* indenizatório pleiteado em sede de contrato de seguro: “O dano pessoal resulta da ofensa aos direitos da pessoa e compreende o dano moral em sentido estrito. Sendo assim, o seguro de dano pessoal inclui o dano moral” (REsp. 153837/S, j.

10.12.1997, Rel. Min. Ruy Rosado de Aguiar). Somente a partir dessa decisão, quase sumular, o mercado de seguros passou a excluir taxativamente de suas apólices o risco de danos morais, admitindo-o na cobertura apenas na condição de *adicional*, com cobrança de sobreprêmio e sublimitação do valor da garantia (cerca de vinte por cento do valor da garantia principal). A Susep, inclusive, determinou este procedimento, conforme Circulares 106 e 107, de 22.09.1999 (Seguros de Responsabilidade Civil Facultativo de Veículos e Responsabilidade Civil Geral, respectivamente). Em outubro de 2009, o STJ formulou a Súmula 402, com o seguinte teor: “*O contrato de seguro por danos pessoais compreende danos morais, salvo cláusula expressa de exclusão*”. As Cortes de Justiça passaram a determinar o mesmo entendimento em relação aos “danos corporais” (AgRg no Ag 1042450/SC, STJ; AgRg no Ag 935821/MG), cuja abrangência dos danos morais somente seria obstada se a apólice determinasse expressa exclusão. O CC/2002, através do disposto no art. 186 determinou taxativamente a responsabilidade pelos danos morais, obrigando o causador ao pagamento da indenização correspondente. O CDC, antes do CC de 2002, já determinara igualmente a incidência do direito, conforme o art. 6º, VI. A jurisprudência, neste sentido, tem se mostrado conservadora, uma vez que as Cortes de Justiça já deveriam ter reconhecido o direito à indenização da parcela de danos morais independentemente de sua previsão expressa nos clausulados de seguros, uma vez que ela faz parte do *quantum* indenizatório seja a título de danos pessoais ou de danos corporais. Não há como apartar do dano pessoal/corporal a dor, a angústia ou o sofrimento mental da pessoa que sofre danos, na medida em que o indivíduo é um ser complexo e não pode haver distinção entre a esfera física e a psíquica ou mental neste sentido. O dano moral deve ser visto apenas como mais uma parcela integrante do valor da indenização final, sem qualquer vinculação com limites isolados ou sublimites e menos ainda com a previsão ou não da cobertura na apólice⁵³. Este tratamento único sempre foi adotado pelos mercados de seguros mais desenvolvidos e já é mais do que o momento de o Brasil também prestigiá-lo, sem exceção.

Nesta mesma linha de entendimento para o dano moral com cobertura abrangente, o mercado segurador tem de se movimentar no sentido de garantir, *também*

⁵³ POLIDO, Walter A. *Seguros de Responsabilidade Civil: manual prático e teórico*. Op. cit., p. 219.

de forma automática, a parcela de risco a título de *danos estéticos*. Muitas Seguradoras excluem taxativamente das apólices essa cobertura e sequer oferecem a possibilidade dela ser garantida, ainda que adicionalmente. Esta lacuna é altamente prejudicial para os consumidores de seguros, na medida em que o risco existe e, como tal, ele expõe os segurados. Sendo perfeitamente quantificável para fins de seguros, assim como qualquer outra categoria de riscos, o interesse segurável sobre esta parcela não pode ser desprezado pelo mercado. Considerando-se que o Judiciário tem até mesmo arbitrado parcela de indenização em separado para os danos estéticos, em relação ao dano corporal e o dano moral, há interesse de que eles sejam abrangidos pelas apólices de seguros, especialmente naquelas relacionadas a veículos automotores. O STJ resumiu o tema através da Súmula 387: “*É lícita a cumulação das indenizações de dano estético e dano moral*”. O dano estético deve ser apreciado no tempo devido, ou seja, cada caso deve apresentar as suas próprias características e as determinações neste sentido devem ser devidamente acompanhadas e estipuladas por especialistas médicos⁵⁴. No REsp 1408908/SP, do STJ, relatado pela ministra Nancy Andriahi, o Acórdão determinou que “a apólice de seguro contra danos corporais pode excluir da cobertura tanto o dano moral quanto o dano estético, desde que o faça de maneira expressa e individualizada para cada uma dessas modalidades de dano extrapatrimonial, sendo descabida a pretensão da seguradora de entender tacitamente a exclusão de cobertura manifestada em relação ao dano moral para o dano estético, ou vice-versa, ante a nítida distinção existente entre as rubricas”. O mesmo Acórdão aduziu o seguinte: “hipótese sobre julgamento em que a apólice continha cobertura para danos corporais a terceiros, com exclusão expressa apenas de danos morais, circunstância que obriga a seguradora a indenizar os danos estéticos”. Não poderia ter sido outra a decisão em face do entendimento doutrinário a respeito do tema. O que não significa afirmar que a Seguradora deva de fato excluir também o dano estético em todas as suas apólices, uma vez que não foi essa a determinação do STJ e mesmo porque não lhe caberia por competência determinar regra de procedimento interno para o mercado segurador. Ao invés de excluir o dano estético e o dano moral das apólices, ambos os riscos devem fazer parte integrante do conceito indenizatório dos contratos de seguros que a eles se

⁵⁴ Idem, p. 175.

filiam, notadamente os de responsabilidade civil. Não há mais sentido prático a exclusão, assim como a admissão parcial de cobertura para o dano moral sob condições acessórias e diferenciadas do restante dos riscos garantidos pela mesma apólice. Os consumidores de seguros estão expostos a esses riscos de maneira curial e devem ser protegidos através de suas apólices de forma plena, ou seja, sem a necessidade de qualquer tratamento ou pedido especial de cobertura. Bastaria eles serem considerados *automaticamente* no conceito de danos pessoais ou corporais inserto nas apólices, assim como os mercados desenvolvidos já realizam há muito tempo. Exemplo: “*Danos Pessoais: significam lesão física, doença, enfermidade, angústia mental, sofrimento pessoal ou choque, sofrido por qualquer pessoa, inclusive morte resultante desses eventos*”. Outro exemplo, também encontrado no mercado internacional: “*Danos Materiais, Danos Pessoais, Danos Morais e Perdas Financeiras - Compreendem-se por Danos Materiais, Danos Pessoais, Danos Morais e Perdas Financeiras, o seguinte: (i) a destruição, a avaria ou a deterioração de bem tangível (dano material); (ii) a lesão corporal, a enfermidade ou a morte de pessoa (dano pessoal); (iii) a dor, o sofrimento ou as consequências do dano corporal no estado psicológico do terceiro prejudicado (dano moral); (iv) a perda econômica ou financeira em consequência direta ou indireta dos danos pessoais ou materiais (perdas financeiras)*”. Não há, portanto, qualquer sentido na manutenção do procedimento de parcelização acentuada desses riscos estritamente *conexos*, no atual estágio de entendimento do mercado nacional, quer do âmbito legal e jurisprudencial, quer em razão dos interesses dos consumidores de seguros que precisam ter os seus riscos garantidos de maneira plena e eficaz. As Seguradoras que operam no país devem melhorar os seus respectivos clausulados neste quesito, tipificando taxativamente as respectivas coberturas para os *danos morais* e os *danos estéticos* no âmbito de seus contratos de seguros, de modo a se atualizarem em relação aos demais mercados.

Aquelas Seguradoras de origem estrangeira e que também operam no Brasil já comercializam os seus respectivos produtos lá fora com esta amplitude conceitual, razão pela qual fica incompreensível o tratamento diverso aplicado no país em completa desvantagem para os consumidores de seguros brasileiros. Este aspecto, inclusive, deveria ser *ponto de observação* para o Órgão Regulador do sistema segurador nacional,

pois que não cabe este desnível de oferta em relação aos consumidores dos diversos países.

Importante destacar ainda neste tópico que a segmentação de uma mesma figura e apenas com o intuito de diminuir a amplitude da garantia da cobertura do seguro não pode mais ser vista apenas como fator discricionário de política de subscrição da Seguradora. A técnica deve estar atrelada, necessariamente, aos conceitos de Direito, erigidos e evoluídos em cada sociedade. No caso em estudo, a expressão “danos corporais” ou “danos pessoais” tem hoje significação muito mais ampla do que era admitido e requerido anos atrás. Deste modo, se o risco existe e pode ser quantificável, assim como pode ser perfeitamente analisada a sua incidência estatística, esses elementos todos juntos reúnem as qualidades necessárias e requeridas para a devida cobertura securitária.

O ser humano, de acordo com a moderna concepção que valoriza muito mais também outros elementos do que a simples esfera corpórea, não é só físico, mas também psíquico e, como tal, os danos morais, os danos psíquicos, os danos existenciais e outras tantas designações que a doutrina apresenta no seu labor evolutivo, não podem ser desprezados do seguro e, ao invés disso, devem ser considerados de forma usual e automática, sem tratamentos especiais e estanques. O mercado segurador deve evoluir no sentido de garantir *os danos à pessoa* e bastando, para alcançar este objetivo, seguir a definição para o termo “saúde” traçada pela OMS – Organização Mundial da Saúde: *é o completo estado de bem estar físico, psíquico e social, e não apenas a ausência de doença*⁵⁵. Este é o paradigma. Inclusive, o princípio da *reparação integral*, ínsito no ordenamento jurídico brasileiro, corrobora o referido paradigma. Na inteligência do disposto no art. 949 do CC/2002, na expressão “*além de algum outro prejuízo que o ofendido prove haver sofrido*” não deixa dúvida de que todos esses elementos formadores do dano pessoal ou corporal devem estar contemplados no *quantum indenizatório*, em caso de lesão ou de outra ofensa à saúde da pessoa. Neste sentido, ainda que a Seguradora defina cada uma das figuras no *glossário* da apólice (danos corporais – danos estéticos – danos morais – etc.), não equivale a afirmar, em tese, que todos eles não estejam alinhados à determinação hermenêutica da doutrina, no sentido

⁵⁵ POLIDO, Walter A. *Seguros de Responsabilidade Civil: manual prático e teórico*. Op. cit., p. 396.

de que o *dano corporal* causado ao ofendido *compreende* todas as parcelas de danos e de modo a objetivar a *reparação integral* determinada pelo ordenamento civil. A exclusão de uma parcela e outra, ainda que realizada de forma taxativa na apólice (danos morais – danos estéticos) não deveria ser acolhida, uma vez que este modelo afronta a amplitude do conceito do termo *dano corporal*, na sua essência. A jurisprudência tem sido condescendente para com as Seguradoras, entretanto, e sempre determinam que a exclusão deve estar expressa, na medida em que as Cortes de Justiça já acompanham, ao menos, o pensamento doutrinário de que danos corporais ou pessoais são muito mais amplos do que os conceitos expressos nas apólices de seguros. Na evolução do pensamento jurisprudencial, contudo, acabarão determinando que a exclusão taxativa para as parcelas de *danos morais* e *danos estéticos* são absolutamente *nulas* e até mesmo *abusivas*, uma vez que elas afrontam e ameaçam o *objeto do contrato de seguro*, pois que desequilibram a garantia oferecida e inerente a qualquer composição integral do *quantum* indenizatório em caso de lesões provocadas pelo segurado a terceiros pessoas. Inclusive, se essas parcelas de riscos não fossem perfeitamente *seguráveis*, ou seja, se elas não reunissem de fato os pré-requisitos para esta condição essencial, elas não poderiam também ser oferecidas de *maneira acessória* pelas Seguradoras, sendo que muitas delas já garantem de forma automática e sem qualquer tipo de contratação adicional. Questão de tempo, portanto, a mudança completa do paradigma em prol dos consumidores de seguros, sobre os quais pesam os referidos riscos no dia a dia e eles desejam transferi-los para o segurador, o que é perfeitamente viável e normal de acontecer.

A exclusão desses riscos para somente admiti-los em parte e através de cláusulas e condições particularizadas se torna ainda mais problemática para os consumidores quando os riscos de responsabilidade civil fazem parte de outros ramos de seguros, ou seja, na condição de seção especial de cobertura. No *ramo de propriedades*, p. ex., no mais simples seguro de Condomínios Residenciais ou Comerciais (incêndio, explosão, queda de raio, etc.), esta situação se apresenta de forma flagrante. Imaginar que o síndico do imóvel residencial conseguirá distinguir e visualizar no momento da contratação do seguro *property* do condomínio que ele administra que a parcela do risco de responsabilidade civil coberta (queda de objetos, incêndio provocando danos a

propriedades vizinhas ao imóvel segurado, utilização de elevadores, etc., além das consequências do próprio risco profissional do síndico) *não acoberta de maneira automática* os danos morais ou estéticos causados a terceiros é tarefa quase impossível de ser alcançada. Esta pretensão certamente enseja conhecimento específico e altamente concentrado em seguros, o que não é a praxe na maioria dos síndicos, certamente. Se o corretor de seguros não cumprir adequadamente o papel que lhe cabe nessa situação, os segurados ficarão a mercê de sua *má sorte*, sempre. Isto não pode acontecer e também não poderia ser admitido pelo Órgão Regulador, inclusive, quando da homologação dos programas de coberturas com este tipo de situação em flagrante prejuízo para os consumidores de seguros e sem razão alguma para este procedimento inexplicável persistir no mercado nos dias atuais. Os síndicos, no exemplo citado, conhecerão as lacunas de seus respectivos seguros de *property* apenas em sobrevindo os sinistros e especificamente envolvendo aquelas situações pontuais *não cobertas automaticamente* pelas apólices contratadas.

No ramo Riscos de Engenharia esta situação também é encontrada e de maneira recorrente, o que é inexplicável. Não é apenas em relação aos riscos de danos morais e danos estéticos que poderiam ser perfeitamente garantidos e automaticamente através dos seguros ou das parcelas de coberturas de responsabilidade civil que esta situação se apresenta. Ela tem sido também recorrente em relação aos riscos de *perdas financeiras diretamente decorrentes dos danos cobertos* e ainda sobre as *despesas com a defesa do segurado*, sempre que essas parcelas de riscos são apartadas do conceito de coberturas automáticas. O procedimento cria situação conflituosa no ramo Responsabilidade Civil e mais ainda quando o risco faz parte apenas de determinada seção de cobertura de apólices de outros ramos, assim como foi explicitado neste tópico.

