

Processo: 1.0000.22.067534-2/001
Relator: Des.(a) Amauri Pinto Ferreira
Relator do Acórdão: Des.(a) Amauri Pinto Ferreira
Data do Julgamento: 27/04/2022
Data da Publicação: 29/04/2022

EMENTA: APELAÇÃO. CONTRATO DE SEGURO. OMISSÃO DE FATO RELEVANTE. CONHECIMENTO ANTERIOR A CELEBRAÇÃO DA AVENÇA. DOLO. PERDA DA INDENIZAÇÃO. A omissão dolosa do segurado quanto a fato relevante para a celebração do seguro enseja a perda do direito ao recebimento da cobertura securitária contratada. A mencionada omissão dolosa se caracteriza quando o segurado, à época da contratação do seguro, tem ciência do fato e não o declara.

APELAÇÃO CÍVEL Nº 1.0000.22.067534-2/001 - COMARCA DE BELO HORIZONTE - APELANTE(S): BERKLEY INTERNATIONAL DO BRASIL SEGUROS S/A - APELADO(A)(S): CLAUMENI APARECIDA SILVA DE OLIVEIRA, GECADSEG ADM CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME, HDI SEGUROS S.A., JOSE LUIZ DE OLIVEIRA

ACÓRDÃO

Vistos etc., acorda, em Turma, a 17ª CÂMARA CÍVEL do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, na conformidade da ata dos julgamentos, em dar provimento ao recurso.

DES. AMAURI PINTO FERREIRA
RELATOR

DES. AMAURI PINTO FERREIRA (RELATOR)

VOTO

Tratam-se os autos de Ação de cobrança manejada por JOSÉ LUIZ DE OLIVEIRA e CLAUMENI APARECIDA SILVA DE OLIVEIRA em desfavor de HDI SEGUROS S/A e GECADSEG ADM CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME. que fluiu perante o juízo da 9ª Vara Cível da Comarca de Belo Horizonte, MG, por meio da qual se pretende alcançar provimento jurisdicional final que condene a parte ré a solver indenização moral e material em razão da ausência de cobertura do conserto do veículo segurado e de terceiro, ante o advento de abaloamento.

A sentença ora vergastada pelo presente recurso narrou com fidedignidade os fatos ocorridos em primeira instância, pelo que adoto seu relatório. Ademais, extinguiu o processo, com resolução do mérito, julgando o pedido inicial parcialmente procedente em face da parte ré GECADSEG ADM CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME e da denunciada BERKLEY INTERNACIONAL DO BRASIL SEGUROS S/A de modo a condená-las a solver indenização material de R\$ 15.480,93 (quinze mil, quatrocentos e oitenta reais e noventa e três centavos) e moral de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais). O pedido exordial foi julgado improcedente em face da parte ré HDI SEGUROS S/A.

Em sede recursal, a parte apelante, BERKLEY INTERNACIONAL DO BRASIL SEGUROS S/A, deduziu que a sentença deveria ser reformada, pois a espécie de contrato de seguro havida entre as partes seria à base de reclamação com notificação e não a mais usual que é à base de ocorrência. Frisou o fato de que a ré/denunciante/segurada perdera o direito a indenização, pois, ao promover a renovação do seguro, teria respondido falsamente ao quesito alusivo a reclamação de terceiro por falha profissional. Frisou não ter sido comprovado vínculo entre a segurada e o funcionário que teria cometido o erro, o que excluiria a responsabilidade da seguradora. Apontou, ainda, ser de responsabilidade exclusiva da HDI, corrê, o pagamento da indenização, não podendo ser imputada responsabilidade ao seu segurado, a corrê GECADSEG ADM CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME. Afiançou inexistir lesão moral na espécie. Subsidiariamente, protestou pela dedução do valor da franquia relativamente ao valor a ser solvido, tanto relativamente ao seu segurado, quanto a parte autora, ora apelada, concernentemente a apólice da seguradora HDI. Inquinou os termos iniciais da correção monetária e dos juros moratórios. Ao final, pediu pelo provimento do recurso.

Houve o devido recolhimento do preparo recursal.

Ofertada vista aos apelados, apresentaram contrarrazões.

Este é o relatório.

PRESSUPOSTOS DE ADMISSIBILIDADE DO RECURSO

Preenchidos os requisitos de admissibilidade, conheço o recurso.

