



Solidariedade e Representação em Cosseguro – Proposta de Sistematização



No dia a dia, o operador do direito securitário defronta-se com a situação em que a Seguradora pretende dividir os riscos assumidos com outras congêneres, por meio do instituto do cosseguro. Isso se dá por diversos motivos: porque o risco é muito vultoso para ser assumido unicamente por uma companhia, por solicitação do próprio segurado, por razões de negócio. Embora não seja descrito em seção própria do Código Civil, pode-se dizer que o Contrato de Cosseguro é um contrato típico ou nominado, pois é definido na legislação esparsa¹.

Trata-se de um contrato em favor de terceiro, pois é formado entre duas ou mais seguradoras, que estabelecem direitos e obrigações bilaterais em favor do segurado. Também é subsidiário, visto que se subordina a uma ou mais apólices de seguro para que exerça seus efeitos.

O problema surge em relação à representação

em Juízo e à condenação ao pagamento, visto que o artigo 761 do novo Código indica que:

“Art. 761. Quando o risco for assumido em cosseguro, a apólice indicará o segurador que administrará o contrato e representará os demais, para todos os seus efeitos.”

Já a Lei Complementar 126/07 indica, em seu artigo 2º, que:

“§ 1º Para fins desta Lei Complementar, considera-se:

II - cosseguro: operação de seguro em que 2 (duas) ou mais sociedades seguradoras, com anuência do segurado, distribuem entre si, percentualmente, os riscos de determinada apólice, sem solidariedade entre elas.”

A questão é: qual a extensão da expressão “para todos os seus efeitos” do artigo 761 do Código Civil? Quais são os efeitos do contrato?

O principal efeito de um contrato é o cumprimento, no caso, a concessão da garantia (art. 757 do CC) e eventualmente o pagamento do sinistro (Art. 776 do CC). Mas outros efeitos também se mostram, como por exemplo, a rescisão contratual, a negativa do sinistro, a discussão judicial de tal contrato e muitos outros. Ora, se o artigo 2º da Lei Complementar 126/07 indica que não há solidariedade entre as cosseguradoras e o artigo 761 diz que a líder representa a todas as demais para todos os efeitos do contrato, como integrar esses dois dispositivos?

A chave está na “anuência do segurado”. Somente se o segurado indicar sua anuência na escolha da cosseguradoras, pode-se entender não haver solidariedade entre as congêneres

participantes do contrato de cosseguro. Essa anuência ocorre naturalmente na contratação de apólices de grandes riscos, de garantia, de linhas financeiras. Cabe, no entanto, à seguradora-líder do cosseguro tomar os devidos cuidados para que a anuência seja evidenciada. Mesmo nos contratos de grandes riscos, se a seguradora não conseguir provar a anuência do segurado ao painel de cosseguradoras, está estabelecida a solidariedade entre elas.

Nos contratos de cosseguro para atendimento a apólices coletivas, do tipo vendido em Bancos ou no Varejo, em hipótese alguma se pode dizer não haver solidariedade entre as cosseguradoras, seja porque o segurado não anui ao cosseguro, seja porque se aplicam as relações de consumo e, portanto, os artigos 12 a 14 da Lei 8.078/90.

Logo, nas discussões sobre os contratos de seguro suportados por contratos de cosseguro em que não há o conhecimento e anuência prévia do segurado ao instituto do cosseguro, não há que se alegar a inexistência de solidariedade, nem consequentemente requerer a denúncia da lide à cosseguradora. A líder do contrato deve representar a todas as demais, restando-lhe sempre o direito de regresso, que no jargão do cosseguro se chama “recuperação”.

¹Conf. Venosa, Silvio de Salvo, Direito Civil, 9ª. São Paulo, Atlas, 2009, pág.401.

Valéria Camacho Martins Schimtko Advogada formada pela USP. É diretora de Jurídico e Compliance da Zurich Seguros.