6.2.5. Comissões de corretagens de seguros não declaradas para os consumidores dos seguros – Pagamentos de comissões e outros agenciamentos que encarecem despropositadamente os seguros para os consumidores do país, prejudicando a mutualidade. Este tema é complexo, uma vez que apresenta diversas vertentes. Algumas delas serão elucidadas neste texto, sucintamente. Impossível tratar deste assunto sem voltar no tempo. Até os anos oitenta, o mercado nacional de seguros apresentava regime

de operação estritamente fechado, sendo que as comissões de corretagens pagas aos corretores de seguros que angariavam os negócios eram fixadas pelo Estado e especialmente através de Circulares da Susep (exemplo: a Circular Susep n.º 57, de 04.11.1981, Tarifa dos Seguros de Responsabilidade Civil Geral, o item 11, das Disposições Tarifárias Gerais, determinava a comissão máxima de *quinze por cento* do prêmio líquido. Antes dela e para o mesmo ramo de seguro, a primeira Tarifa do mercado nacional foi instituída pela Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e Capitalização, em vigor a partir de 1º.07.1960, sendo que no capítulo 22º ficou determinado também *quinze por cento* do prêmio líquido a título de comissão). Nos anos oitenta, houve flexibilização geral das tarifas de seguros, antes completamente estatizadas no país, sendo que as Seguradoras passaram a operar com maior liberdade no mercado, inclusive na determinação da política de comissionamento. A inflação galopante que assolava o Brasil na ocasião fez com que os cálculos atuariais e técnicos praticamente se esmorecessem, prevalecendo tão somente o ganho financeiro em todas as operações de seguros realizadas. As comissões de corretagens e outros mecanismos de agenciamento de corretores e também de clubes de seguros de vida desvirtuaram qualquer critério técnico plausível. As comissões atingiram patamares estratosféricos, mecanismos espúrios se multiplicaram, assim como a devolução de cem por cento do prêmio anual pago em seguros de incêndio sem sinistros reclamados, notadamente em riscos de condomínios residenciais, uma vez que as Seguradoras já haviam obtido o ganho financeiro na aplicação daquele valor inicial do prêmio durante o período de vigência da apólice. A inflação, portanto, foi a geradora de mecanismos que aviltaram completamente a essência do seguro, em todos os seus termos e significados. O monopólio de resseguro que perdurou por todo o período facilitou ainda mais esses procedimentos, apesar de o ressegurador monopolista não ter participado diretamente deles. Ao contrário disso, o ressegurador exigia que as cessões de resseguro feitas a ele, de forma exclusiva e obrigatória, se mantivessem de acordo com as *tarifas oficiais* do mercado, em todos os seus termos, o que também não deixava de ser um procedimento anômalo completamente e sem precedentes. Ao longo dos anos, mesmo após o combate e o recuo do índice inflacionário no país, alguns dos procedimentos e mecanismos surgidos nos anos oitenta persistiram e são encontrados até o momento,

inexplicavelmente. O tempo é outro. O mercado e o cenário econômico também são outros. O país mudou. Os consumidores adquiriram direitos objetivamente tutelados pelo ordenamento pátrio. No início deste texto, quando foi mencionado o cenário e as mudanças que acabaram acontecendo no mercado europeu de seguros, a partir do final dos anos sessenta, a *redução das comissões* foi fator determinante naquele Continente. O maior nível de educação do público europeu, inclusive, fez com que o pagamento pelos serviços dos corretores e agentes de seguros fosse redimensionado, segundo o valor agregado dos serviços efetivamente prestados. Os agenciamentos devem ser coerentes aos tipos de serviços empreendidos de forma objetiva e não meras fórmulas ou plataformas engendradas para angariarem dinheiro por conta do seguro e especificamente dos segurados, superdimensionando os custos desnecessariamente. O seguro tem valor social em alto nível e, sendo assim, não pode se justificar apenas como mantenedor de interesses econômicos de grupos fechados, em desvantagem somente para a massa mutualística, a qual paga a conta sempre: se o resultado for bom ela nada se beneficia dele, mas paga os prêmios; se for ruim, os prêmios são aumentados.

Se o segmento for *superavitário* o retorno deve ser canalizado ao fundo comunitário, principal e único beneficiário direto da operação, sem desprezar, obviamente, a margem de lucro justo dos investidores do segmento, as Seguradoras. Os corretores e agentes de seguros, por sua vez, não podem ser destinatários desses rendimentos, até porque eles não são tomadores de riscos. Este repasse de lucros, se existir, profana a mais comezinha noção de mutualidade. Se o resultado da Seguradora for bom, os preços dos seguros por ela comercializados devem sofrer *decrécimo*, compensando o fundo mutualístico pelo bom resultado alcançado. Com isso, novos aderentes aos seguros surgirão e poderão ingressar no fundo, até porque antes, muitos deles podiam estar impedidos e em razão mesmo dos altos preços dos prêmios praticados. A equação é bastante simples na sua essência. E a isso se dá o nome de *mutualidade*. Repassar o mau resultado apenas aos consumidores, aviltando os prêmios, não é mutualidade.

Nem todos os corretores de seguros devem permanecer na operação, diante do cenário novo e voltado ao *profissionalismo máximo* que a cada dia é e será cada vez mais exigido da categoria. A profissionalização constitui pré-requisito máximo em prol

dos consumidores de seguros. Não pode ser premiado o *amadorismo* nesta categoria, na medida em que ela tem objeto nobre: a proteção dos legítimos interesses dos segurados. O corretor e o agente de seguros devem ser comissionados de forma adequada e segundo *os serviços* que eles *agregarem*. O cliente segurado deve e tem o direito de conhecer exatamente quanto ele está pagando de comissionamento na operação de seguro, em todas as situações, do pequeno ao grande risco, *sempre*. Não é necessário que o Órgão Regulador disponha a respeito desta *exigência* e condição máxima de *transparência* através de ato administrativo infralegal, uma vez que o ordenamento nacional já apresenta esta determinação pontual, uma vez apreciado o Direito *sistematicamente*. O disposto no art. 31 do CDC, tratando da Oferta de *forma ampla*, indica o elemento *preço* como condição a ser demonstrada, aberta e explicitamente. Comissão de corretagem de seguro faz parte do *preço* do seguro, do *prêmio* a ser pago pelo consumidor. Ela deve, por isso, ser aberta e demonstrada, especificamente, portanto, assim como o CDC se apresenta de forma mandatária. Não há paliativo a ser considerado.

Na proposta de seguro deve ficar consignado o valor ou o percentual da comissão que será efetivamente recebido pelo corretor ou agente, sempre. Fator de proteção e em face do interesse relevante dos consumidores nesta matéria, o Órgão Regulador deveria proceder de forma conducente neste sentido, *fiscalizando pontualmente* as Seguradoras. Esta tarefa é da Susep, de maneira indelegável.

Importante destacar, reprisando o tema em face de sua importância, que a figura da “participação nos lucros” proveniente de operações de seguros é usual entre tomadores de riscos de fato: Seguradoras e Resseguradores. Os resseguradores, de forma a incentivarem que a Seguradora continue a realizar perfeita subscrição dos riscos em determinada carteira de seguros, diante dos bons resultados alcançados em determinado período de duração do contrato de resseguro, compensa a sua Cedente, devolvendo-lhe parte dos prêmios recebidos a título de participação nos lucros daquele contrato. Essa operação, perfeitamente viável e justificável entre esses tomadores de riscos, jamais poderia se tornar legítima em relação a corretores e agenciadores de seguros, uma vez que feriria a mutualidade de maneira drástica.

Índices distorcidos de comissões, em cujo cenário inflacionário em princípio eles se justificaram, na contemporaneidade eles arruinam o segmento de seguros, sem qualquer justificativa plausível, prejudicando sensivelmente o desenvolvimento do mercado e a expansão do seguro entre toda a sociedade. Os seguros de modo geral são caros no Brasil, especialmente os de *pessoas* e justamente nessa área mais sensível: vida, acidentes pessoais e saúde. Os seguros especiais, de grandes riscos, sofrem menos a influência deste patamar de preço elevado, até porque eles são bastante dependentes do resseguro e, sendo assim, os preços são estabelecidos em face dessa realidade, com viés muito mais internacional. A abertura do resseguro, iniciada em 2008 no Brasil, determinou onda de rebaixamento dos prêmios, mas ela não atingiu todas as áreas e os tipos de seguros praticados no país. O nível de comissionamento da corretagem, ainda elevado em muitas áreas, representa um dos principais fatores desse patamar inapropriado e que cerceia a adesão de muito mais consumidores interessados nos produtos. Se houvesse o *descarregamento* das comissões de corretagem e dos agenciamentos dos *seguros de pessoas* o resultado dessa operação talvez demonstrasse, de maneira acentuada, a causa dos custos elevados nesse segmento, fator que tem impedido a pulverização acentuada dele. Mais barato o seguro de pessoas venderia muito mais e todos seriam beneficiados, inclusive os corretores e agentes. Nos países desenvolvidos este item já passou por problemas de igual tamanho, sendo que a atividade de intermediação, apesar de sua natureza capitalista como outra qualquer e com o intuito da lucratividade, o que é justo e lícito, não pode se converter, no entanto, no *objetivo precípua* de toda a atividade seguradora de um país. A manutenção de bases de intermediação complexas, extremamente grandiosas e onerosas, com índices de lucratividade também extremos não podem ser prestigiadas e perenizadas. A *mutualidade* não pode financiar esta estrutura e este objetivo, sem vantagens para ela em *primeiro plano*. Na Europa, as Associações de Consumidores e mesmo de Segurados exercem vigilância acentuada nas operações da indústria de seguros e de modo que os consumidores sejam preservados da cobrança de prêmios elevados e destrutivos. Apesar de os serviços estatais serem eficientes na Europa e na proporção dos impostos pagos pelos cidadãos, cujo cenário este muito longe da realidade

vivenciada no Brasil, mesmo assim os consumidores são muito mais conscientes e atuantes na busca dos seus interesses e direitos.

Durante a realização da 6ª Conseguro⁵⁶, ocorrida em Brasília em outubro de 2013, o superintendente da Susep declarou que existiam seguros de *garantia estendida* sendo comercializados por lojistas cuja comissão paga pelas Seguradoras representava até *seis vezes* o valor do prêmio retido, sendo que esta matemática não pode ser compreendida de forma simples. Através da Circular Susep n.º 297, de 25.10.2013, a Superintendência expediu normas determinativas de modo a coibir a prática deflagrada publicamente pelo representante daquela Autarquia.

No caso específico do trabalhador brasileiro que adere aos programas de seguros coletivos de vida e acidentes pessoais durante as décadas de trabalho dele, ao se aposentar ele fica, no dia seguinte ao seu desligamento da empresa, diante da dura realidade que se apresenta a ele: o fundo comunitário, o qual ele ajudou a construir com sua contribuição de anos deixará de acolhê-lo. Em razão de sua idade, dificilmente qualquer plano de seguro individual privado de vida será razoável para ele, uma vez que o capital segurado provavelmente será mínimo, mas com custo elevado do prêmio mensal, cujos fatores inviabilizam completamente a contratação do mencionado seguro. O trabalhador deixará de ser acolhido pela mutualidade, ficando à sua completa sorte. Tem algo injusto nesta *relação contratual de longa duração*, a qual não se explica por si só e no contexto brasileiro. O cidadão trabalhador se torna isolado na sociedade, justamente no período de maior vulnerabilidade dele: inativo, idoso, com recursos financeiros fixos e quase sempre diminuídos em face da realidade do sistema previdenciário nacional. Se ele ainda tiver familiares dependentes dele, a situação ficará ainda mais agravada e dificultada. Nesta seara, os países desenvolvidos resolveram a questão através da formulação de variados tipos especiais de seguros de vida, os quais são chamados de “seguro de vida inteira”, ou “dotais” ou ainda “universais”. As apólices agregam espécie de poupança, sendo que o segurado tem a opção de resgatar o capital acumulado ao longo de anos de contribuição, ainda em vida. Através desse mecanismo contratual pode ser neutralizada aquela situação na qual o segurado que

⁵⁶ Conferência promovida pela CNSeg - Confederação Nacional das Empresas de Seguros Gerais, Previdência Privada e Vida, Saúde Complementar e Capitalização.

contribuiu por anos, ao deixar o trabalho e se aposentar, fica de fora do sistema segurador e sequer lhe convém contratar seguro individual em face do preço elevado que este seguro apresentará e em razão mesmo da idade do interessado. Seguradoras no Brasil começam a operar com este modelo de seguro, mas ainda não há forte penetração, sendo que também os *seguros de vida coletivos de empresas* deveriam se pautar nesses modelos, com reais vantagens para os empregados, notadamente quando eles deixarem a vida profissional, ao se aposentarem. No *seguro saúde* a legislação especial resolveu em parte a mesma questão encontrada no seguro de vida e determinou, resumidamente, que o trabalhador que se aposenta e dispõe de até dez anos de permanência no plano de saúde, pode se manter naquela mesma operadora, através de plano individual, desde que ele pague integralmente os custos do seguro. A proteção conferida pela lei, todavia, nem sempre tem eficácia absoluta, uma vez que o aposentado, dependendo da operadora que ele dispunha enquanto era trabalhador ativo, nem sempre conseguirá custear o valor do plano individual, deixando de ter o seguro e justamente quando se torna idoso.

Os *carregamentos* sobre os prêmios de risco (preço efetivo do risco segurado) podem se situar em patamares estratosféricos no Brasil e conduzem a situações de completa desproporcionalidade e desincentivo à contratação massificada dos seguros. Na visão de Tzirulnik, “enquanto os seguros dos cidadãos custearem nababescos carregamentos artificiais, algumas vezes mais de 90% dos valores do prêmio..., por maiores que sejam as arrecadações de prêmio e por mais solventes que sejam nossos seguradores, o país não estará no caminho preconizado pela Constituição Federal: o da democracia social e econômica e do desenvolvimento”⁵⁷.

Podem ser encontradas também e de maneira contraposta à situação informada nos parágrafos anteriores, ou seja, as comissões superdimensionadas, práticas predatórias através das quais os serviços de corretagem de seguros são aviltados através da cobrança de “fees”, os quais nem sempre são compatíveis de fato com a natureza dos trabalhos que deverão ser prestados pelos profissionais da área. Os corretores que apresentam este tipo de comportamento buscam ampliar o seu *portfolio* de clientes, muitas vezes quase *zerando* os custos dos serviços, mas também visando o aumento

⁵⁷ *Contrato de Seguro: uma lei para todos*. Op. cit., p. 29.

futuro, o que nem sempre pode ser concretizado de fato na prática. Na visão bastante crítica e experiente de Paulo Leão de Moura, neste particular, “qualquer financeiro ou administrador razoável pode constatar que se o fornecedor for realmente prestar os serviços propostos por aquele preço, vai necessariamente ter prejuízo, isto é, se ele for realmente profissional, ético e responsável”⁵⁸. Os segurados, portanto, devem ter em mente que não há serviços gratuitos nesta área e que aquelas comissões extremamente reduzidas podem sinalizar a prestação deficiente dos serviços, o que sempre pode e deve ser evitado. Os extremos, portanto, são perniciosos *aos consumidores de seguros*. O Órgão Regulador deve dispor de mecanismos normativos e fiscalizatórios eficientes que coíbam essas práticas, as quais desprestigiam as funções altamente nobres e sociais do seguro no país. O tempo da inflação galopante acabou, de triste lembrança para todos os brasileiros *trabalhadores*. Desta maneira, o seguro deve ser precificado de forma essencialmente técnica, profissional e justa – ficando perfeitamente demonstrado e transparente o prêmio final, inclusive a *comissão de corretagem* cabível e adequada. Apenas com a adoção desses pressupostos o mercado segurador poderá alcançar, de fato, maior produtividade e capilaridade na sua atuação, em benefício da sociedade consumidora de seguros. A função fiscalizatória eficiente do Órgão Regulador, com administração profissional e independente da política partidária, assim como foi colocado *retro*, tem papel preponderante nessa evolução esperada para o segmento do país, verdadeira *conditio sine qua non*. A sociedade consumidora de seguros, assim como o Ministério Público, Sociedades Civis de Defesa dos Consumidores, Associações de Segurados, portanto, devem estar também atentas a isso e podem e devem cobrar posição firme do governo a respeito. Há países nos quais os corretores de seguros podem escolher o nível de comissionamento a que eles terão direito de receber na intermediação de *seguros de pessoas* e todos eles voltados para os serviços que *agregam* na operação: 5%, 10% ou 15%. No Vida em Grupo e principalmente nas apólices que são rotuladas como "Employee Benefits", o nível de comissionamento se situa em torno de 5 - 10%. Não raramente, o corretor dos EUA oferece os serviços ao

⁵⁸ Mais serviço, menos controle. Paulo Leão de Moura Júnior, *in Jornal Nacional de Seguros*, n. 258, São Paulo, janeiro de 2014, p. 4.