QUESTÕES PRELIMINARES OU PREJUDICIAIS

Do compulsar os autos, concluo não existir qualquer questão preliminar ou prejudicial a análise do mérito a ser decidido, pelo que passo ao seu exame.

MERITO

Ab initio, observo que não se pode olvidar que aos contratos deve-se aplicar a boa-fé objetiva, tanto na sua celebração, quanto na execução, arts. 113 e 422 do CPC:

Art. 113. Os negócios jurídicos devem ser interpretados conforme a boa-fé e os usos do lugar de sua celebração.

Art. 422. Os contratantes são obrigados a guardar, assim na conclusão do contrato, como em sua execução, os princípios de probidade e boa-fé.

A boa-fé objetiva é princípio elementar do ordenamento jurídico e imputa às partes que ajam, umas em relação às outras, com transparência, lealdade e respeito, justificando a confiança reciprocamente depositada. Revela-se como norma de conduta decorrente dos padrões de honestidade, lealdade e probidade vigentes na sociedade:

Demais disso, não se pode olvidar a boa-fé objetiva como princípio fundamental das relações civis, especialmente das relações negociais, obrigacionais e contratuais. Não prevista na estrutura codificada de 1916, a boa-fé objetiva materializa uma necessária compreensão ética das relações privadas. Aliás, já tivemos oportunidade de afirmar, com convicção, que a boa-fé objetiva "significa a mais próxima tradução da confiança, que é o esteio de todas as formas de convivência em sociedade". A Lei Civil, inclusive, acolhe a boa-fé objetiva de forma expressa, como princípio fundamental das relações jurídicas privadas, mencionando-a nos arts. 113 e 422, como regra interpretativa dos negócios jurídicos e das obrigações como um todo, como mecanismo de imposição de limites ao poder de contratar e para estabelecer deveres implícitos nas relações do mundo negocial. (Cristiano Chaves de Faria e Nelson Rosendal. Curso de Direito Civil. Vol. 1. LINDB e parte geral. Editora Atlas., p. 71)

No caso em estudo, como tese de defesa, a seguradora denunciada pela parte corré GECADSEG ADM CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME, ora apelante, alega que teria ocorrido na espécie a perda da garantia securitária, pois, ao renovar a apólice de seguro de responsabilidade civil profissional, a GECADSEG teria omitido fato relevante que impactaria de maneira substancial em sua celebração, qual seja, a situação havida com a parte autora, a qual, por erro seu, ensejou a perda do seguro que a parte autora possuía perante a seguradora HDI.

Assim, para o correto desate da questão posta em julgamento, deve-se perquirir pela existência de má-fé ou não do segurado ao firmar o contrato de seguro.

A apuração de tal questão é essencial, pois, além do acima exposto, que é aplicável a qualquer contrato, o Código Civil, art. 765, expressa e especificamente quanto ao contrato de seguro, exige que o segurado proceda em consonância a boa-fé objetiva, sob pena de perda da garantia contratada, ex vi:

Art. 765. O segurado e o segurador são obrigados a guardar na conclusão e na execução do contrato, a mais estrita boa-fé e veracidade, tanto a respeito do objeto como das circunstâncias e declarações a ele concernentes.

A investigação quanto a natureza do ato do segurado revela-se ainda mais importante, pois, caso reste apurada a existência de incompatibilidade entre as informações declaradas e a situação real, todavia sem que se possa imputar dolo ao segurado, poderá a seguradora resolver o contrato ou cobrar a diferença do valor do prêmio, art. 766, não havendo que se falar em perda da indenização nesta hipótese, ex vi:

Art. 766. Se o segurado, por si ou por seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, perderá o direito à garantia, além de ficar obrigado ao prêmio vencido.

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

Assim, passo a apuração da existência ou não de má-fé por parte do segurado quando da celebração do seguro no caso em concreto.

Como se pode abstrair da análise dos autos, sobretudo da citação da parte ré GECADSEG, abstrai-se que tal ato se efetivou em 07/07/2017, pelo que a partir de então tinha pela ciência da existência da presente ação e de seus termos, ou seja, sabia que estava sendo processada em razão do erro havido preteritamente relativamente a falta de comunicação a parte autora de que o endosso da apólice para seu novo veículo não teria sido concluído.