Desafios no combate à fraude

2 e 3



O DEVER DE ABSTENÇÃO DO SEGURADO – AGRAVAMENTO DO RISCO

4



Aperfeiçoamento levará ao crescimento do seguro

5

Desafios no combate à fraude



Em agosto do ano passado fui convidado pela CNSEG a participar do "Seminário de Prevenção e Combate à Fraude contra o Seguro no Brasil: Indicadores, Estatísticas e Desafios". Na abertura do seminário foram apresentados os resultados de uma pesquisa encomendada em 2010 pela CNSEG ao IBOPE Inteligência. Os resultados da pesquisa "Entendimento sobre fraudes de seguro", quando comparados aos resultados da pesquisa realizada em 2004, revelaram a surpreendente redução de 41% para 24% do IPF - Índice geral de Propensão a Fraudar o seguro, no Brasil. Coerente com essa queda, o percentual de pessoas que declarou que jamais fraudaria o seguro subiu de 55%, em 2004, para 73%, em 2010.

Para participar do debate, a CNSEG convidou diversos especialistas das mais distintas áreas para analisar os ani-

madores resultados da pesquisa e, ao mesmo tempo, debater sobre os desafios do combate à fraude. A mim coube refletir sobre os aspectos sociológicos ligados à fraude ou, mais exatamente, à propensão das pessoas a fraudar.

As taxonomias sobre sinistros fraudulentos em seguros fazem uma primeira distinção entre a fraude planejada e a fraude oportunista: na primeira, o sinistro é reclamado sem que o evento aleatório tenha de fato ocorrido; na segunda, o evento que originou o sinistro ocorreu, mas as circunstâncias são alteradas ou falsificadas com o objetivo de se obter valores de cobertura em excesso. As fraudes planejadas podem ser levadas a cabo por um indivíduo, mas, muitas vezes, envolvem a participação de diversos agentes que organizam uma ação com um objetivo premeditado. A fraude oportunista, a maior parte das vezes é praticada pela ação individual e solitária do próprio segurado. Ainda podemos distinguir a fraude criminosa (hard fraud) da fraude que decorre do abuso ou de comportamento não ético (soft fraud). As fraudes planejadas recaem quase sempre na categoria de fraudes criminosas, ao passo que as fraudes oportunistas, ainda que em certos casos possam ser classificadas como criminosas, são ligadas a maioria das vezes a abusos e comportamentos eticamente condenáveis.

Durante o Seminário, a CNSEG divulgou também alguns números sobre a detecção de fraudes do mercado brasileiro (exclusive Saúde). De todos os sinistros avisados, 9,1% foram classificados como suspeitos, em 1,8% dos sinistros avisados foi detectada a fraude e em 1,4% foi, de fato, comprovada a fraude e recusado

o sinistro. Estes percentuais não fogem muito do que estima a indústria americana, pela qual há uma relação de 1/10 entre sinistros avisados suspeitos e sinistros recusados por fraude comprovada.

O elevado custo associado à investigação das fraudes faz com que um volume considerável de fraudes de pequeno valor sequer entre nas estatísticas. O que não compõe as estatísticas também são as fraudes leves que decorrem dos abusos na utilização do seguro associados a comportamentos não éticos dos segurados e dos prestadores. Aliás, de acordo com a literatura acadêmica, a quantidade e o volume financeiro associados às fraudes leves superam largamente o das fraudes planejadas ou criminosas. Isto de certa forma nos explica a grande discrepância que existe entre o percentual de pessoas dispostas a fraudar e os percentuais de sinistros suspeitos que entram no radar das seguradoras.

Voltando aos resultados da pesquisa, é certo que a queda de 41% para 25% do IPF detectada pela pesquisa IBOPE deve ser comemorada, porque poderá representar uma redução efetiva dos índices de fraude, já que, conforme reporta a literatura acadêmica (Colquitt e Hoyt), há uma forte correlação positiva entre os índices de propensão à fraude e os índices de fraudes detectadas. O novo patamar de IPF no Brasil, 25%, parece se encaixar melhor com aquele encontrado em outros países, inclusive naqueles que vivem uma economia mais desenvolvida e um ambiente institucional mais maduro do que o nosso. Por exemplo, nos Estados Unidos, o IRC - Insurance Research Council - em 2003, calculou, entre 20 e 29%, o percentual de pessoas que julga aceitável aumentar ou