Segurador numa espécie de consultoria e então ele recebe um “fee”, sem comissão propriamente dita. No chamado "middle market" e representado por pequenas empresas, os Seguradores europeus utilizam basicamente os *agentes de seguros* nos seguros de pessoas e o comissionamento é bastante baixo, o que distancia e muito da realidade brasileira, onde a comissão média gira em torno de 20 – 40% ou mais neste segmento. No seguro de vida individual a comissão no exterior pode ser elevada no primeiro ano e de modo mesmo a promover a captação pelos corretores, mas depois ela reduz e muito para 3% – 4% ou nenhuma, em razão da persistência dos riscos de longa duração ou mesmo de uma vida inteira. Sabe-se que no Brasil os seguros de pessoas relativos aos funcionários públicos de empresas e de órgãos estatais podem apresentar comissões distorcidas e também injustificadamente, mesmo porque os departamentos de RH dos órgãos públicos realizam grande parte das tarefas de agenciamento, promovendo a coleta de informações de saúde de todos os funcionários, entre outras.

A comercialização de seguros no Brasil ainda está demasiadamente centrada na figura do *corretor de seguros*, enquanto que o *agente de seguros* sempre foi rechaçado por aquela categoria profissional. Mais recentemente, a Susep regulamentou a figura do *agente*, conforme a Resolução CNSP – 297/2013, apesar de ter criado nomenclatura diversa dos demais países do mundo para este profissional do setor, cujo procedimento não pode ser elogiado: *representante de seguros*. Muito mais voltada à disciplina das *pessoas jurídicas varejistas* que comercializam seguros no país, especialmente os de *garantia estendida*, a nova figura do *representante de seguros* praticamente se equipara ao agente, nas suas atribuições. O mesmo CNSP expediu a Resolução n.º 294, em 2013, dispondo sobre a *utilização de meios remotos* nas operações relacionadas aos planos de seguros e de previdência complementar aberta, sem a figura e a participação do corretor de seguros. Esta medida pode ser vista como extremamente salutar e inovadora no mercado, apesar das críticas que vem recebendo das entidades representativas dos corretores de seguros. Com base na referida Resolução, aqueles seguros de massa e sobre os quais o entendimento do consumidor é bastante simplificado e pronto, a contratação pode ser realizada por intermédio da internet, telefonia, televisão a cabo ou digital, sistemas de comunicação por satélite, entre outras mídias eletrônicas remotas. Essa medida pode ensejar não só a maior massificação dos seguros, como também deve

propiciar o barateamento dos custos em face do não comissionamento. Merece todo o apoio a referida determinação, de modo que não possa haver nenhum tipo de retrocesso sobre a sua aplicação máxima. Os consumidores devem, sempre, ter a *livre escolha* quando da contratação dos seus seguros: *com ou sem* a intermediação do corretor. Não pode acontecer de os corretores de seguros decidirem por eles. Neste momento de transição e de maior abertura pelo qual passa o mercado segurador nacional são bastante propícios esses novos mecanismos de comercialização e todos eles devem visar tão somente os *consumidores de seguros*, sem exceção. O Órgão Regulador tem poder fiscalizatório suficientemente rígido para coibir abusos, além do fato de que os Procons e o próprio Judiciário estarão atentos aos possíveis abusos neste novo modelo, o qual já se espalhou para os mais diversificados mercados de produtos e serviços, não podendo o seguro ficar de fora dessa realidade. O comércio eletrônico tem sido objeto de legislação específica a respeito de suas aplicações e o seguro está igualmente enquadrado neste contexto.

Há também no Brasil a questão não resolvida e de remota data, referente às *comissões obrigatórias*, ainda que *não haja* a intermediação do corretor de seguros na operação. Nos termos da Lei n.º 4.594/1964 (regulamenta a profissão de corretor no país), art. 19, aqueles seguros que forem realizados sem corretores diretos, a comissão mínima deve ser recolhida ao fundo gerido pela Fundação Escola Nacional de Seguros, cujos recursos patrocinam em parte o *ensino de seguros* no país, o que não pode ser taxado de pertinente nos dias atuais, uma vez que as Seguradoras privadas podem e devem financiar por conta própria o treinamento de seu quadro de empregados, assim como as Corretoras de Seguros. A determinação, concebida em outro período no Brasil e no mais duro regime militar, tinha outro viés, certamente não democrático. Carece de revogação sumária, portanto, pois que não há mais justificativa para o procedimento, se realmente ele foi plausível um dia.

Antes de finalizar este tópico, necessário mencionar a extinção recente da “taxa” intitulada *custo de apólice*, pelo CNSP, conforme Resolução 264, de 2012. Com valor estipulado em R\$ 100,00 por documento, as Seguradoras repassavam parte do faturamento a este título, de milhões de reais, aos sindicatos dos corretores de seguros do país. Desnecessário tecer quaisquer comentários adicionais, além de valorizar a

efetiva oportunidade da determinação feita pelo CNSP, em face dos consumidores de seguros brasileiros.

No que respeita aos seguros de pessoas há largo caminho a ser percorrido pelas Seguradoras no Brasil e de modo mesmo a atingir todo o potencial que existe neste importante segmento para a sociedade. Por conta do denominado “bônus demográfico” há imensidade de pessoas economicamente ativas e em maior número do que o grupo dos inativos no Brasil, sendo que nem todas elas foram ainda acessadas para a contratação de seguros de pessoas. Os novos produtos de vida, muito além daquelas coberturas tradicionais dos seguros individuais, podem alavancar e muito a produção do mercado, em face do componente de poupança ou mesmo de capitalização que eles agregam. Se eles forem efetivamente demonstrados à população, com todas as reais vantagens em contraponto aos modelos clássicos, muitos adquirirão esses novos seguros, e não mais apenas na condição de “*ajudar o gerente do banco*” a cumprir sua meta mensal de produção. Importante destacar neste tópico, apesar da crítica feita acerca dos níveis de comissionamento no país, ainda aviltados em muitas situações, que a presença do corretor de seguros é de suma importância no contexto da comercialização dos seguros, em todas as fases do processo. Da angariação inicial do cliente ao pagamento da indenização do sinistro, o corretor de seguros profissional tem participação essencial neste segmento. O comissionamento deve ser levado em conta também pelo proponente/segurado e, para tanto, ele precisa conhecer a margem que estará sendo carregada ao prêmio a ser pago por ele. Não pode ser desprezado o fato de que o corretor pode ter *mais ou menos trabalho* durante a *angariação* dos seguros: dependerá e muito do tamanho da empresa; dos riscos e dos tipos de seguros a serem garantidos; dos levantamentos de dados e recolhimento das informações necessárias para o processo de subscrição por parte da Seguradora; dos diferentes graus de coberturas existentes no mercado segurador, cabendo ao corretor escolher e indicar aqueles mais adequados aos interesses e às características de cada proponente; dos valores a serem segurados; etc. Fator também preponderante na consideração acerca do nível de comissão adequada ao corretor, a participação dele durante a ocorrência do eventual *sinistro*: a preparação do aviso de sinistro de forma circunstanciada tecnicamente; o envolvimento dele no processo de regulação do sinistro até a completa

liquidação com o pagamento da indenização; assistência técnica plena; entre outros fatores. Os *serviços* nem sempre podem ser avaliados de pronto e este fator pode até mesmo prejudicar a aferição por parte do proponente do seguro do valor adequado que ele julga coerente a título de comissionamento no processo de contratação do seguro, mas certamente ele terá muito mais elementos a partir das renovações do mesmo seguro, já na condição de segurado, fidelizando a parceria com o seu corretor de seguros.

6.2.6. Seguro de Crédito – Vida e Acidentes Pessoais de prestamistas. Nos financiamentos de bens duráveis tem sido incluída a cobertura de seguro de vida e acidentes pessoais para o *financiado*, com a designação do *beneficiário* a empresa *financiadora*. Os consórcios também utilizam o mesmo sistema de garantia. Uma vez sobrevivendo a morte ou a invalidez do financiado, impossibilitando-o de saldar a dívida contraída com o financiador, o seguro completará as parcelas vincendas. Dá-se, a esta garantia, o nome de *seguro prestamista*. Perfeitamente lícita e viável a operação, ela necessita, contudo, de maior transparência para os consumidores. Primeiramente, o financiado precisa conhecer, no ato do financiamento, a existência do seguro. Ele não pode ser surpreendido com o pagamento do prêmio, apenas quando do vencimento da primeira parcela. Outra situação que não procede, mas tem acontecido, o fato de a Seguradora não exigir nenhum tipo de avaliação ou declaração do estado de saúde do financiado e, sobrevivendo a sua morte, ela alega “doença pré-existente”, p.ex., de modo a recusar o pagamento da indenização avençada. A vinculação de pagamento de sinistro por conta da apresentação de comprovantes ou de documentos que poderiam ter sido exigidos e analisados pela Seguradora no ato da subscrição dos riscos e da aceitação do negócio tem movimentado os operadores de direito e certamente a questão se mostra extremamente fragilizada para o âmbito da Seguradora. Sob o aforismo “*se não solicitou e nada exigiu, aceitou e assumiu o risco como se encontrava*”, o Judiciário tem se pautado de maneira quase pontual, notadamente em seguros de massa, nos quais o mercado imprime procedimentos facilitadores na contratação deles, sem nada exigir. Sobre este tema do *seguro prestamista*, não esgotado neste tópico, deve ser levado em conta, também, o fato de que havendo algum tipo de saldo ou parcela indenizatória maior do que a dívida remanescente, esta será de direito do próprio financiado ou de

seus herdeiros legítimos. A transparência deve ser intensificada neste tipo de operação securitária, a qual pode eliminar série de questionamentos desfavoráveis às Seguradoras.

6.2.7. Oferta de coberturas que não foram solicitadas pelo proponente – Esta situação é recorrente e gera conflitos de toda ordem, notadamente quando as coberturas têm caráter oneroso para o consumidor e todas elas têm, salvo nos casos raríssimos de liberalidades concedidas por algumas Seguradoras a clientes tidos como especiais. Se a Seguradora oferece cobertura para gama considerável de riscos e dentre eles aquelas situações que realmente interessam ao proponente, em princípio não haveria nenhum inconveniente para ela atendê-lo, eliminando os riscos não necessários ou não desejados por ele, enquanto consumidor. Muitas vezes, contudo, a oferta não pode ser atendida desta maneira, devido à precificação do seguro de acordo com as respectivas exposições de cada risco garantido, ou seja, o cliente pode pretender receber oferta mais vantajosa para ele uma vez eliminados determinados riscos, mas que na verdade foram adicionados ao produto sem grande repercussão no preço final. O consumidor nem sempre entenderá que a maior exposição a sinistros estará centrada justamente naqueles riscos remanescentes e, em razão disso, não haverá como reduzir o preço do seguro para ele. Esta situação, justa na sua essência e perfeitamente possível de acontecer no dia a dia, gera conflitos, mas nem sempre eles podem ser resolvidos da melhor forma possível ao consumidor. Há que existir equilíbrio e transparência, portanto, e nem sempre o consumidor poderá ser atendido integralmente neste sentido. Situação diversa é aquela na qual o proponente não solicitou determinada cobertura, mas ela foi adicionada à apólice, com sobreprêmio. Não há dúvida de que nesta hipótese assistirá todo o direito ao consumidor de solicitar o devido estorno daquela determinada parcela de prêmio indevida, suprimindo a cobertura indesejada e não adquirida por ele no ato da apresentação da proposta de seguro, sem qualquer ônus.

6.2.8. Seguro de cartão de crédito incluído na cobertura de Seguro Automóvel ou Residencial – para esta situação pontual prevalecerá o disposto no último parágrafo do subitem precedente, uma vez onerosa a cobertura e também pelo fato dela não ter sido solicitada pelo proponente do seguro. Neste aspecto, convém salientar que os bancos e as administradoras de cartões têm responsabilidade sobre as perdas provenientes dos

riscos de perda, roubo e furto do cartão de crédito e relativo ao uso indevido por terceiros⁵⁹. O risco da atividade é delas e não dos clientes. A jurisprudência nacional tem sido unânime ao imputar a responsabilidade pelas consequências da perda, roubo e furto do cartão de crédito ao fornecedor do serviço financeiro e não ao seu usuário (STJ - REsp 348.343-SP, 514.358-MG, AgRg no Ag 277.191-RJ, REsp 1058221/PR, REsp 514.358/MG; TJRJ – Ap. Cível 6.255/96 – 2ª Câmara, Ap. 15.259/99-RJ – 17ª Câmara; Culpa do usuário - RT, 554:141; RT, 764:243; JTJ, Lex, 227:73). A doutrina trata do tema da responsabilidade do titular do cartão pelo pagamento das despesas feitas até o momento da comunicação do evento ao emissor do cartão⁶⁰, mas ela não tem se sustentado na jurisprudência, contudo. A Súmula 28 do Supremo Tribunal Federal determina o seguinte: “*O estabelecimento bancário é responsável pelo pagamento de cheque falso, ressalvadas as hipóteses de culpa exclusiva ou concorrente do correntista*”. De ser ressaltado, conforme ensina Carlos Roberto Gonçalves, “que a teoria do risco profissional funda-se no pressuposto de que o banco, ao exercer a sua atividade com fins de lucro, assume o risco dos danos que vier a causar⁶¹”. *Ubi commodi ibi emolumentum* (onde existe uma vantagem, aí também existirá uma obrigação/ exigência)⁶². O ilustre Caio Mário consolida o entendimento e afirma: “a enorme variedade de operações bancárias inspirou a elaboração pretoriana para a criação de um tipo especial de responsabilidade civil enfeixada sob a epígrafe da responsabilidade profissional dos bancos, com caráter objetivo, refletida na Súmula 28 do Supremo Tribunal Federal⁶³”. O CDC, por sua vez, apenas corroborou este entendimento (art. 3º, § 2º). De acordo com a teoria contratual aplicável aos seguros, o *interesse segurável*, neste aspecto – a utilização após o extravio, roubo e furto, repousa na pessoa do fornecedor do serviço, na medida em que é ele o empreendedor da

⁵⁹ POLIDO, Walter A. *Contrato de Seguro: novos paradigmas*, Op. cit., p. 267 e segs.

⁶⁰ MIRAGEM, Bruno. *Direito Bancário*. São Paulo: RT, 2013, p. 432.

⁶¹ GONÇALVES, Carlos Roberto. *Responsabilidade Civil de acordo com o Novo Código Civil*. 15ª ed. São Paulo: Saraiva, 2014, p. 313.

⁶² SILVEIRA, José Roberto da. *Brocardos Latinos Termos Jurídicos*. 2ª ed. São Paulo: Universitária de Direito, 2006.