Observo, inclusive, que por meio de mensagem eletrônica juntada aos autos, a parte ré em comento reconheceu este erro, ou seja, detinha pela ciência de sua falha.

Além disso, quando a renovação do seguro havida em outubro de 2017 - apólice vigente de 31/10/2017 a 31/10/2018 -, a parte autora, ao informar se já havia recebido reclamação de terceiro por falha profissional, afirmou que não.

Logo, conclui-se que a ré GECADSEG, quando da renovação do seguro em 2017, de maneira deliberada faltou com a verdade, pois há meses já tinha conhecimento da presente ação, pelo que deveria ter informado isto ao preencher o questionário da renovação.

Tal fato configura-se como ato de inegável má-fé, pois se trata de deliberada adulteração da verdade quanto a elemento central do seguro em comento, pois tem como objeto de cobertura eventuais erros profissionais.

Nessa hipótese, consoante acima exposto, o segurado que desse modo age, perde o direito ao recebimento da cobertura.

Nesse sentido é o entendimento consolidado do STJ sobre a questão:

"AGRAVO INTERNO. RECURSO ESPECIAL. DIREITO CIVIL. DISSÍDIO PRETORIANO. AUSÊNCIA DE DEMONSTRAÇÃO ANALÍTICA. SEGURO. DECLARAÇÕES INVERÍDICAS. MÁ-FÉ. COBERTURA CONTRATUAL NÃO CABÍVEL.

1. O entendimento do tribunal de origem no sentido de que aplica-se ao segurado que agiu de má-fé, ao fazer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta pela seguradora ou na taxa do prêmio, a penalidade de perda do direito à garantia na ocorrência do sinistro, está em consonância com a jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça, o que faz incidir a Súmula 83/STJ.

2. Inviabilidade de alterar as conclusões do tribunal de origem no sentido de estarem comprovados (a) a má-fé do recorrente ao prestar informações inverídicas quando da contratação do seguro e (b) o agravamento do risco pela utilização em finalidade diversa da informada, por demandar nova análise de contrato e de conjunto fático-probatório, atividades não realizáveis nesta via processual.

Incidência das súmulas 5 e 7/STJ.

3. Agravo interno não provido." (AgInt no REsp 1707268/PR, Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, QUARTA TURMA, julgado em 20/09/2018, DJe 25/09/2018)(g.n)

AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE COBRANÇA. SEGURO DE VIDA. OMISSÃO INTENCIONAL DE DOENÇA GRAVE. MÁ-FÉ RECONHECIDA. DEVER DE INDENIZAR AFASTADO. REEXAME DE FATOS E PROVAS. IMPOSSIBILIDADE. SÚMULA 7/STJ. AGRAVO NÃO PROVIDO.

1. É lícita a recusa de cobertura securitária, por motivo de doença preexistente à celebração do contrato, se comprovada a má-fé do segurado, hipótese que não depende da exigência pela seguradora de exames prévios à contratação. Precedentes.

2. O Tribunal de origem concluiu expressamente pela ocorrência de má-fé, decorrente da omissão deliberada quanto ao real estado de saúde do segurado, apenas um ano antes da morte, de modo que a modificação desse entendimento implicaria reexame de fatos e provas, vedado em sede de recurso especial, nos termos da Súmula 7/STJ.

3. Agravo interno não provido.

(AgInt no REsp 1296733/SC, Rel. Ministro RAUL ARAÚJO, QUARTA TURMA, julgado em 21/09/2017, DJe 20/10/2017)(g.n.)

Bem como do presente Sodalício, como se pode constatar da leitura do arresto abaixo transcrito:

"EMENTA: APELAÇÃO. CONTRATO DE SEGURO DE VIDA. DOENÇA PREEXISTENTE. OMISSÃO. CONHECIMENTO ANTERIOR A CELEBRAÇÃO DO CONTRATO. DOLO. PERDA DA INDENIZAÇÃO. A omissão dolosa do segurado quanto à doença preexistente enseja a perda do direito ao recebimento da cobertura securitária contratada. A mencionada omissão dolosa se caracteriza quando o segurado, à época da contratação do seguro, tem

ciência de sua doença e não a declara." (TJMG - Apelação Cível 1.0702.12.087675-1/001, Relator(a): Des.(a) Amauri Pinto Ferreira, 17ª CÂMARA CÍVEL, julgamento em 08/03/2018, publicação da súmula em 20/03/2018) (g.n.)