INFORMATIVO



Responsável: Paulo Fernando Cardoso Simões
www.minhoto.com.br PABX & FAX 55 (11) 5549-5333

Sócios

Homero Stabeline Minhoto
Paulo André Corrêa Minhoto
Paulo Henrique Corrêa Minhoto
Ana Paula Corrêa Minhoto

Jornalista Responsável

Paulo Alexandre Silva

Fotos: Divulgação

Coordenação Editorial

Oficina do Texto

Assessoria de Comunicação

www.oficinadotexto.net



Contatos, críticas, sugestões e contribuições pelo e-mail: informativo@minhoto.com.br - www.minhoto.com.br

exagerar o valor dos sinistros reclamados.

No seminário houve certo consenso a justificar a forte redução do IPF entre 2004 e 2010 como resultado da estabilidade econômica, da queda do desemprego e da melhor distribuição de renda e sua influência positiva na formação das expectativas e do comportamento das pessoas. Mas ao nos depararmos com altos índices de propensão à fraude e de ações fraudulentas realizadas por pessoas “comuns”, não podemos deixar de nos questionar sobre o porquê de uma em cada quatro pessoas assume estar disposta a infringir leis, contratos e normas positivas reconhecidas e consolidadas pela sociedade, mesmo no contexto de uma sociedade economicamente desenvolvida e institucionalmente madura.

Recorramos a Goul Andersen, sociólogo dinamarquês, o qual analisa a relação entre o nível de conformidade (ou a falta de) com as leis e a moralidade. Ele resume esta relação com base em três aspectos: o declínio moral de uma sociedade, a teoria da modernidade reflexiva e a teoria da escolha racional. A sociologia clássica preconiza o crescente cinismo e egoísmo das sociedades modernas e, similarmente, à teoria da modernização, refere-se ao hedonismo e ao narcisismo como causas da dissolução das bases morais da sociedade. A teoria da modernidade reflexiva, cara a U. Beck e A. Giddens, professores da London School of Economics, foca a crescente reflexividade das sociedades modernas, pela qual o mindset dos deveres associados a uma moral da sociedade é substituído por uma responsabilidade situacional. Por esta perspectiva, o desafio da sociedade passa a ser o de conviver com um elevado grau de ambigüidade e responsabilidade crítica - o velho conformismo às regras fica, portanto, ultrapassado. Enquanto a teoria reflexiva assume que os cidadãos perseguem sua consciência ou intuição moral, independentemente das regras legais, um terceiro modelo de escolha racional assumiria uma forma de pensamento baseado na relação de custo-benefício pela qual o indivíduo busca não exatamente o caminho do respeito à regra, mas um

caminho ao redor da regra (onde a moral e as normas, juntamente com o sentimento de oportunidade funcionam como filtros).

Estas teorias de certa forma são corroboradas, a meu ver, pela heterogeneidade de atitudes das pessoas em relação à fraude. A CAIF (Coalition Against Insurance Fraud) agrupa em quatro categorias as atitudes das pessoas em relação à fraude em seguros e suas crenças sobre as penalidades julgadas apropriadas: a dos moralistas, que não aceitam absolutamente a fraude e acreditam ser necessário aplicar fortes penalidades contra os que a praticam; a dos realistas que a julgam antiética, mas que reconhecem que ela acontece e estão dispostos a justificá-la em certos casos; a terceira categoria, a dos conformistas, tende a aceitar a fraude porque entende ser algo comum; finalmente, a categoria dos críticos que apresentam o maior grau de aceitação da fraude, motivados em grande parte por uma visão negativa que nutrem sobre a atividade de seguros. Esta categorização foi também adotada pelos sociólogos noruegueses J. Brinckmann e P. Lentz (2004), em pesquisa de laboratório junto a estudantes do curso de MBA de uma escola de negócios norueguesa, onde foi constatada uma distribuição razoavelmente equilibrada dos estudantes entre as quatro categorias.