⁶³ PEREIRA, Caio Mário da Silva. *Instituições de Direito Civil*. Vol. III. Contratos. 12ª ed. Rio de Janeiro: Forense, 2007, p. 520.

atividade financeira, criando e detendo o risco do negócio. Em razão da possibilidade do cartão ser extraviado, roubado ou furtado, nasce o risco e - nem sempre - com a exposição acentuada em consequência do comportamento menos diligente do usuário do cartão. O consumidor, portanto, não cria o risco, na maioria das vezes, mas é vítima dele, tal como o empreendedor desta atividade financeira. Nessa circunstância, inclusive, não há interesse segurável para o consumidor, até porque ele tem consciência de sua diligência, enquanto que a falha – consubstanciada pelo pagamento indevido a terceiros, decorre da própria deficiência do sistema. Esta parcela de risco, de natureza essencialmente empresarial, não pode ser repassada ao usuário do cartão e nem mesmo compartilhada. Com base no artigo 14, do CDC, a falha do sistema imputa a responsabilidade ao fornecedor do cartão de crédito e somente poderá ser elidida, nos termos do parágrafo terceiro do mesmo artigo, se ele provar que a culpa é exclusiva do consumidor ou de terceiro. A responsabilidade pelo serviço é objetiva, pois que fundada no risco do empreendimento e, portanto, o ônus da prova é do fornecedor do serviço (*caput* do art. 14, CDC). Na lição do Professor Sergio Cavalieri Filho, “se os riscos do negócio correm por conta do empreendedor, forçoso será então concluir que, à luz do Código de Defesa do Consumidor, o furto, o roubo ou o extravio do cartão de crédito é risco do empreendimento, e, como tal, corre por conta do emissor. O titular do cartão só poderá ser responsabilizado se ficar provada a sua culpa exclusiva pelo evento, consoante § 3º, II, do art. 14 do Código de Defesa do Consumidor⁶⁴”. Relevante destacar que o contrato de seguro não acoberta o ato ilícito doloso do próprio segurado, conforme artigo 762 do CC/2002. Assim exposto, o seguro, se contratado, terá aplicação limitada aos riscos passíveis de coberturas, nos termos da legislação. Repassar a contratação do seguro ao próprio consumidor-usuário do cartão, inclusive auferindo lucro com mais esta operação financeira, até porque a Seguradora pode pertencer ao mesmo grupo econômico da fornecedora do cartão ou não, constitui motivo de repreensão em face do direito do consumidor, certamente lesado. O artigo 51 do CDC, neste aspecto, imputa de nulidade a cláusula contratual relativa ao fornecimento de serviços que exonere ou atenua a responsabilidade do fornecedor, transfira

⁶⁴ CAVALIERI FILHO, Sergio. *Programa de Responsabilidade Civil*. 11ª ed. São Paulo: Atlas, 2014, p. 485.

responsabilidade a terceiros, estabeleça obrigações consideradas abusivas e que coloque o consumidor em desvantagem exagerada ou que seja incompatível com a boa-fé e a equidade. No julgamento do REsp 348343/SP, o relator Ministro Humberto Gomes de Barros, aduziu o seguinte: “São nulas as cláusulas contratuais que impõem ao consumidor a responsabilidade absoluta por compras realizadas com cartão de crédito furtado até o momento (data e hora) da comunicação do furto. Tais avenças de adesão colocam o consumidor em desvantagem exagerada e militam contra a boa-fé e a equidade, pois as administradoras e os vendedores têm o dever de apurar a regularidade no uso dos cartões”. O interesse segurável, já mencionado, repousa no fornecedor do cartão de crédito e, se houver quem lhe garanta, ele pode e deve contratar o seguro que quiser para se proteger. Quando ele repassa o ônus da contratação ao consumidor – cobrando o prêmio do seguro e, portanto, fazendo fundo de reserva de seu próprio risco e interesse, a operação não é só descabida, como também excede o limite do Direito. Constitui, entre outras tipicidades, a venda casada (art. 39, I, do CDC) - banco e seguradora do mesmo grupo econômico – se a concessão do cartão estiver atrelada à obrigatoriedade da contratação do seguro. Assim como o Banco não pode exigir saldo médio para abrir a conta corrente ou exigir a contratação de seguro de vida do consumidor, ele também não pode exigir a contratação do seguro de perda, roubo e furto do cartão de crédito. O repasse pode caracterizar, também, abuso de direito, conforme artigo 187 do CC/2002, sendo que na tese de Bruno Miragem, a infração se torna evidente pelo simples abuso da confiança e do limite ao exercício das prerrogativas jurídicas do direito privado, tenha ou não concorrido a culpa e, mesmo sem a ocorrência de dano, fica tipificado o referido abuso. “A incidência da cláusula geral de abuso do direito parte do pressuposto que o direito subjetivo, em princípio regular, torna-se irregular pelo exercício desviado, desmesurado, excessivo ou irrefletido do seu titular⁶⁵”. Embora não encontre posição unânime na doutrina relativa ao abuso de direito, no atual estágio da sociedade brasileira, no qual se propugna por princípios muito mais voltados à lealdade e ao sentido de confiança nas relações contratuais, espriada em *deveres-anexos* objetivos, o abuso de direito desponta como mais uma defesa do

⁶⁵ MIRAGEM, Bruno. *Abuso do Direito. Proteção da Confiança e Limite ao Exercício das Prerrogativas Jurídicas no Direito Privado*. Rio de Janeiro: Forense, 2009, p. 163.

consumidor contra injustiças. O positivismo do sistema jurídico, por si só, não pode resolver todas as questões da sociedade pós-moderna. Não assistindo o direito subjetivo à instituição financeira no que concerne ao repasse do ônus da proteção securitária ao usuário do cartão, pode ser alegado, ainda, o *enriquecimento sem causa*, pois que abusivo o repasse e o auferimento de vantagens econômicas decorrentes do prêmio de seguro recebido dos usuários. Na lição primorosa de Giovanni Nanni, “as relações jurídicas não devem ceder espaço à injustiça, ao desequilíbrio de prestações, nem podem contrariar os princípios da dignidade, da liberdade e da solidariedade⁶⁶”. Assim fundamentado nos preceitos da Constituição Federal, na visão sistemática de Nanni, a teoria do enriquecimento sem causa pode ser alegada também em face da gestão anormal do negócio, entre outros contornos. Em havendo a negligência por parte do usuário do cartão, cabe ao fornecedor demonstrar esse comportamento, podendo, então, habilitar-se ao reembolso dos prejuízos por ele suportados ou mesmo a sua Seguradora, em razão da sub-rogação de direitos. O Procon de São Paulo relativiza a responsabilidade dos usuários de cartões em face mesmo da própria fragilidade do sistema hoje empregado e colocado à disposição dos usuários. No seu site⁶⁷, no campo Orientação de Consumo, Assuntos Financeiros, Cartões de Crédito – Perguntas Frequentes, o Procon paulista considera indevida a responsabilização contratual inferida pelas Administradoras ao usuário, pelo uso indevido do cartão por terceiros, anterior à comunicação da perda, furto ou roubo à central de atendimento. O Procon lembra, ainda, que o CDC determina a responsabilidade pela segurança da prestação dos serviços ao fornecedor, além de considerar a vulnerabilidade e a fragilidade do sistema, o que permite a utilização indevida do cartão por terceiros. Em síntese, há que prevalecer a razoabilidade nesta situação comentada. Repassar o ônus da contratação do seguro pelo extravio, roubo e furto de cartões de créditos ao consumidor não é razoável, não é proporcional e, portanto, não equitativo entre as partes celebrantes. O risco profissional empreendido na atividade repousa unicamente nos fornecedores dos cartões e não nos usuários-consumidores, assim como ficou demonstrado nos parágrafos anteriores. Para Rosa Nery, colmatando os enunciados aqui expostos, “a doutrina da

⁶⁶ NANNI, Giovanni Ettore. *Enriquecimento sem causa*. 3ª ed. São Paulo: Saraiva, 2012, p. 193.

⁶⁷ www.procon.sp.gov.br

proporcionalidade inspira a funcionalidade do direito à proteção daquele que, ao contratar, ficou desfavorecido com o contrato, a partir das disparidades suscitadas por interesses em torno do objeto da prestação⁶⁸. Há que ser reprimida a operação de seguro aqui tratada, ainda que realizada de forma com aparente voluntariedade do consumidor.

6.2.9. Outras situações recorrentes que geram conflitos no mercado:

(a) Seguro de Automóvel - Danos sofridos por veículos em razão da utilização de equipamentos que dele fazem parte inerente. Há exclusão taxativa deste risco por determinadas seguradoras, injustificável em princípio, na medida em que a empresa que contrata do seguro de Automóvel para caminhões com caçambas ou guinchos, p. ex., espera que a cobertura se estenda para todo o veículo também enquanto ele estiver operando, num canteiro de obras, inclusive. Também a exclusão de cobertura para os riscos provenientes de enchentes, inundações, inclusive para veículos guardados em subsolo, gera discussões, notadamente se ela for aplicada na chamada *cobertura compreensiva*. Mais recentemente, foi acrescentada a discussão acerca dos *atos de vandalismo* na condição de fato gerador de danos materiais a veículos segurados. A expressão “cobertura compreensiva”, inclusive, não se apresenta como sendo de boa-técnica, uma vez que ela enseja a *compreensão* de muito mais riscos cobertos do que aqueles que realmente ela contempla de fato: colisão, incêndio e roubo. A nomenclatura, muitas vezes utilizadas há décadas, não se mostra mais condizente com a realidade contemporânea e deve ser modificada em prol da transparência contratual. No ramo Automóveis há ainda a questão crucial da *prestação de serviços* de maneira eficiente por parte das Oficinas Mecânicas credenciadas pelas Seguradoras do mercado. Isso nem sempre corresponde à realidade. Em face também dos preços elevados desses serviços, as Seguradoras acabam descredenciando oficinas, cujo procedimento propicia a lotação das remanescentes em prejuízo dos segurados, uma vez que o tempo de espera dos consertos tem se mostrado muito elevado, além do fato de nem todas elas poderem

⁶⁸ NERY, Rosa Maria de Andrade. *Introdução ao Pensamento Jurídico e à Teoria Geral do Direito Privado*. São Paulo: RT, 2008, p. 250.

aceitar *prontamente* o veículo avariado. Acresce a este problema da superlotação das oficinas credenciadas, o fato de as revendedoras nem sempre disponibilizarem, assim como deveriam em face do CDC, peças de reposição e partes de veículos, devendo o segurado se sujeitar à espera, por longo período, da importação deles.

(b) Seguro Automóvel com Seguro de Responsabilidade Civil Facultativa de Veículos – São dois seguros isolados, com garantias concedidas dentro de uma mesma e única apólice, de modo a simplificar a contratação. Havendo a perda total ou o esgotamento de um dos limites de garantia da apólice, a cobertura caducará apenas em relação àquele determinado seguro (Auto ou RCFV), devendo a Seguradora devolver o prêmio proporcional ao tempo a decorrer, da outra cobertura intacta.

(c) Seguro de Responsabilidade Civil Facultativa de Veículos – RCFV – as coberturas *garantidas* ao Terceiro. Se o “terceiro” estiver saindo de sua residência com toda a sua família no veículo e rumo às férias, sendo colidido pelo Segurado da apólice Auto/RCFV – terá o direito de alugar veículo de igual característica ao dele, seguindo a viagem, com pagamento de todas as despesas decorrentes com este aluguel pelo seguro do causador da colisão. Esta afirmação nem sempre se apresenta de forma pacífica no mercado, apesar de o texto padrão de cobertura da apólice RCFV ratificar a sua incidência. No seguro de Automóveis (no qual está coberto o próprio veículo de propriedade do segurado) usualmente as Seguradoras oferecem o “serviço acessório” de veículo de aluguel ao segurado, mas nada tratam especificamente quando o prejudicado é o veículo do Terceiro (RCFV). Havendo a cobertura de RCFV na apólice contratada pelo segurado, as *despesas decorrentes do aluguel de carro pelo terceiro*, o qual sofreu a colisão em seu veículo pelo segurado, conforme o exemplo retratado neste tópico, *encontram cobertura* conforme os termos previstos na Cláusula de Riscos Não Cobertos ou de Riscos Excluídos da apólice RCFV, usualmente com o seguinte teor: “prejuízos patrimoniais e lucros cessantes *não resultantes diretamente* da responsabilidade por danos materiais e corporais cobertos pela presente apólice”. Este tipo de formulação contratual é impreciso, na medida em que o *risco coberto* está contido dentro da cláusula de *risco excluído*, o que nem sempre pode ser compreendido integralmente pelo leigo em seguros. Então, apesar de sua situação geográfica não ser a mais adequada

dentro da estrutura da apólice (deveria fazer parte textual dos “Riscos Cobertos” da apólice RCFV), enseja a seguinte interpretação: todas as perdas financeiras e lucros cessantes *diretamente* decorrentes dos danos cobertos pela apólice estão garantidos pelo referido seguro RCFV. Assim sendo, as despesas com o aluguel de carro pelo Terceiro podem ser perfeitamente enquadradas na condição de “perdas financeiras” decorrentes da colisão sofrida pelo seu veículo, cujos danos físicos estão também cobertos pelas garantias oferecidas pelo seguro (no caso, Danos Materiais). Nesta mesma linha interpretativa, se o veículo de propriedade do Terceiro, o qual foi abalroado, conferir-lhe sustento, ou seja, fazer parte integrante do desempenho de sua atividade econômica, assim como os taxis e caminhões de transportes de cargas, também os *lucros cessantes* decorrentes do período de paralisação dele estarão amparados pelo *quantum* indenizatório a ser prestado pela apólice RCFV.

(d) Prorrogação do prazo de vigência de apólices referentes a riscos não renováveis. Nos seguros de Riscos de Engenharia esta situação se apresenta com certa frequência, até mesmo por conta dos atrasos no cumprimento dos cronogramas físicos das obras. Em razão dos *interesses segurados* de grande monta, a questão se desdobra em discussões também com Resseguradores, nem sempre muito abertos para compreenderem os atrasos das obras brasileiras, com certa recorrência. De modo a serem evitados problemas dessa ordem, é sempre recomendável que o clausulado da apólice preveja regras concisas a respeito da possível prorrogação do prazo de cobertura da apólice, uma vez sobrevindo determinadas situações extrínsecas ao próprio segurado. Para Angelo Colombo, “é natural que o custo da prorrogação do período de cobertura de um empreendimento em estágio avançado seja mais elevado que a simples aplicação proporcional da taxa do seguro ao período adicional”⁶⁹, mas essa posição também sofre discussões, muitas vezes acirradas. Nesta situação emblemática, desponta também a questão do objeto do seguro Riscos de Engenharia, ou seja, a obra em construção e ou os equipamentos ou aparelhos em instalação ou montagem. A pretensão sobre este tipo

⁶⁹ SCHALCH, Débora. (org.) *Seguros e Resseguros: aspectos técnicos, jurídicos e econômicos*. São Paulo: Saraiva/Vigília, 2010, in *Contratos de Seguros: limites técnicos de negociação entre seguradora e segurado*. COLOMBO, Angelo. p. 21- 41.

de seguro, apesar dele garantir danos físicos na sua essência, repousa na conclusão da obra ou da instalação ou montagem daquele determinado projeto que foi analisado e aceito pela Seguradora. Difícil, portanto, conceber a não concretização de eventual prorrogação do período de vigência do contrato de seguro pertinente, em face deste entendimento. A *boa-fé* deve pairar também sobre esta situação, assim como ela imanta qualquer outro tipo de seguro e este não poderia ficar apartado nesta *conditio sine qua non*. Ainda que tenham sobrevivido sinistros durante a execução da obra ou da montagem garantida pelo contrato de seguro, a prorrogação da vigência da apólice é algo perfeitamente entendível como possível e certo, na medida em que cronogramas nem sempre evoluem como foram planejados. Não há como imaginar o segurado continuar a sua atividade no canteiro de obras, porém sem a garantia do seguro que ele contratou desde o início dos trabalhos e muitas vezes por força mesmo dos financiamentos existentes. Pretender não conceder a prorrogação e sem justificativa alguma plausível e por puro apego ao formalismo do contrato inicialmente aceito e concretizado, não pode ser prestigiado pelo Direito. De igual sorte, cabe ao segurado demonstrar que obrou de fato com diligência na tentativa de cumprir as bases avençadas, avisando a Seguradora sobre qualquer situação de desvio e que pudesse motivar atrasos no cumprimento do cronograma da obra. Grandes e médios empreendimentos devem ser vistoriados de maneira ordinária e também pelo Corretor de Seguros, além da Seguradora. A comunicação prévia é essencial nessas circunstâncias e de modo mesmo a evitarem conflitos desnecessários futuros.