EMENTA: APELAÇÃO CÍVEL - AÇÃO DE COBRANÇA - SEGURO DE VIDA - MORTE - DOENÇA PREEXISTENTE - OMISSÃO DOLOSA DEMONSTRADA - INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA DEVIDA - NÃO CABIMENTO. Se restou demonstrado nos autos que, quando da contratação do seguro de vida, o segurado tinha consciência da enfermidade que o acometida que, inclusive, foi uma das causas de sua morte e, mesmo assim, omitiu tal informação, é devida a recusa da seguradora à cobertura contratada. (TJMG - Apelação Cível 1.0024.12.103255-1/001, Relator(a): Des.(a) Luciano Pinto, 17ª CÂMARA CÍVEL, julgamento em 20/10/2016, publicação da súmula em 01/11/2016) (g.n.)

Por fim, a omissão ocorrida quanto a renovação da apólice em 2017 é relevante para o correto desate da questão posta em discussão, tendo em vista a modalidade do seguro firmado, qual seja, responsabilidade civil à base de reclamação com notificação.

Nesta modalidade, diferentemente da mais comum, que é à base de ocorrência, não importa a data do advento do fato segurado, mas, sim, a data em que há a notificação a seguradora quanto ao mesmo, pois será a apólice vigente quando da notificação e não da data do fato que regerá a cobertura.

"Tipo especial de contrato celebrado com Apólice à Base de Reclamações, que possibilita, ao Segurado, registrar, formalmente, junto à Seguradora, fatos ou circunstâncias potencialmente danosos, cobertos pelo seguro, mas ainda não reclamados, vinculando a apólice então vigente a reclamações futuras que vierem a ser apresentadas por terceiros prejudicados. Se o Segurado não tiver registrado, na Seguradora, o evento potencialmente danoso, e este vier a ser reclamado, no futuro, por terceiros prejudicados, será acionada a apólice que estiver em vigor por ocasião da apresentação da reclamação." (Circular SUSEP 437/12 vigente à época dos fatos e da notificação a apelada).

Na situação em deslinde, a parte ré/segurada, quando do advento dos fatos, 2015, não notificou a seguradora, a qual somente tomou conhecimento do fato por meio do presente processo em razão da efetivação de sua citação devido a formulação de pedido de denunciação a lide em seu desfavor, ou seja, em 10/10/2018 - AR juntado aos autos em 22/10/2018.

Em tal ensejo se encontrava vigente a apólice renovada no final de 2017, quanto a qual a parte ré/segurada omitiu dolosamente o acionamento/reclamação da parte autora feito por meio da presente ação.

Assim, não tendo ocorrido previa notificação da seguradora ora apelante quanto ao fato exposto na exordial, a apólice que rege a cobertura quanto ao fato em discussão é a que se encontrava em vigência quando do recebimento da citação pela denunciado, qual seja, a renovada em 2017, que teve vigência até 31/10/2018.

Logo, como a parte ré GECADSEG ADM CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME perdera o direito a cobertura relativamente a tal apólice, impossível condenar a parte seguradora, ora apelante, BERKLEY INTERNACIONAL DO BRASIL SEGUROS S/A, ao pagamento da indenização pretendia.

Assim, o fato de não haver qualquer vício quanto a celebração da apólice vigente quando do advento dos fatos, ou seja, o ano de 2015, nenhuma relevância tem para o desate da presente lide.

Restam as demais questões deduzidas no recurso prejudicadas ante o acima discorrido.

DISPOSITIVO

Ex positis, dou provimento ao presente recurso para reformar em parte a sentença de modo a julgar o pedido da lide secundária improcedente, decotando de seu dispositivo as condenações imputadas a ora apelante.

Em face o êxito da parte apelante, modifico a condenação sucumbencial alusiva a lide secundária, pelo que condeno a parte denunciante a solver as custas, despesa e honorários alusivos a mesma, fixando estes no percentual de 12% (doze por cento) sobre o valor da causa, já incluídos os honorários recursais.

Mantenho a sentença em seus demais termos.

DES. BAETA NEVES - De acordo com o(a) Relator(a).

DES. EVANDRO LOPES DA COSTA TEIXEIRA - De acordo com o(a) Relator(a).

SÚMULA: "DERAM PROVIMENTO AO RECURSO"



Tribunal de Justiça de Minas Gerais