Portanto, numa perspectiva de caráter sociológico, parece-me claro que o trabalho de conscientização e dissuasão da população em relação à fraude deve levar em conta, necessariamente, a elevada heterogeneidade moral e de atitudes dos consumidores (que se repete tanto em países de economia emergente como em países de economia desenvolvida e instituições sociopolíticas maduras). Como vimos, entre eles há os que se opõem drasticamente aos comportamentos fraudulentos, há os que acham que a fraude é algo normal e há provavelmente muitos que sequer a identificam no abuso e nos pequenos desvios de conduta. Neste último caso, as mensagens das campanhas de prevenção que enfatizam exageradamente o aspecto criminoso da fraude podem não atingir aqueles que praticam pequenos abusos ou fraudes leves e, pelo contrário, podem até reforçar uma percepção negativa dos consumidores em relação às institui-

ções seguradoras. Entre os que compõem a categoria dos “críticos”, talvez devesse prevalecer uma comunicação que valorizasse a importância do seguro e quanto ele representou para as pessoas que tiveram experiências recentes. De fato, há evidências empíricas (Sharon Tennyson, Cornell University) que demonstram que consumidores que tiveram maior experiência com seguros ou que tenham tido experiências recentes de sinistro passam a considerar menos aceitáveis os abusos no uso das coberturas e o exagero no aviso de sinistro. Para os conformistas, talvez a comunicação devesse confrontá-los com questionamentos morais que resgatassem os valores primários de convívio social.

Espero que estas anotações de alguma forma possam adicionar algo de relevante ao árduo trabalho de prevenção e combate à fraude.

Renato Russo é vice-presidente de Pessoas e Previdência da SulAmérica Seguros e vice-presidente da Fenaprevi (Federação Nacional da Previdência Privada).



O DEVER DE ABSTENÇÃO DO SEGURADO – AGRAVAMENTO DO RISCO

O tema agravamento do risco e suas conseqüências no contrato de seguro é sempre objeto de calorosa e importante discussão no mundo jurídico.

O que nos faz abordar, novamente, a questão é uma recente decisão proferida pelo E. Tribunal de Justiça de São Paulo, em caso patrocinado pela Minhoto Advogados, que foi assim ementada:

“SEGURO DE DANOS. Furto de veículo automotor. Cobertura recusada pela seguradora. Justa causa, em hipótese de agravamento de risco (veículo estacionado na via pública, com as portas destravadas e a chave no seu interior). Inteligência do artigo 768, do Código Civil. Apelo da ré. Provimento.” Apelação nº 9080738-07.2009.8.26.0000 – J. 18/01/2012.

Como se nota da ementa retro transcrita, a controvérsia instalada entre a seguradora e o segurado era o cabimento ou não de indenização securitária em razão de furto de veículo ocorrido em via pública quando o automóvel estava com as chaves em seu interior.

A indenização foi negada em razão da perda do direito do segurado por agravamento do risco conforme disposições contratuais e legais (artigo 768, do Código Civil).

Em primeira instância a seguradora foi condenada a pagar a indenização sob o fundamento de que a cláusula que afastava o dever de indenizar era abusiva por deixar o segurado em situação de exagerada desvantagem e por impor a ele obrigação iníqua.

Vale, pois, transcrever tópico da fundamentação da sentença: **“O contrato de seguro, por envolver relação de consumo, sofre a incidência das regras estatuídas na Lei nº 8.078/90, de sorte que são nulas de pleno direito as cláusulas contratuais que estabeleçam obrigações consideradas iníquas, abusivas que coloquem o consumidor em desvantagem exagerada, ou sejam incompatíveis com a boa fé ou a equidade, a teor do artigo 51, inciso IV.”**

Submetida aos suprimentos do E. TJ/

SP, a decisão foi reformada para afastar a condenação imposta à seguradora por ter o Tribunal reconhecido, no caso concreto, manifesta negligência do segurado que concorreu para o agravamento substancial do risco

Cediço que o objeto do negócio “seguro” é o risco que o segurado transfere ao segurador.

Para tanto, o segurado paga à seguradora um valor infinitamente menor do que o valor do risco a ser transferido.