7. A interferência desmedida do(s) Ressegurador(es) na decisão sobre o sinistro reclamado – Esta situação é encontrada nos grandes riscos e, sendo assim, será comentada com breves considerações, uma vez que o escopo deste trabalho está centrado muito mais nos seguros de massa, com reflexa vulnerabilidade dos consumidores de seguros sob a égide do CDC. Nos grandes riscos, embora os conceitos do CDC sendo principiológicos e microssistemáticos acabem repercutindo também sobre eles, há manifesta relação *entre iguais* e sem qualquer aparência de hipossuficiência dos segurados. Desde o início do processo de abertura do mercado de resseguro no país, culminado pela edição da Lei Complementar 126/2007, com início de vigência no ano seguinte, o mercado segurador direto tem passado por reformulações,

mas nem todas ainda estão concluídas. O momento é de flagrante transição, portanto, e com todos os seus percalços e idiosincrasias. A transição era esperada por aqueles que já observaram antes o mesmo processo ocorrido em outros países, inclusive na América Latina. A abertura por si só apresenta muitas vantagens, mas também traz consigo o desafio das mudanças procedimentais que são inerentes ao movimento e para as quais não há paliativos. Muitas situações novas são presenciadas hoje e nem todas tiveram ainda a implementação de soluções adequadas e necessárias. No regime de monopólio, igualitário, todas as Seguradoras eram multiformes, ou seja, operavam em diversos ramos de seguros ao mesmo tempo, ainda que não possuíssem qualquer *expertise* em alguns ou em grande parte deles. Nos ramos de menos interesse para elas processavam a *retenção própria* de valor reduzido e inexpressivo em cada risco, repassando os excedentes ao ressegurador monopolista. A retenção, aqui mencionada, representa o limite de responsabilidade que a Seguradora assume por segurado, por sua conta e risco, expondo o seu próprio capital. O Ressegurador Monopolista, neste esquema procedimental, fazia as vezes do Segurador, enquanto que a Seguradora se comportava tipicamente qual uma *corretora de seguros* para ele e muito mais interessada na comissão de resseguro que ela receberia em troca das colocações maximizadas que realizava, do que com a oferta daqueles mesmos negócios aos consumidores primários dos seguros. Era comum, portanto, que uma Seguradora se apresentasse como operadora em determinado ramo de seguros, até mesmo sofisticado, mas ela retinha, sob sua conta e responsabilidade, apenas R\$ 80.000,00 ou R\$ 300.000,00 por risco. Esta situação não pode ser classificada como sendo uma *operação típica de atividade seguradora*, notadamente em ramos onde os capitais segurados não se situam exclusivamente nessa faixa de pequenos valores. Na continuação neste esquema procedimental, de larga utilização por décadas no Brasil, o ressegurador monopolista, efetivo “segurador” de muitos riscos a ele repassados com exclusividade e também com integralidade (era comum a Seguradora ceder 99,9000% da responsabilidade daquela determinada apólice ao ressegurador), passou a desempenhar funções que *não eram típicas de um ressegurador profissional*: (a) inspeção prévia de riscos para fins de aceitação do seguro, verificando as condições e os controles dos riscos (*loss control*) adotados pelos proponentes (deveria ser realizada para fins de *resseguro*, se fosse o caso, enquanto que

para a subscrição dos riscos caberia à Seguradora realizar a vistoria e não ao Ressegurador); (b) determinação das bases de aceitação dos negócios (taxas e condições de coberturas do *seguro direto*, enquanto que a operação era de *resseguro*); (c) regulação efetiva dos sinistros reclamados (com *pessoal técnico próprio* e muito tempo depois através de terceirizados); (d) litisconsórcio obrigatório legalmente determinado para o ressegurador monopolista, em processos judiciais (com amplo aparato e assistência do Departamento Jurídico do Ressegurador); (e) imposição de *retrocessão interna*⁷⁰ obrigatória. Este cenário perdurou de 1939 a 2008 no Brasil e determinou série de comportamentos *não típicos* em matéria de atividade resseguradora em face de outros mercados abertos e livres. A fase de transição atual caminha a passos largos no mercado brasileiro e de modo a amoldar o país às práticas internacionais. Não houve completa simetria até o momento, apesar de toda a evolução já conquistada. Foi previsto por muitos prazo mais longo, mas também não superior a dez anos. Aqueles com *expertise* internacional sinalizaram este período e de fato tudo tem demonstrado que estavam e continuam certos.

As Seguradoras têm buscado a especialização mais concentrada e nem todas elas podem ou desejam continuar a operação de maneira multiforme. Elas começam a desempenhar a sua tarefa-fim com maior tecnicidade: *a subscrição*, com precificação efetiva dos riscos. O Ressegurador entra nessa esfera, mas apenas com vistas no resseguro efetivo e não mais na operação própria do *seguro primário*, com raras exceções. Quando interfere desmedidamente é porque a Seguradora se mostra despreparada tecnicamente para lhe oferecer o risco já devidamente precificado. O ressegurador deve estabelecer tão somente as bases da participação dele no negócio, mas não do seguro em si, cuja tarefa *sempre foi* originalmente das Seguradoras, sendo que no longo período de monopólio elas abdicaram da prerrogativa, permitindo que a

⁷⁰ Por intermédio deste mecanismo de pulverização de riscos e retenção de divisas no país, o IRB – Instituto de Resseguro do Brasil - distribuía às Seguradoras e administrava parcela de riscos de determinados ramos, antes mesmo de retroceder os excessos ao Exterior, através da compra de resseguro internacional. Neste modelo monopolista, havia Seguradoras que *sequer operavam* em determinados ramos de seguros, mas mesmo assim recebiam parcela de prêmio devido à retrocessão interna sobre eles. Em razão deste mecanismo de pulverização de riscos a *especialização técnica* sobre aqueles determinados tipos de seguros passava longe da preocupação das Seguradoras.

atividade fosse esquecida por todas. Na pós-abertura elas estão retomando o controle da subscrição e esta atitude deve ser efetiva. Para a materialização completa desta situação típica, outros fatores se apresentam e se entrelaçam, *obrigatoriamente*:

- (i) as Seguradoras devem elevar a respectiva capacidade de *retenção de riscos*;
- (ii) para reterem mais, precisam *aportar capital*.

Não há paliativo para este novo cenário. Esses pontos são cruciais nessa mudança de modelo de *mercado fechado* para *mercado aberto*. Determinadas Seguradoras, inclusive, preferem deixar de operar em grandes riscos – p. ex., permanecendo concentradas apenas em seguros de massa, ao invés de se capitalizarem e expor o investimento em grandes operações como nos seguros de propriedades, riscos de engenharia, aeronáuticos, garantia. O tempo do monopólio e com igualdade de condições tanto para a grande seguradora pertencente ao grupo financeiro, como para a pequena seguradora regionalizada, *acabou*. O novo cenário é determinante para o investidor: ou ele deixa o setor de seguros ou ele se mantém e para isso deve se profissionalizar e se capitalizar rapidamente. Ainda que ele permaneça apenas em segmentos massificados, mesmo assim a sua atuação deverá estar pautada *pelas regras do novo mercado*, não mais igualitárias como elas eram encontradas durante o regime de monopólio. O resseguro, inclusive, passou a constituir, no novo mercado, ferramenta de natureza competitiva e, portanto, *estratégica*. Somente aquelas Seguradoras que desenvolverem bons e eficientes programas de resseguro poderão ser mais atuantes no mercado de seguro direto.

Enquanto esta fase transitória não se completar, o mercado nacional conviverá com os dois modelos: fechado e aberto. Os Resseguradores Internacionais, por conta disso, acabam protelando a prática dos procedimentos que usualmente administram em outros mercados livres. Agem, desta maneira, de forma mais reservada na concessão de capacidade plena de resseguro, assim como na transposição de novos produtos para o Brasil, o que de fato recrudesce o ritmo do avanço rumo ao desenvolvimento completo dos seguros no país, com perda significativa para os consumidores. Compete muito mais às Seguradoras modificarem este quadro, acelerando-o rumo ao avanço, do que aos próprios Resseguradores. Enquanto isso não acontecer eles exigirão maior controle

sobre os médios e grandes riscos para os quais eles ofertaram capacidades expressivas de resseguro. Em sobrevivendo sinistros, o controle se torna mais acentuado e perceptível. Esta fase tem gerado conflitos e desgastes, mas dificilmente serão superados se for mantido o mesmo cenário. Somente a partir do momento em que as Seguradoras demonstrarem plena tecnicidade nas suas operações e reterem *parcelas significativas* dos riscos submetidos aos resseguradores, cuja atitude agregará valor, inclusive moral nas operações e nos próprios riscos, a intervenção direta dos resseguradores recuará, sensivelmente. É assim que tem funcionado no resto do mundo e, nesta fase de transposição do velho para o novo cenário, os mesmos comportamentos já puderam ser observados em outros países.

Na contramão do processo, *indesejável* por todos que têm visão em prol do Brasil, seria a manutenção do *status quo*, o qual deve ter duração meramente *transitória*. Nessa linha do tempo e da evolução esperada, situam-se também outros pontos e que mereceriam a elaboração de texto próprio em face das respectivas especificidades: *riscos declinados*, p. exemplo. Deve haver profunda e necessária transformação neste aspecto, de todas as partes envolvidas, iniciando pelos próprios interessados, os proponentes dos seguros hoje declinados. O ressegurador monopolista assumia, na sua linha de compensação pela exclusividade, também os riscos mais expostos, apesar da falta de tecnicidade no tratamento deles pelos segurados, corretores de seguros e seguradoras. Os maus riscos eram compensados pela complexa e larga massa de bons riscos. Diante da abertura essa equação acabou. Os proponentes precisam melhorar a qualidade e a segurança dos seus riscos, os corretores precisam ser mais inventivos e buscar novos meios de aproximação e de oferta de negócios, como novos enfoques de segurabilidade - por exemplo - (seguros a *segundo risco* ou com participação efetiva do segurado em caso de sinistro e de modo a visar muito mais a cobertura para a ocorrência catastrófica insuportável do que a frequência de menor valor). Esses dispositivos podem ensejar a aceitação de riscos que hoje têm sido sistematicamente recusados pelas Seguradoras e pelo fato de que elas têm outro componente na sua administração e que não era fundamental e sequer exigível na plenitude para a continuidade das operações delas no período de monopólio: *os bons resultados do resseguro* e de modo a renovarem seus contratos e com elevação de capacidade, *continuadamente*. Não existe risco ruim

que possa ser melhorado ou transformado em bom risco através do resseguro. Os empresários, de todas as categorias, devem investir em gerenciamento de riscos, em controles, em segurança adequada, em melhorias efetivas dos seus riscos. Sem essa atitude não mais terão acesso aos seguros.

8. Situações outras que também podem gerar conflitos:

Determinadas situações, nem sempre perfeitamente recepcionadas pelos consumidores de seguros e tampouco pelo Judiciário, têm promovido discussões acerca de sua validade e não raras vezes são anuladas por sentenças e sob a condição de *abusivas e sem efeito*, na medida em que afrontam as bases essenciais dos contratos de seguros a que estão sujeitas. Este fenômeno não é exclusivo do Brasil e os diferentes mercados sofrem as interpretações jurisdicionais acerca da validade das cláusulas constitutivas dos contratos de seguros, de toda ordem.

8.1. No mercado externo

O ilustre doutrinador português Moitinho de Almeida indicou, em sua obra sobre o contrato de seguro e a nova lei de seguros portuguesa, vários exemplos de situações e todos eles provenientes de decisões judiciais do mercado europeu, notadamente França, Alemanha e Portugal. São eles⁷¹: a exclusão de tempestades de neve se tornou nula, na medida em que o contrato de seguro garantia a cobertura para tufões, ciclones, tornados e a ação direta de ventos fortes ou choque de objetos arremessados ou projetados por eles. O Judiciário de Portugal entendeu que em face da situação do imóvel segurado, em região sujeita à neve, o segurado podia esperar que o termo *tempestades* garantisse também *tempestades de neve*. Que tornem aleatório o direito à indenização, como a que faz depender o pagamento da indenização à condição de que o segurado apresente a “necessária documentação”. Nos seguros multirriscos a exclusão para a reparação de danos acusados por curto-circuitos ou sobretensão, mesmo quando sua origem se encontrava num relâmpago. Também, toda sorte de *cláusulas surpresa* são vedadas e anuláveis pela legislação europeia. Moitinho ressalta, ainda, que “em resultado de

⁷¹ ALMEIDA, J. C. Moitinho de. *Contrato de Seguro: estudos*. Coimbra: Coimbra, 2009, p. 86 e segs.

cláusulas de exclusão ou limitativas, a cobertura fique aquém daquela com que o tomador do seguro podia de boa fé de contar, tendo em consideração o objecto e a finalidade do contrato, tais cláusulas são nulas”⁷². Apesar da homogeneidade dos riscos perseguida pela Seguradora e em face da higidez da carteira, muitas vezes visando o equilíbrio das prestações, mesmo assim as legislações europeias têm tipificado como nulas as cláusulas com teor que afetem o objeto da cobertura do contrato e em prol dos consumidores tão somente.

8.2. No mercado brasileiro

Além dos exemplos já citados neste texto outras situações são encontradas no dia a dia do mercado nacional, apesar de nem todas elas terem sido ainda objeto de apreciação judicial. São elas:

(a) Em seguros de Responsabilidade Civil de Obras em Construção (do ramo RC Geral ou da Seção RC do Seguro de Riscos de Engenharia) quando acobertarem os riscos provenientes das *fundações* (aberturas de galerias, rebaixamento de lençol freático, estaqueamento e afins) e houver a *exclusão* para os danos a terceiros provenientes de “deslizamento, movimentação ou acomodação de terra, assim como de vibrações”.