Também por essa razão é que o risco a ser garantido fica expressamente delimita-



do, bem ainda fica registrado no contrato os deveres das partes além daqueles inerentes à experiência comum ao “bom senso”.

Bom que se ressalte que a delimitação contratual não é vedada pelo Código de Defesa do Consumidor.

O que o diploma consumerista não admite é cláusula que estabeleça obrigações consideradas iníquas (de difícil ou impossível cumprimento) ou que coloquem o consumidor em desvantagem exagerada.

No caso em exame, exigir que o segurado se abstinhasse da incauta conduta de deixar o veículo aberto com a chave em seu interior certamente não se mostra como imposição de obrigação de impossível cumprimento.

O furto de veículo em grandes metrópoles é situação corriqueira, o que importa no reconhecimento pelo homem médio que ele pode ocorrer, quanto mais quando facilitada a atuação dos marginais.

Não pedem as seguradoras que os segurados passem a vigiar o bem a todo custo.

As seguradoras esperam, na verdade, que o segurado apenas se abstenha de agravar situação que já era previsível.

Sobre o dever de abstenção do segurado existe importante ensinamento de Pontes de Miranda que merece ser transcrito: **“O segurador não tem de pagar o seguro se o sinistro foi causado por dolo do contraente ou do beneficiário. Dá-se o mesmo se o contraente ou beneficiário não se absteve de aumentar o risco, ou não o evitou”** Tratado de Direito Privado – Parte Especial- vol. 45 – Borsoi – 3ª edição – 1972.

O dever de abstenção do segurado não se trata, portanto, de exigir conduta de impossível cumprimento, tão pouco em vantagem exagerada para a seguradora.

É justamente para o equilíbrio do contrato que o segurado deve evitar e, principalmente, não contribuir para situações que sabidamente aumentam as chances do sinistro.

Outrossim, como já dito nas linhas acima, o valor pago pelo segurado pelo contrato é infinitamente inferior ao valor da garantia, de modo que admitir que o segurado seja negligente e aumente as chances da ocorrência do risco é que se apresenta como desvantagem exagerada ao segurador e, por conseguinte, à massa de segurados que de certo modo arcará com o custo cada vez mais elevado do seguro.

Por tudo isso, o entendimento manifestado pelo Tribunal de Justiça de São Paulo na decisão em comento apenas deu luz aos princípios da equidade e boa fé que devem nortear os contratos.

Dr^a Luci Paulino Lemos, advogada da Minhoto Advogados, especialista em Direito Civil, Processual Civil e Securitário.

Aperfeiçoamento levará ao crescimento do seguro

O fato de que o seguro cresceu nos últimos anos é incontestável. Depois de manter por décadas a incômoda marca de 1% de participação no PIB, enfim o setor saltou para 3%. Graças à estabilidade econômica, que acabou com a inflação e promoveu a melhoria de renda da população, o seguro conquistou maior atratividade como item de consumo. Carteiras como a de automóvel, por exemplo, encontraram suas próprias fórmulas de atender às expectativas dos segurados, correspondendo ao valor das apólices. Os seguros de pessoas, antes inexpressivos, hoje lideram em volume segurado.

Nessa escalada de crescimento, também as instituições financeiras contribuíram para disseminar a cultura do seguro entre a população bancarizada. O método de comercialização de seguro pelos bancos pode até ser questionável por alguns, mas a verdade é que muitos dos correntistas que adquiriram seguros atrelados a empréstimos, por exemplo, não deixaram de renová-los espontaneamente no seu vencimento. Além disso, cabe aos bancos o mérito de alavancar a venda de produtos de previdência complementar entre a população.

A abertura do resseguro foi outro grande impulso ao desenvolvimento do mercado. A expertise e o conhecimento dos resseguradores estrangeiros e nacionais elevaram os padrões de qualidade da subscrição de riscos. Nunca a gestão de risco foi tão valorizada como nos dias atuais, graças, em parte, à globalização do seguro, iniciada com o mercado livre.

Embora esse grande salto de evolução do setor de seguros seja digno de comemoração, é preciso ter consciência de que muito mais pode ser alcançado. Há muito espaço para crescer em todos os ramos. Mas, esse desenvolvimento está condicionado ao aperfeiçoamento técnico e atualização permanente dos profissionais da área. Porque o seguro é mutável, assim como é a atividade humana na Terra.

Nos desafios que se impõe no caminho do crescimento, o técnico de seguro surge como elemento capaz de detectar riscos

presentes e futuros em nosso meio. Cabe a ele desvendar os produtos na sua mais íntima formação do qual sejam revestidos. Por isso, o mercado precisa envidar esforços para preparar adequadamente seus técnicos. Temos de propiciar a esses especialistas, nos quais a humanidade confia as suas necessidades de proteção, os meios de fortalecerem seus conhecimentos técnicos.

A APTS se enviaidece em contribuir com essa nobre missão, realizando, em média, três eventos por mês. Para anteciparem-se as principais discussões do setor, os eventos são planejados com pouca antecedência, propiciando o debate de questões atuais e pertinentes ao desenvolvimento das atividades. As palestras, debates, seminários e encontros técni-

cos contemplam todos os temas relacionados à indústria do seguro, incluindo novas legislações, produtos, técnicas de prevenção etc.

Esperamos que o mercado continue apoiando essas iniciativas, como o tem feito ao longo desses quase 29 anos de existência da APTS, porque o desejo comum é que o seguro cresça saudável e atenda plenamente aos interesses da sociedade.

*Luis Lopez Vázquez
Presidente da Associação Paulista dos
Técnicos de Seguro (APTS)*

“Nunca a gestão de risco foi tão valorizada como nos dias atuais, graças em parte, à globalização do seguro iniciada com o mercado livre.”



Jurisprudência

Os Tribunais, há alguns anos, vêm tentando uniformizar entendimento sobre o direito das seguradoras no que se refere à renovação das apólices de seguro de vida em grupo, mas a questão ainda segue sem clara definição.

As primeiras decisões, com maior frequência, previam o direito das seguradoras de optar pela renovação da apólice, em observância aos princípios da livre iniciativa e da autonomia privada.

Posteriormente, o entendimento majoritário mudou, estabelecendo que as seguradoras não podiam deixar de renovar a apólice em razão do fator idade ou modificar os critérios de taxação do prêmio.

Prova da mencionada indefinição são as recentes decisões do Superior Tribunal de Justiça sobre o tema, nas quais se verifica a tentativa de adotar parâmetros para dirimir a controvérsia: "CIVILECONSUMIDOR.RECURSOESPECIAL.SEGURO DE VIDA E RESIDÊNCIA EM GRUPO.RENOVAÇÃO AUTOMÁTICA POR 3 ANOS.DENÚNCIA UNILATERAL DA SEGURADORA MEDIANTE PRÉVIA COMUNICAÇÃO.POSSIBILIDADE.

1. A ausência de decisão sobre os dispositivos legais supostamente violados impede o conhecimento do recurso especial. Incidência da Súmula 211/STJ.

2. Esta Corte já se manifestou no sentido da abusividade da cláusula que permite a não renovação automática do contrato de seguro de vida, mediante simples notificação da seguradora, nas hipóteses em que o contrato vinha sendo renovado ao longo de muitos anos, ficando estabelecida uma relação de colaboração e confiança entre as partes, bem como de dependência do consumidor em relação à seguradora.

3. Contudo, na hipótese, a peculiaridade é a de que o contrato de seguro de vida e residência celebrado entre as partes só foi renovado automaticamente por 2 (duas) vezes, não podendo ser aplicados os precedentes desta Corte, os quais tratam de relações muito mais duradou-

ras - 20, 30 anos - em que se estabeleceu um vínculo de dependência e confiança do segurado em relação seguradora, ficando aquele em situação de desvantagem excessiva em relação a essa, além de se encontrar totalmente desamparado após longos anos de mútua colaboração.