(b) Em Seguros de *Property* e Lucros Cessantes – a condição de a indenização ficar condicionada exclusivamente ao fato de o segurado reconstruir a sua fábrica ou o empreendimento segurado que foi atingido por danos materiais e que sofreu avarias, *no mesmo local em que se encontrava* e em determinado espaço de tempo. A determinação deverá levar em conta, *sempre*, a possibilidade real de o imóvel poder ser reconstruído no mesmo local, mas não poderá invalidar o direito à indenização em razão, p.ex., da legislação vigente por ocasião do sinistro, a qual poderá impedir a referida reconstrução, uma vez cessada a operação em função do sinistro com danos materiais ocorridos (alteração do zoneamento urbano e situações afins). Deve ser permitido, nesta hipótese, o fato de o prédio ser reconstruído em outro local. Não poderão ser descartadas,

⁷² ALMEIDA, J. C. Moitinho de. Op. cit., p. 99.

também, as hipóteses de o segurado desejar reconstruir a sua fábrica em outro local: Município ou Estado diferente dos originais em face de incentivos fiscais que ele auferirá com esta transferência ou em razão de vantagens logísticas (mais próximo de porto, ferrovia; existência de maior número de mão de obra especializada; etc.), e, ainda, em outro país (na zona do Mercosul, p.ex.). O *interesse segurado* deve prevalecer em face das situações que se apresentarem e sendo perfeitamente justificáveis sempre que elas não alterarem os limites máximos de indenização garantidos pelas apólices.

(c) Comercialização de produtos de seguros para *situações de riscos* que podem ensejar confusão no entendimento do consumidor que os adquire. Este tópico tem vários desdobramentos e nem todos apresentam fácil solução prática de modo a evitar completamente a repetição dos conflitos existentes. A informação adequada e a transparência total são deveres-anexos na atualidade e o mercado de seguros deve atender de forma precisa essas normativas. Aquela posição atomizada na letra do contrato apenas não resolve a situação e, ao contrário disso, ela amplia o problema, sempre que é suscitada. Os seguros não são sobejamente conhecidos no Brasil e não fazem parte, ainda, da cultura do povo. Por esta razão se agiganta o dever de informar para as Seguradoras e elas devem exercer esta obrigação da melhor forma possível, sempre. Não podem dar margem ao erro, à interpretação extensiva e tampouco podem permitir a dúvida no ato da comercialização de seus produtos de seguros. As Seguradoras vendem *garantia*. Transmitem *confiança*, portanto. Devem existir lealdade e boa-fé na relação securitária. A *expectativa de cobertura* criada no consumidor leigo em seguros é algo que deve ser especialmente apreciado pelo mercado segurador e, sempre que for possível, deverá ser promovido o *esclarecimento pronto*, ainda que o ato frustrasse completamente a compra e a venda do seguro, lembrando que a frustração da expectativa, se ela não for perfeitamente justificável, pode gerar responsabilidade por perdas e danos havidos. Na lição de Judith Martins-Costa, a “geração de expectativa legítima cuja manutenção pode constituir um dever jurídico (dever de manter a confiança suscitada)”⁷³. Para Fernanda Barbosa, resumindo o pensamento aqui expresso,

⁷³ MARTINS-COSTA, Judith. *Princípio da Confiança Legítima e Princípio da Boa-Fé Objetiva*. Separata da Revista dos Tribunais. v. 852, p. 85-126, São Paulo: RT, 2006, p. 98.

“o papel instrumental do dever de informar, o qual é exigido não por constituir um valor em si mesmo, senão como forma de possibilitar o alcance de outros direitos, tais como uma contratação equilibrada – na qual as partes tenham assegurada sua vontade real -, a utilização de produtos e serviços de forma adequada e segura e, finalmente, a prevenção e reparação de danos”⁷⁴.

Neste contexto, já surgiram situações de toda ordem em sede de seguros, sendo que algumas delas foram também submetidas às Cortes de Justiça do país. Exemplos: na Apelação Cível 2007.039489-8, da 3ª Câmara Civil do TJ-SC (Tribunal de Justiça de Santa Catarina), ocorreu decisão emblemática em matéria de contrato de seguro. O Tribunal manteve sentença da Comarca de São José que condenou a Seguradora ao pagamento de R\$ 90 mil de indenização por danos morais e materiais ao segurado, devido à negativa de cobertura por um incêndio involuntário em sua residência. A Seguradora foi obrigada a pagar R\$ 50 mil pelos danos morais e R\$ 40 mil pelos prejuízos materiais. Ficou provado nos autos que a Seguradora havia vistoriado o local do risco e que ela recebera integralmente o prêmio determinado por ela. Durante o processo, a Seguradora argumentou que o contrato de seguro celebrado pelas partes *excluía a cobertura* de incêndio residencial em “imóveis localizados em favelas”. Segundo os autos, os danos não se relacionaram à violência urbana, mas tão somente a uma ocorrência involuntária, possível de acontecer em qualquer localidade – favela ou não. A relatora do processo, desembargadora Maria do Rocio Luz Santa Ritta, considerou absurda e preconceituosa a contestação da Seguradora. Para o Tribunal, segundo o relatório da desembargadora, se havia limitações no contrato de seguro, ou mais precisamente na política de aceitação da Seguradora, se mostrou como atitude incorreta a empresa firmá-lo, receber os pagamentos do prêmio e negar a posterior indenização, com base nas referidas restrições. “Não é esse o tratamento que merece um cidadão que, mesmo com humildes rendimentos, cumpre suas obrigações e paga o prêmio, nem é correto negar que alguém assim tratado suporte abalo moral indenizável”, aduziu a magistrada, sendo acompanhada de forma unânime pelos demais julgadores do caso.

⁷⁴ BARBOSA, Fernanda Nunes. *Informação: direito e dever nas relações de consumo*. São Paulo: RT, 2008, p. 102.

Outras situações peculiares, mas que não tiveram até o momento qualquer tipo de decisão jurisdicional a respeito, até porque não foram submetidas ao Judiciário, podem ser assim identificadas:

(d) Em seguros residenciais ou comerciais – a cobertura relativa ao risco de *desmoronamento* ficando determinado no texto da apólice que o evento garantido pelo seguro refere-se apenas àquele decorrente *exclusivamente do incêndio* que atingiu o imóvel segurado. Desta forma, se o imóvel desmoronar por qualquer outra causa - *alagamento – água de chuva – deslizamento de terra* - entre outros fatores afins – o seguro não garantirá os danos advindos. Esta conceituação é extremamente sujeita a conflitos e provenientes da possível má interpretação do segurado, notadamente pelas sutilezas das situações, ou seja, o evento “desmoronamento” - na sua concepção ampla, pode se apresentar como o *objeto principal do interesse segurável*, notadamente para aqueles proponentes que habitam regiões especialmente expostas a este tipo de ocorrência. As Seguradoras nacionais usualmente comercializam o mesmo produto de seguro em todo o território nacional, sem qualquer diferenciação acerca das especificidades regionais encontradas no Brasil, cujas variações são enormes. Providencial verificar o comportamento já experimentado em outros países acerca de situação semelhante, assim como foi retratado no subitem 8.1 deste mesmo tópico.

(e) Seguro de Diárias por Incapacidade Temporária – DIT – Este seguro garante rendimentos em caso de imprevistos que afasta o profissional do trabalho. As diárias usualmente são pagas de acordo com o valor contratado, a partir do décimo sexto dia de afastamento das atividades e devido a doenças ou acidentes pessoais cobertos pela apólice de Seguro de Vida e Acidentes Pessoais. Ocorrem situações nas quais o seguro DIT é ofertado e aceito pelo proponente e, quando do aviso do sinistro, ao constatar que o profissional desempenha atividade de maneira *informal* e, portanto, sem qualquer registro funcional ou trabalhista, a Seguradora nega o pagamento da indenização.

9. Conclusão

Parece não haver dúvida de que a instituição do seguro é desejável e extremamente salutar para a sociedade humana e sob vários aspectos, mas especialmente *econômicos e sociais*. Não há, até o momento, ferramenta mais eficaz de prevenção, proteção e segurança para os cidadãos. O seguro oferece, de fato, *tranquilidade* a quem o contrata. Esta prestação, oferecida de imediato pela Seguradora e condicionada à contraprestação representada pelo pagamento do prêmio pelo segurado, determinam a *comutatividade* do contrato de seguro, pautado extremamente na *boa-fé* das partes celebrantes. *Transparência* absoluta requerida: no fornecimento, pelo Proponente, das informações para a análise dos riscos e na oferta do produto securitário pela Seguradora (bases de coberturas, exclusões, valor do prêmio – da comissão de corretagem – dos encargos incidentes – outros pontos). As *expectativas*, forjadas pela confiança mútua, devem ser cumpridas, *ainda que se protraiam no tempo*.

Em face das premissas enunciadas deste tópico, fica evidente que não é desejável que o mercado segurador sucumba e se enfraqueça diante de possível *enxurrada* de demandas judiciais e extrajudiciais contra ele e tampouco que todas as *obrigações sociais* não perfeitamente resolvidas pelo Estado (*Welfare State* ou Estado Social), *apesar da onerosa e pesada carga tributária que recai sobre os cidadãos brasileiros*, sejam cumpridas exatamente por ele, na medida em que o governo se mostra inapto na gestão dos recursos públicos. Ao contrário disso, se espera que as Seguradoras se fortaleçam durante a sua existência, de modo a poderem honrar e liquidar as suas obrigações, *prontamente*. Esta tarefa tem sido cumprida pelo mercado segurador nacional, apesar dos problemas periféricos que assolam o dia a dia, alguns deles comentados neste texto.

A produção do mercado segurador tem alcançado índices expressivos e tende a se expandir ainda mais, para o bem de todas as partes envolvidas neste segmento múltiplo. A *qualidade na prestação dos serviços* ainda não alcançou o *grau máximo* que

pode e que deve chegar e este é o ponto crucial para o presente e futuro próximo. Não há paliativos diante desse serviço de natureza essencial e fundamental para a sociedade. Através da *especialização concentrada* o mercado poderá alcançar a excelência requerida para a atividade. Não há como permanecer com viés amadorístico. A meta deve ser a do *profissionalismo máximo*.

O consumidor de seguros não pode permanecer à mercê de práticas não adequadas, na medida em que as falhas somente são percebidas no momento do infortúnio, em sobrevivendo o sinistro. A *qualificação máxima dos profissionais* do setor é *conditio sine qua non* para ser alcançada a *meta da excelência na prestação dos serviços securitários*, em todos os níveis e categorias profissionais envolvidas: *seguradores, resseguradores, corretores e agentes de seguros, reguladores de sinistros, advogados da área securitária, gestores de riscos, peritos, funcionários públicos das agências reguladoras*.

A regulamentação excessiva e despropositada do Estado, notadamente no âmbito *contratual* do setor, não pode ser escudo para cobrir todas as falhas existentes, apesar de muitas delas realmente provirem desse dirigismo exacerbado e nem sempre especializado, paradoxalmente conduzindo o mercado para a prática de situações que prejudicam os consumidores de seguros e algumas delas explicitadas neste texto. A representatividade econômica do mercado segurador em face de seu volume de provisões técnicas que alavancam a economia em várias vertentes, além do poder reconstrutivo que o seguro apresenta em face dos infortúnios de toda ordem, são suficientemente claros e constitutivos de pressupostos suficientes de modo a impedirem que o Estado avance em área que não tem domínio e nem mesmo a sociedade espera e conclama que ele continue intervindo como tem feito. Questão política, portanto, de fácil solução prática e saneadora. Qualquer governante pode entender as reivindicações neste sentido, uma vez que as justificativas são técnica e juridicamente fundamentadas. As funções do Órgão Regulador, criadas em 1966 no Brasil, precisam ser revistas na essência, em face da contemporaneidade. A preservação da higidez do sistema e a sua manutenção plena constituem o foco regulatório e fiscalizatório hoje, em prol da mutualidade de consumidores de seguros e não a imposição de bases contratuais *padronizadas* em contratos de seguros. O modelo está vencido, há décadas.

Dentro da visão reconstrutiva do direito civil, cuja doutrina procura “recodificar” a força unívoca do Código Civil, desponta a crítica sobre a individualização das demandas em sede securitária e cujo fenômeno, em princípio, prejudica a estabilidade do sistema nacional de seguros. Para Timm, advogando essa linha de pensamento, “a ineficiência do ambiente institucional Judiciário, influenciado pela ótica solidarista em maximizar a resolução das demandas da sociedade por meio do direito privado pode acarretar mais prejuízos do que benefícios”⁷⁵. Fala-se também, no meio de determinados ciclos de operadores do direito em defesa das seguradoras, da “judicialização” do contrato de seguro. Sobre as teses aqui demonstradas longo texto poderia ser elaborado, além de tudo o que já foi retratado e reproduzido *retro*, mas não é este o escopo deste trabalho. *Data vênia*, quando o Judiciário invalida cláusulas contratuais de exclusão de cobertura com flagrante abusividade contra os consumidores, não há como festejar e pretender perpetuar o *pacta sunt servanda*, construído que foi em outro momento histórico e em contraponto a outros tipos e contextos de arbitrariedade, quando então, passou a valer o que estava escrito com força de lei entre as partes, num avanço *contra a individualização* das regras impostas pelo mais forte, *o rei* deposto pela Revolução Francesa. O momento histórico nacional é outro e o estágio de desenvolvimento tecnológico do mercado segurador nacional também não é de excelência. Essas premissas precisam ser consideradas, pois que elucidam o cenário decisório e formador de opinião. O Judiciário não está tratando com partes iguais, na maioria dos casos a ele submetidos. As regras que fundamentam o seguro e as relações com os consumidores não são ainda utilizadas de maneira maximizada. É preciso conhecer e entendê-las completamente para poder atribuir juízo de valor a respeito. Seria necessário, para validar completamente os clausulados, que todas as práticas fossem perfeitamente técnicas e que as partes contratantes estivessem num mesmo nível de entendimento sobre os interesses segurados e o espelho deles refletidos concretamente na apólice de seguro. Não é isso que acontece, não raras vezes. Não pode ser validada aquela cláusula espúria que exclui a morte provocada por aborto espontâneo, intoxicação alimentar ou choque anafilático no seguro de vida, apenas porque o atuário, completamente apartado

⁷⁵ TIMM, Luciano Benetti. *O Novo Direito Civil: ensaios sobre o mercado, a reprivatização do direito civil e a privatização do direito público*, Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2008, p. 129.

do campo do Direito e de sua realidade sistemática, assim desejou e elaborou o programa de seguro por ele arquitetado. Não é razoável. Não é lógico, inclusive. Seria em princípio admissível, na mesma situação aqui exemplificada, o fato de a Seguradora apresentar ao proponente do seguro a possibilidade dele contratar o referido seguro *com* ou *sem* essas exclusões pontuais, diferenciando também o preço do seguro para ele. Isto seria o padrão técnico de excelência no setor securitário. Isto representaria a materialização exata da *transparência da oferta* e da prestação do serviço securitário, conforme prescreve o CDC. Nenhum desses procedimentos requer amplo aparato burocrático, administrativo e de controle por parte da Seguradora. Os procedimentos são perfeitamente exequíveis, portanto, e com a utilização do mesmo número de profissionais envolvidos na elaboração daquele clausulado viciado no âmbito da proteção do consumidor. Para Lorenzetti, “a segurança jurídica é essencial para o funcionamento do contrato”⁷⁶. As partes devem se obrigar mutuamente e com *corresponsabilidade*, cada qual dentro de suas atribuições que lhe são próprias, comprometendo-se com a perfeição do contrato e sua fluidez. Dificilmente o consumidor leigo em seguros e que contrata uma apólice de vida se atentará para a *particularidade* de que a morte causada por aborto, intoxicação alimentar ou choque anafilático estará textualmente excluída da garantia do referido seguro, até porque nem sempre, pela prática usual do mercado segurador nacional, os textos de coberturas são apresentados integralmente durante as tratativas iniciais da contratação. “Em outras palavras, a declaração negocial pela qual alguém aceita determinada proposta é, em larga medida, uma ‘declaração de confiança’ no sentido de que, fiado na expectativa gerada pela proposta, alguém aquiesce aos seus termos”⁷⁷. O CDC colmata essa ideia ao afirmar no seu art. 46 que os consumidores não estarão obrigados se não lhes for dada a oportunidade de tomar conhecimento prévio do conteúdo dos contratos ou se os respectivos instrumentos forem redigidos de modo a dificultar a compreensão de seu sentido e alcance (ver REsp 268.642/SP). O brasileiro, em regra, não conhece seguro,

⁷⁶ LORENZETTI, Ricardo Reis. *Tratado de los Contratos*. Parte General. Santa Fé: Rubinzal-Culzoni, 2004, p. 132.