4. Recurso especial não provido." (STJ - REsp 1271161/PR, Rel. Ministra NANCY ANDRIGHI, TERCEIRA TURMA, julgado em 17/11/2011, DJe 24/11/2011)

"PROCESSUAL CIVIL E CIVIL. FUNGIBILIDADE RECURSAL. RECURSO RECEBIDO COMO AGRAVO REGIMENTAL. SEGURO DE VIDA. NÃO RENOVAÇÃO. FATOR DE IDADE. OFENSA AOS PRINCÍPIOS DA BOA-FÉ OBJETIVA, DA COOPERAÇÃO, DA CONFIANÇA E DA LEALDADE. AUMENTO. EQUILÍBRIO CONTRATUAL. CIENTIFICAÇÃO PRÉVIA DO SEGURADO.

1. Em nome dos princípios da economia processual e da fungibilidade, admitem-se como agravo regimental os embargos de declaração opostos a decisão monocrática proferida pelo relator do feito no Tribunal.

2. Na hipótese em que o contrato de seguro de vida é renovado ano a ano, por longo período, não pode a seguradora modificar subitamente as condições da avença nem deixar de renová-la em razão do fator de idade, sem que ofenda os princípios da boa-fé objetiva, da cooperação, da confiança e da lealdade.

3. A alteração consistente em aumentos necessários ao equilíbrio contratual deve ser efetuada de maneira gradual, da qual o segurado tem de ser previamente cientificado.

4. Embargos de declaração recebidos como agravo regimental, ao qual se nega provimento." (STJ - EDcl no REsp 1159632/RJ, Rel. Ministro JOÃO OTÁVIO DE NORONHA, QUARTA TURMA, julgado em 09/08/2011, DJe 19/08/2011)

No primeiro julgado, estabeleceu-se que a restrição ao direito de não renovar tem razão ape-

nas nas apólices com vigência igual ou acima de vinte anos. O segundo julgado permite a majoração do prêmio em razão da idade, desde que seja gradual e o segurado seja previamente cientificado.

Uma recente decisão do Tribunal de Justiça de São Paulo considerou abusiva a não renovação da apólice, dando uma opção ao segurador para a extinção do contrato:

EMENTA: "Seguro de vida. Cancelamento unilateral. Ação declaratória, cumulada com indenizatória.

1. Rejeita-se preliminar de prescrição, porquanto ao caso presente se aplica o prazo fixado para manejo das ações de reparação civil (03 anos artigo 206 do Código Civil).

2. É nula, de pleno direito, a cláusula que admite a rescisão unilateral, pela seguradora, de contrato de seguro de vida, ao fundamento da simples manifestação de vontade de não mais renovar a apólice.

3. Não se podendo, contudo, impor à seguradora renovação obrigatória de contrato que já revele desequilíbrio entre as partes, imperioso que argue, se pretender a rescisão unilateral, com indenização compatível com o prejuízo suportado pelo segurado com o distrato.

4. Recurso parcialmente provido." (TJ/SP - Apelação nº 0127231-82.2006.8.26.0007, relator: Vanderci Álvares, julgado em 14/09/2011, DJe em 03/10/2011)

O inusitado nessa decisão é que foi dada opção de extinção do contrato, desde que o segurado fosse indenizado em 80% de todo valor pago a título de prêmio, além de uma indenização correspondente ao diferencial entre o último prêmio pago e aquele necessário para que o segurado migrasse para outra seguradora, com outorga dos mesmos benefícios e nas mesmas condições, até completar a idade de 75 anos ou até o decesso.

Como se vê, a questão ainda está distante da uniformização almejada, permanecendo a insegurança jurídica.

Principais normas da Susep e legislação relacionada ao seguro

Resolução CNSP nº 237 de 30/11/2011 - Altera o art. 18 do Anexo I da Resolução CNSP nº 128, de 05 de maio de 2005, dispondo sobre o Fundo de Indenizações Especiais do DPEM. Publicação e vigência: 02/12/2011

Resolução CNSP nº 241 de 1/12/2011 - Dispõe sobre transferências de riscos, em operações de resseguro e de retrocessão, com pessoas não abrangidas pelos incisos I e II do art. 9º da Lei Complementar nº 126, de 15 de janeiro de 2007, e sobre os critérios para comprovação da insuficiência de oferta de capacidade do mercado ressegurador. Publicação e vigência: 07/12/2011

Resolução CNSP nº 242 de 6/12/2011 - Altera e consolida as regras para o pagamento de indenizações referentes a despesas de assistência médica e suplementares - DAMS cobertas pelo seguro DPVAT e dá outras providências. Publicação e vigência: 07/12/2011

Resolução CNSP nº 243 de 6/12/2011 - Dispõe sobre sanções administrativas no âmbito das atividades de seguro, cosseguro, resseguro, retrocessão, capitalização, previdência complementar aberta, de corretagem e auditoria independente; disciplina o inquérito e o processo administrativo sancionador no âmbito da SUSEP e das entidades autorreguladoras do mercado de corretagem e dá outras providências. Publicação: 07/12/2011. Vigência: 07/03/2012

Resolução CNSP nº 244 de 6/12/2011 - Dispõe sobre

as operações de microsseguro, os corretores e os correspondentes de microsseguro e dá outras providências. Publicação e vigência: 07/12/2011

Resolução CNSP nº 245 de 6/12/2011 - Revoga o § 2º do artigo 14 da Resolução CNSP nº 168, de 17 de dezembro de 2007, que dispõe sobre a atividade de resseguro, retrocessão e sua intermediação e dá outras providências. Publicação e vigência: 07/12/2011

Resolução CNSP 246 de 6/12/2011 - Dispõe sobre a comercialização de planos de seguro por meio de bilhete. Publicação e vigência: 07/12/2011

Resolução CNSP 247 de 06/12/2011 - Dispõe sobre seguro obrigatório do transportador, revogando dispositivos da Resolução CNSP nº 182, de 15 de abril de 2008; da Resolução CNSP nº 183, de 15 de abril de 2008; da Resolução CNSP nº 184, de 15 de abril de 2008; da Resolução CNSP nº 219, de 6 de dezembro de 2010 e dá outras providências. Publicação e vigência: 07/12/2011

Resolução CNSP - 248 de 08/12/2011 - Dispõe sobre a atividade de corretagem de resseguros, alterando o art. 7º da Resolução CNSP nº 173, de 17 de dezembro de 2007. Data de Publicação: 09/12/2011. Vigência: 02/01/2012

Resolução CNSP - 249 de 15/02/2012 - Dispõe sobre a atividade dos corretores de seguros de ramos elementares e dos corretores de seguros de vida, capitalização e previdência, bem como seus prepostos. Publicação: 16/02/2012. Vigência: 16/02/2012

Resolução CNSP - 250 de 15/02/2012 - Altera a Resolução CNSP nº 166, de 17 de julho de 2007, que dispõe sobre os requisitos e procedimentos para constituição, autorização para funcionamento, transferência de controle societário, reorganização societária e cancelamento de autorização para funcionamento das entidades que especifica. Publicação e vigência: 17/02/2012

Circular Susep nº 427 de 15/12/2011 - Dispõe sobre a definição de pendência. Publicação e vigência: 16/12/2011

Circular Susep nº 428 de 15/02/2012 - Dispõe sobre a realização de Curso de Habilitação de Corretores de Vida, de Capitalização e de Previdência e dá outras providências. Publicação e vigência: 17/02/2012

Circular Susep nº 429 de 15/02/2012 - Dispõe sobre o registro de corretor e de sociedade corretora de seguros, sobre a atividade de corretagem de seguros e dá outras providências. Publicação e vigência: 17/02/2012

Circular Susep nº 430 de 05/03/2012 - Dispõe sobre alterações das Normas Contábeis a serem observadas pelas sociedades seguradoras, sociedades de capitalização entidades abertas de previdência complementar, e resseguradores locais, instituídas pela Resolução CNSP nº 86, de 3 de setembro de 2002. Publicação e vigência: 07/03/2012, produzindo efeitos relativamente aos procedimentos contábeis a partir de 1º janeiro de 2012.

*publicadas entre 2 de dezembro de 2.011 e 15 de março de 2012.