⁷⁷ TUTIKIAN, Priscila David Sansone. *O Silêncio na Formação dos Contratos: proposta, aceitação e elementos da declaração negocial*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2009, p. 53.

até porque não é da cultura do país este tipo de prevenção e garantia, acentuadamente. Desta forma, enquanto o estágio de entendimento sobre o seguro for precário entre os consumidores nacionais, a Seguradora tem a função dupla no trato com o seu produto-fim: além de esclarecer de maneira minuciosa o consumidor acerca dos produtos ofertados a ele, deve elaborar as bases contratuais de forma extremamente clara e objetiva, com todo o rigor técnico necessário. Sob a égide do Direito Civil, *tão somente*, o mercado segurador também existiu e operou no Brasil, por longas décadas, e nem por isso alcançou pujança assim como adquiriu na contemporaneidade e já sob a luz dos *novos direitos e obrigações*, os quais passaram a lhe exigir muito mais responsabilidades na sua atuação profissional. Desta maneira, não parece proceder a afirmação de que o mercado tenha *mais prejuízos do que benefícios*, uma vez sendo instado a proceder conforme as boas práticas contratuais em face do direito consumerista, de natureza microssistemática. No estágio atual de desenvolvimento da sociedade brasileira, não há como privilegiar o Direito Civil com supremacia em detrimento dos consumidores. O retrocesso seria *inviabilizado* pelo ordenamento, inclusive em face da CF (art. 5º, XXXII). Inútil e árida a discussão, portanto. Para Nalini, “se a Constituição é um texto eminentemente principiológico, ela vai alterar toda a hermenêutica”⁷⁸. De maneira a colmatar o pensamento e a dialética aqui retratados, na lição sempre lúcida de Cláudia Lima Marques, “no Brasil de hoje, a construção de um direito privado com função social está a depender do grau de domínio que os aplicadores da lei conseguirem alcançar neste momento sobre o sistema de coexistência do direito do consumidor, do direito civil e direito empresarial ou comercial das obrigações”⁷⁹. O *diálogo das fontes* é o caminho e não há sinais de que possa haver retrocesso neste modelo hermenêutico.

O mercado de seguros tem a obrigação de ser especializado e extremamente profissional. Não há lugar para amadorismo na atividade. A produção volumosa de prêmios, por si só, não representa que ela esteja sustentada pela excelência técnica na

⁷⁸ NALINI, José Renato. (coord.) *Juízes Doutrinadores*. Campinas: Millennium, 2008, p. 49.

⁷⁹ MARQUES, Cláudia Lima. (coord.) *A Nova Crise do Contrato: estudos sobre a nova teoria contratual*. São Paulo: RT, 2007, p. 54.

oferta dos serviços securitários. De fato não está até o momento, embora esta realidade nem sempre seja determinada.

Quanto maior for o respeito para com os consumidores, representado pela oferta de produtos securitários estruturados de forma perfeitamente técnica e coerente, maior será o grau de aceitação deles, não só pelo público consumidor, como também e *por consequência* pelo Judiciário. O desequilíbrio, se de fato for existente, pode ser plenamente sanado pelo mercado segurador nacional, assim como outros mercados em outros países e em estágios diferentes do brasileiro já realizaram, com sucesso. A teoria geral aplicável ao seguro não pode ficar apartada da realidade de um país e na condição intocável de seus conceitos. Quando maior for a desigualdade maior será o intervencionismo exigível do Estado, notadamente do Judiciário em prol da parte mais vulnerável. Há certa falácia a respeito do que seria a *judicialização* do contrato de seguro no Brasil. Não há vácuo legislativo a respeito do seguro e justamente em razão dessa posição muitas vezes se exaltam de maneira contrária à sistematização do ordenamento e da promulgação de *lei única* sobre os seguros. Determinados procedimentos, contudo, desconectados da nova realidade jurídica, são de fato responsáveis pela condução de decisões judiciais muitas vezes extravagantes e nem sempre perfeitamente cabíveis dentro dos contornos da perfeita técnica do seguro. Mas as realidades sociais e jurídicas caminham juntas. A interpretação do contrato de seguro, portanto, passa por hermenêutica ampla. Na lição de Catalan, “a análise das intersubjetividades havidas na relação concretamente estabelecida ganha em importância, ainda, quando se compreende que o contrato deve ser lido a partir da historicidade que lhe é inerente, bem como, das funções que ele deve observar”⁸⁰. Não há nada de novo nisso, inclusive, em face do pensamento contratual vigente. Apenas *eticidade*, em face da vulnerabilidade dos consumidores, também os de seguros. A sociedade elegeu esses novos paradigmas e eles devem ser cumpridos. O seguro deve estar baseado na confiança plena. Para Senise Lisboa, “o valor supremo é a proteção da dignidade pessoal, sob a perspectiva de recolocação da pessoa no centro do ordenamento jurídico”⁸¹. É valor fundamental, portanto.

⁸⁰ CATALAN, Marcos. *A Morte da Culpa na Responsabilidade Contratual*. São Paulo: RT, 2013, p. 300.

⁸¹ LISBOA, Roberto Senise. *Confiança Contratual*. São Paulo: Atlas, 2012, p. 177.

Apesar da sistematização hermenêutica do ordenamento nacional, uma lei especial e catalizadora de todos os entendimentos já apontados pela doutrina mais refinada sobre contratos de seguros e confirmados pela jurisprudência seria bem recepcionada pelo sistema brasileiro. Principiológica e sem contornos limitadores da atividade e do contrato de seguro, poderia sepultar o pensamento contratual pretérito de vez. Não pode ser diferente disso, em prol dos consumidores de seguros do país.

Há completo otimismo nas perspectivas indicadas nos parágrafos anteriores e em face mesmo do potencial do mercado segurador brasileiro, em vários níveis. Em completa transição desde a abertura do resseguro promovida a partir de 2008, apesar de algum retrocesso governamental neste sentido logo após e que prejudica o consumidor, o mercado se renova a cada dia. O quadro de profissionais, na atualidade, muito mais jovem e com formação superior multidisciplinar, promoverá o desenvolvimento em curto espaço de tempo. A nova mentalidade dos jovens dirigentes, muito mais aberta para as exigências da atualidade e até porque foram inculpidas já sobre novos paradigmas determinantes da sociedade pós-moderna, fluirão rapidamente, preenchendo todos os espaços ainda ocupados por velhos conceitos, desgastados no tempo e na prática reiterada em desuso.

Desde a abertura do mercado de resseguro efetivada em parte a partir de 2008, o mercado tem se expandido e muito. A abertura teve viés protecionista interno, típico de país que viveu muitos anos apartado da realidade global. Com aparente dispositivo de proteção ao mercado nacional, na verdade ele mais reduziu os direitos dos consumidores do que imprimiu vantagens efetivas para eles. *Não há mercado de resseguro doméstico por excelência*. O resseguro, em face de suas funções específicas, tem caráter eminentemente *internacional*. Ele pulveriza riscos em vários mercados e de modo que nenhum país possa sofrer sozinho perdas de grande monta, notadamente em relação aos fenômenos naturais. O Brasil protegeu, na abertura do resseguro, os *resseguradores locais* através da imposição de reserva de negócios para eles, com oferta obrigatória de percentual expressivo⁸². Logo em seguida, o Governo determinou a

⁸² Conforme a Lei Complementar 126, de 15.01.2007, art. 11, deve haver a oferta obrigatória de 60% de cessão nos primeiros dois anos e 40% a partir do referido período. Apenas outra Lei Complementar poderá reduzir ou anular o referido percentual vigente.

diminuição do percentual de cinquenta para vinte por cento da *retrocessão*⁸³ intergrupo (quando há identidade entre seguradora e resseguradora no mesmo conglomerado financeiro sediado no exterior)⁸⁴. Esta determinação, para a retrocessão, se mostrou prejudicial em face dos direitos dos consumidores. Muitas seguradoras internacionais que operam no Brasil e que também têm o braço de resseguro aqui, tinham iniciado a transferência de novos programas de seguros ao país, já com a garantia da capacidade de resseguro: *seguros ambientais*, por exemplo. Diante dessa determinação extemporânea, a capacidade de oferta diminuiu de pronto e produtos deixaram de ser comercializados, além do interesse pela transposição de novos segmentos ao Brasil que também ficou abalado. A mudança das “regras do jogo” em curto espaço de tempo gera insegurança jurídica nos investidores internacionais e não pode ser vista como positiva para os consumidores de seguros do país. Afirmar que o Brasil se beneficiou diante da instalação de maior número de empresas resseguradoras estrangeiras no país e na condição de “locais”, também é relativa e sob vários aspectos: capital segregado no país; representação reduzida localmente, com supremacia das decisões mantidas nas matrizes estrangeiras; submissão dos negócios ao aceite das matrizes; operações locais puramente comerciais ou de angariação de negócios; entre outros fatores. Criar este arcabouço jurídico-operacional, o qual importou em maior trabalho e controle por parte das seguradoras nas operações de resseguro⁸⁵ e visando tão somente a proteção dos interesses do ressegurador estatal, antes monopolista, e dos seus acionistas privados, não pode ser aplaudido como algo extraordinário e de relevância para o desenvolvimento do mercado nacional de seguros e de resseguro. Acresce o fato de que as seguradoras acabam transferindo seus excedentes às suas empresas internacionais, mas por intermédio de resseguradores locais, cuja operação pode onerar o prêmio do seguro *desnecessariamente* ao embutir, portanto, o custo-Brasil, cuja constante prejudica os consumidores-segurados, os quais acabam tendo de saldar mais esta conta, sempre que

⁸³ Retrocessão – operação representada pela transferência feita de um ressegurador para o outro de parte de suas responsabilidades assumidas.

⁸⁴ Através da Resolução CNSP 232, de 25.03.2011.

⁸⁵ As Seguradoras podem ser fiscalizadas e até multadas pela Susep se não promoverem a oferta obrigatória aos Locais.

ela se apresentar. Não é necessária esta limitação, portanto. Ela mais prejudica do que beneficia os consumidores de seguros diretos no país, pois que onera os custos e desestimula a criação de novos produtos que são comercializados com sucesso lá fora. A medida, convém repetir, foi tomada de modo a beneficiar o *ressegurador estatal*, ainda persistente no país mesmo com a abertura promovida a partir da Lei Complementar 126/2007, apesar da *internacionalidade* do resseguro e do fato de que a atividade deve ser exercida e promovida *primordialmente* pela *iniciativa privada*. Ao Estado cabem outras *obrigações constitucionais* não ainda resolvidas de maneira integral no Brasil e voltadas basicamente à *educação, saúde e segurança*. O resseguro, com toda a certeza, não é atividade que necessite de orientação e tampouco de concorrência estatal.

A abertura do mercado de resseguro, de forma ampla, é condição essencial para o amadurecimento e o desenvolvimento pleno do mercado segurador nacional. O tempo da tutela estatal acabou. Na lição de Alexandre Aragão “a regulação deve ser apta a produzir mudanças efetivas e concretas na realidade”⁸⁶, sem interferir nas práticas usuais de cada segmento, ainda que elas indiquem o caminho da internacionalidade. O que importa, de fato, é a melhoria atingir os interesses *de todos os cidadãos*. Não há como criar um modelo de mercado de resseguro exclusivamente brasileiro. O Estado não deve intervir na operação em si e menos ainda operar *ativamente* em seguros e resseguros. A intervenção desmedida e não especializada mais prejudica do que auxilia e os consumidores de seguros perdem com isso. Seria produtivo que o governo se recolocasse diante da realidade nacional do resseguro, depois de quase setenta anos de monopólio (1939-2008), permitindo que o setor buscasse o seu próprio caminho e pudesse expandir vertiginosamente no Brasil, nos próximos anos, assim como foi projetado quando do início do processo de abertura.

Ajustes deverão ser empreendidos, não só na legislação e na regulamentação do resseguro, mas também e primordialmente na atividade seguradora do país começando pela atribuição de *novas funções* ao Órgão Regulador, sendo que as atuais se perderam no anacronismo do tempo, mais prejudicando do que auxiliando os consumidores na

⁸⁶ ARAGÃO, Alexandre Santos de. *Agências Reguladoras e a evolução do direito administrativo econômico*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Forense, 2013, p. 115.

atualidade. O Estado deve convencer, persuadir e conduzir os seus regulados, mas não deve impor regras procedimentais de maneira arbitrária e desconectadas com a realidade: *social, econômica, tecnológica e jurídica*. Na lição de Elizete Lanzoni, “o Estado provedor já não existe mais e o esforço de manter as diretrizes da ordem econômica neoliberal também resta insuficiente para estabelecer a governabilidade”⁸⁷. Há que existir participação ativa do sistema segurador na reformulação das bases regulatórias do mercado e propondo, inclusive, a efetiva Agenda neste sentido. As propostas devem contemplar também a atribuição de novas funções à Susep ou para a Agência que vier a substituí-la, sendo que a visão do Poder Público deve ser muito mais universal e buscar, de fato, *os interesses dos consumidores de seguros do país*. A Susep não pode ficar a serviço dos interesses dos seguradores de forma primordial e, a partir deste pressuposto, ela deve executar políticas de natureza democrática e voltadas para a proteção dos consumidores de seguros. O controle e a regulação devem ser pautados pela preservação da higidez do sistema e em face da proteção dos consumidores de seguros, *exclusivamente*. O redimensionamento das funções do Órgão Regulador, mais precisamente da Agência Reguladora na sua concepção plena, e com participação ativa da sociedade civil organizada na sua composição diretiva e consultiva, deve ser realizado de tal modo que não possa “representar uma trincheira de conservadorismo e de reação a novas ideias”⁸⁸, de forma alguma.

As bases encontradas no pensamento contratual dos anos sessenta e assentadas no Decreto-Lei 73/66 não podem mais prevalecer, caso o mercado deseje, de fato, se modernizar. A Susep não pode mais ter hoje as funções que ela tinha naquela época e outras tantas necessitam ser mais bem especificadas na contemporaneidade: *fiscalização adequada e com poder de polícia bem definido em face das entidades que se apresentam como operadoras de seguros e que de fato não são*, constitui exemplo marcante dessa modificação legislativa. Os consumidores não podem ficar à mercê da legislação claudicante neste sentido. A Susep tem o dever de intervir e de interceptar

⁸⁷ WOLKMER, Antonio Carlos. VERAS NETO, Francisco Q. LIXA, Ivone M. (orgs.) *Pluralismo Jurídico: os novos caminhos da contemporaneidade*, 2ª ed. São Paulo: Saraiva, 2013, in ALVES, Elizete Lanzoni. A administração pública e a revitalização social sob a ótica do pluralismo jurídico – p. 299-309.

⁸⁸ CORDEIRO, António Menezes. *Direito dos Seguros*. Coimbra: Almedina, 2013, p. 282.

este tipo de atividade, de modo a proteger de fato os consumidores. Não pode haver dúvida ou lacuna a este respeito na legislação pertinente. O interesse público está em xeque diante dessa rede de aproveitadores que se instalou no Brasil, nos últimos anos e de forma exponencial. A Susep precisa ter poder de polícia insofismável a respeito, de modo a poder agir com presteza.

O contrato de seguro deve ter *transparência absoluta*. As Seguradoras *são obrigadas* a atingir este nível de exigência. As Seguradoras devem operar embasadas na técnica subjacente ao segmento, sem paliativos. O *risco negocial* não pode ser transferido aos segurados consumidores se a técnica ou as ferramentas adequadas e conformes - *não forem observadas e utilizadas*. Há concepção de *lealdade horizontalizada* nessas exigências, pautada na boa-fé que imanta as partes celebrantes. “A compreensão mútua mostra que a boa-fé não exige lealdade a algum relacionamento não-identificado, e sim apenas lealdade à própria promessa – a fiel execução das promessas mútuas que as partes, tendo chegado a entender seus objetivos *separados*, decidiram trocar”⁸⁹.

Na contemporaneidade não há mais mistério a respeito do fato de que se o Estado não cumprir todas as suas obrigações, a esfera privada acaba sendo instada a complementar ou mesmo a realizar a obrigação daquele. Justo ou injusto o aforismo, ele tem prevalecido. A atividade seguradora, neste aspecto, está especialmente vinculada e exposta, sem aparente possibilidade de existir retrocesso favorável a ela, pelo menos nas próximas décadas ou até o país poder de fato galgar o patamar de nação desenvolvida. A jornada, portanto, será ainda longa e requer preparação de modo a mitigar perdas, da melhor forma possível. Na lição lúcida de Boaventura de Souza, “o espaço privado deixou de ser o limite do político para se transformar num dos campos do político”⁹⁰. O Estado, portanto, não abdicará da atividade seguradora privada, na medida em que ela preenche muitas lacunas deixadas por ele e até mesmo de forma catalizadora, sem que a sociedade tenha total percepção dessa realidade. “A atitude intervencionista referida tem conduzido a uma multiplicação das limitações à liberdade contratual nas modernas

⁸⁹ FRIED, Charles. *Contrato como Promessa*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008, p. 113.

⁹⁰ SANTOS, Boaventura de Sousa. *Se Deus fosse Activista dos Direitos Humanos*. Coimbra: Almedina, 2013, p. 94.

legislações”⁹¹ e muito fortemente *pautada no interesse coletivo*, acima daqueles meramente individualizados.

O Mercado Segurador deverá elaborar Agenda em face da promoção do desenvolvimento que ele deverá alcançar, *em curto espaço de tempo*, e, *necessariamente*. Não há paliativo, portanto, para esta necessidade premente.

Todas as categorias profissionais que operam no mercado – *deverão se especializar*, de modo a atingirem o *grau máximo de profissionalismo*. Aqueles que não aderirem a este movimento deverão ser suplantados por outros, naturalmente. Não há mais espaço para *amadores* neste segmento de importância vital para a sociedade. Promovida a *especialização máxima*, todos os problemas hoje encontrados serão minimizados, se não eliminados. Este é o caminho, sem volta e sem desvio.

⁹¹ REGO, Margarida Lima. (coord.) *Temas de Direito dos Seguros: a propósito da nova lei do contrato de seguro*. Coimbra: Almedina, 2012, in TELES, Joana Galvão. Liberdade contratual, e seus limites – Imperatividade Absoluta e Imperatividade Relativa, p. 103-141.

10. Referências bibliográficas

- AGUIAR, José Silva. *Responsabilidade Civil: a culpa, o risco e o medo*. São Paulo: Atlas, 2011.
- ALMEIDA, Carlos Ferreira de. *Contratos III – Contratos de Liberalidade, de Cooperação e de Risco*. Coimbra: Almedina, 2012.
- ALVES, Francisco Luís F. Ribeiro. *Direito dos Seguros: Cessaçãõ do Contrato. Práticas Comerciais*. Coimbra: Almedina, 2013.
- BARBOSA, Fernanda Nunes. *Informaçãõ: direito e dever nas relações de consumo*. São Paulo: RT, 2008.
- BAUMAN, Zygmunt. *Vida para Consumo: a transformaçãõ das pessoas em mercadoria*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.
- BECK, Ulrich. *Sociedade de Risco; rumo a uma outra modernidade*. 2ª ed. São Paulo: Ed. 34, 2011.
- BRANDON, Lawrence G. *Deixa a trombeta soar: a indústria de seguro no século XXI*. Rio de Janeiro: Funenseg, 2001.
- CALIXTO, Marcelo Junqueira. *A Responsabilidade Civil do Fornecedor de Produtos pelos Riscos do Desenvolvimento*. Rio de Janeiro: Renovar, 2004.
- CAPILONGO, Celso Fernandes. *O Direito na Sociedade Complexa*. 2ª ed. São Paulo: Saraiva, 2011.
- CARDOZO, José Eduardo M. QUEIROZ, João Eduardo Lopes. SANTOS, Márcia Walquíria Batista dos. (coords.). *Direito Administrativo Econômico*. São Paulo: Atlas, 2011, in *As Agências Reguladoras no Direito Positivo Brasileiro*. MARQUES NETO, Floriano Peixoto de. FERNANDES, Luís Justiniano de Arantes.

CATALAN, Marcos. *A Morte da Culpa na Responsabilidade Contratual*. São Paulo: RT, 2013.

CAVALIERI FILHO, Sergio. *Programa de Responsabilidade Civil*. 11ª ed. São Paulo: Atlas, 2014.

CHIAPPORI, Pierre-André. *Risco e Seguro*. Lisboa: Instituto Piaget, 1997.

COELHO, Bernardo Bichara Faria. Por um Novo Paradigma Regulatório – p. 37-54, in *Revista Brasileira de Seguro e Risco* n. 15, v. 8, Rio de Janeiro: Funenseg, nov. 2012/abr. 2013.

CORDEIRO FILHO, Antonio. *Cálculo Atuarial Aplicado: teoria e aplicações*. São Paulo: Atlas, 2009.

CORDEIRO, António Manuel da Rocha e Menezes. *Da Boa Fé no Direito Civil*. 2ª reimp. Coimbra: Almedina, 2001.

_____. *Direito do Seguro*. Coimbra: Almedina, 2013.

DERANI, Cristiane. *Privatização e Serviços Públicos: as ações do Estado na Produção Econômica*. São Paulo: Max Limonad, 2002.

DUARTE JÚNIOR, Ricardo. *Agência Reguladora, Poder Normativo e Democracia Participativa: uma questão de legitimidade*. Curitiba: Juruá, 2014.

FERREIRA, Rogério M. Fernandes. MESQUITA, João. *A Parafiscalidade da Actividade Seguradora*. Coimbra: Almedina, 2012.

FIGUEIREDO, Nelson Lopes de. *O Estado Infrator*. Belo Horizonte: Fórum, 2012.

FRADA, Manuel António de Castro Portugal Carneiro da. *Teoria da Confiança e Responsabilidade Civil*. Coimbra: Almedina, 2007.

FRIED, Charles. *Contrato como Promessa*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

GONÇALVES, Carlos Roberto. *Responsabilidade Civil de acordo com o Novo Código Civil*. 15ª ed. São Paulo: Saraiva, 2014.

GUERRA, Sérgio. (org.) *Regulação no Brasil: uma visão multidisciplinar*. Rio de Janeiro: FGV, 2014.

KELSEN, Hans. *Teoria Pura do Direito*. 6ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

LARRAMENDI, Ignacio Hernando de. Observações sobre o futuro do seguro privado. *Revista do IRB* n. 161, Rio de Janeiro: 1967.

LISBOA, Roberto Senise. *Confiança Contratual*. São Paulo: Atlas, 2012.

LORENZETTI, Ricardo Reis. *Tratado de los Contratos*. Parte General. Santa Fé: Rubinzal-Culzoni, 2004.

MACEDO JR., Ronaldo Porto. *Contratos Relacionais e Defesa do Consumidor*. 2ª ed. São Paulo: RT, 2007.

MARQUES, Claudia Lima. MIRAGEM, Bruno. *O Novo Direito Privado e a Proteção dos Vulneráveis*. São Paulo: RT, 2012.

MARQUES, Claudio Lima. (coord) *A Nova Crise do Contrato: estudos sobre a nova teoria contratual*. São Paulo: RT, 2007.

MARTINS-COSTA, Judith. *Princípio da Confiança Legítima e Princípio da Boa-Fé Objetiva*. Separata da Revista dos Tribunais. v. 852, p. 85-126, São Paulo: RT, 2006.

MATTEDI, Milton Carlos Rocha. *Estado de Exceção e Pluralismo Político: Schmitt, Agamben e Arendt*. Belo Horizonte: Arraes, 2013.

MELLO, João Manuel Cardoso de. NOVAIS, Fernando. *Capitalismo tardio e sociabilidade moderna*. 2ª ed. Campinas: Unesp e Facamp, 2009.

MIRAGEM, Bruno. *Abuso do Direito. Proteção da Confiança e Limite ao Exercício das Prerrogativas Jurídicas no Direito Privado*. Rio de Janeiro: Forense, 2009.

_____. *Direito Bancário*. São Paulo: RT, 2013.

_____. O contrato de seguro e os direitos dos consumidores, *Revista de Direito do Consumidor – RDC – 76*, São Paulo: RT, outubro-dezembro 2010.

MOURA JR., Paulo Leão de. Mais serviço, menos controle. in *Jornal Nacional de Seguro*. n.º 258, São Paulo, janeiro de 2014.

NALIN, Paulo. *Do Contrato: conceito pós-moderno – em busca de sua formulação na perspectiva civil-constitucional*. 2ª ed. Curitiba: Juruá, 2006.

NALINI, José Renato. (coord.) *Juízes Doutrinadores*. Campinas: Millennium, 2008.

NANNI, Giovanni Ettore. *Enriquecimento sem causa*. 3ª ed. São Paulo: Saraiva, 2012.

NASSER, Paulo Magalhães. *Onerosidade Excessiva no contrato civil*. São Paulo: Saraiva, 2011.

NEGREIROS, Teresa. *Teoria do Contrato: novos paradigmas*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2006.

NERY JÚNIOR, Nelson. NERY, Rosa Maria de Andrade. *Doutrinas Essenciais – Responsabilidade Civil – v. VIII, Direito Fundamental à Informação*, São Paulo: RT,

2010, in LÔBO, Paulo Luiz Netto. A Informação como Direito Fundamental do Consumidor – p. 95-130.

NERY, Rosa Maria de Andrade. *Introdução ao Pensamento Jurídico e à Teoria Geral do Direito Privado*. São Paulo: RT, 2008.

PEREIRA FILHO, Luiz Tavares et al. *DPVAT: um seguro em evolução. O seguro DPVAT visto por seus administradores e pelos juristas*. Rio de Janeiro: Renovar, 2013.

PEREIRA, Caio Mário da Silva. *Instituições de Direito Civil*. Vol. III. Contratos. 12ª ed. Rio de Janeiro: Forense, 2007.

PERLINGIERI, Pietro. *Perfil do Direito Civil: introdução ao Direito Civil Constitucional*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2002.

POÇAS, Luis. *O Dever de Declaração Inicial do Risco no Contrato de Seguro*. Coimbra: Almedina, 2013.

POLIDO, Walter A. *Contrato de Seguro: novos paradigmas*, São Paulo: Roncarati, 2010.

_____. *Seguros de Responsabilidade Civil: manual prático e teórico*. Curitiba: Juruá, 2013.

_____. Sistemas jurídicos: codificação específica do contrato de seguro. Da necessidade ou não da positivação de microssistema para o direito securitário brasileiro. in *Doutrinas Essenciais: Obrigações e Contratos*, Vol. VI, São Paulo: RT, 2011, TEPEDINO, Gustavo. FACHIN, Luiz Edson (orgs).

RÁO, Vicente. *O Direito e a Vida dos Direitos*. 6ª ed. São Paulo: RT, 2005.

REALE, Miguel. *Lições Preliminares de Direito*. 27ª ed. São Paulo: Saraiva, 2005.

REGO, Margarida Lima. (coord.) *Temas de Direito dos Seguros: a propósito da nova lei do contrato de seguro*. Coimbra: Almedina, 2012, in TELES, Joana Galvão. Liberdade contratual, e seus limites – Imperatividade Absoluta e Imperatividade Relativa, p. 103-141.

SAAVEDRA, Domingo M. Lopez. *Ley de Seguros: comentada y anotada*. Buenos Aires: La Ley, 2007.

SARMENTO, Daniel. *Direitos Fundamentais e Relações Privadas*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2006.

SCHALCH, Débora. (org.) *Seguros e Resseguros: aspectos técnicos, jurídicos e econômicos*. São Paulo: Saraiva/Vigília, 2010, in *Contratos de Seguros: limites técnicos de negociação entre seguradora e segurado*. COLOMBO, Angelo. p. 21- 41.

SCHMITT, Cristiano Heineck. *Consumidores Hipervulneráveis: a proteção do Idoso no Mercado de Consumo*. São Paulo: Atlas, 2014.

SILVA, Ovídio A. Baptista da. *O Seguro e as Sociedades Cooperativas: relações jurídicas comunitárias*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2008.

SILVEIRA, José Roberto da. *Brocardos Latinos Termos Jurídicos*. 2ª ed. São Paulo: Universitária de Direito, 2006.

SOUZA FILHO, Rodrigo de. *Gestão Pública & Democracia: a burocracia em questão*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2013.

THEODORO JÚNIOR, Humberto. *Direitos do Consumidor*. 7ª ed. Rio de Janeiro: Forense, 2011.

TIMM, Luciano Benetti. *O Novo Direito Civil: ensaios sobre o mercado, a reprivatização do direito civil e a privatização do direito público*, Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2008.

TUTIKIAN, Priscila David Sansone. *O Silêncio na Formação dos Contratos: proposta, aceitação e elementos da declaração negocial*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2009.

TZIRULNIK, Ernesto. (org.) *Contrato de Seguro: uma lei para todos*. São Paulo: Quartier Latin, 2013.

TZIRULNIK, Ernesto. CAVALCANTI, Flávio de Queiroz B. PIMENTEL, Ayrton. *O Contrato de Seguro: de acordo com o Novo Código Civil Brasileiro*. 2ª ed. São Paulo: RT, 2003.

VILLEY, Michel. *O Direito e os Direitos Humanos*. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

WOLKMER, Antonio Carlos. VERAS NETO, Francisco Q. LIXA, Ivone M. (orgs.) *Pluralismo Jurídico: os novos caminhos da contemporaneidade*, 2ª ed. São Paulo: Saraiva, 2013, in ALVES, Elizete Lanzoni. *A administração pública e a revitalização social sob a ótica do pluralismo jurídico* – p. 299-309.

ZANELATO, Marco Antonio. *in* Abusividade de Cláusula de Exclusão de Responsabilidade em Contratos de Seguros de Vida e Acidentes Pessoais. *Revista de Direito do Consumidor – RDC 83*. São Paulo: RT, julho-setembro, 2012.