1

SEGUROS EM ARTIGOS DE ACADÊMICOS

ACERVO DE CÁTEDRAS DA ANSP

ACADEMIA NACIONAL DE SEGUROS E PREVIDÊNCIA

ACADEMIA NACIONAL DE SEGUROS E PREVIDÊNCIA – ANSP

Série Estudos n. 1

SEGUROS EM ARTIGOS DE ACADÊMICOS

Acervo das Cátedras da ANSP

São Paulo

Oficina do Texto

2018

AUTORES

Artigos Científicos:

Camila Affonso Prado

Cesar Augusto Cassoni

Magali Rodrigues Zeller

Márcia Cicarelli Barbosa de Oliveira

Marcos Lucio de Moura e Souza

Thales Dominguez Barbosa da Costa

Voltaire Marensi

Wagner Balera

Artigos do Boletim:

Acacio Queiroz | Alexandre Camillo | Andrés Ricardo Holownia | Angélica Carlini | Auri Luiz de Morais Rodrigues (*in memoriam*) | Artur Santos| Breno Kor | Carlos Josias Menna de Oliveira | Camila Affonso Prado | Cesar Augusto Cassoni | César Lara Peixoto | Daisson Portanova | Daniel Ferri de Menezes | David Santiago | Dilmo Bantim Moreira | Edmur de Almeida | Fernando Silveira | Fernando Simões | Heitor Rigueira | Homero Stabeline Minhoto | Horacio L. N. Cata Preta | João Marcelo dos Santos | Jorge Abel Peres Brazil | José Roberto Macéa | Lucio Antonio Marques | Márcia Cicarelli Barbosa de Oliveira | Fátima Lima | Miguel Roberto Soares Silva (*in memoriam*) |Rafael Kalil | Sérgio Rangel | Sergio Ricardo de M. Souza | Thales Dominguez Barbosa da Costa | Voltaire Marensi

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Seguros em artigos de acadêmicos [livro eletrônico] : acervo das Cátedras da ANSP / organização Academia Nacional de Seguros e Previdência - ANSP. -- São Paulo : Oficina do Texto, 2018. -- (Série estudos ; 1)
ePub

Bibliografia
Vários autores.
ISBN 978-85-85022-00-6

1. Artigos - Coletâneas 2. Dissertações acadêmicas 3. Pesquisa - Metodologia 4. Seguros - Brasil 5. Trabalhos científicos - Metodologia I. Academia Nacional de Seguros e Previdência - ANSP. II. Série.

18-18723 CDD-808.0665

Índices para catálogo sistemático:

1. Artigos científicos : Regras de elaboração 808.0665

Maria Alice Ferreira - Bibliotecária - CRB-8/7964

PREFÁCIO

Prezados leitores,

É um grande orgulho para a nossa Academia Nacional de Seguros e Previdência (ANSP) a publicação desta obra coletiva.

Orgulho pela obra em si e por termos acadêmicos com a qualidade, a disponibilidade e o interesse de colaborar na produção e na divulgação de conhecimentos sobre o seguro.

Nosso muito saudoso Manuel Póvoas, um dos grandes artífices do que é a Academia hoje, sempre deu muita ênfase ao fato de que a força das instituições é um elemento de estabilidade e consistência de uma sociedade em geral e de setores econômicos em especial. E a ANSP busca justamente colaborar, como instituição, para o desenvolvimento do setor de seguros.

Sabemos que, dada nossa escassez de tempo, problema potencializado em um grupo de acadêmicos que exercem posições e atividades importantes no setor de seguros e no mundo acadêmico, a construção de uma obra coletiva como essa depende de grande esforço e disciplina. Por isso, sinceramente, congratulo todos os acadêmicos que participam desta obra.

Sem deixar de reconhecer a utilidade da publicação do livro em meio físico, neste caso optamos por privilegiar o alcance da obra digital. Esperamos, com isso, otimizar a capacidade de levar a todos grande quantidade de estudos e alcançar diferentes grupos de pessoas e interesses.

A obra está dividida em duas partes: uma de artigos doutrinários e outra dedicada a comentários mais curtos. Dessa forma, trazemos uma diversidade não só de temas, mas também de formatos de estudos.

Na parte de doutrina, nossos leitores encontrarão artigos doutrinários sobre previdência complementar, contratos de seguro, riscos cibernéticos e gestão de riscos.

Na parte de estudos e comentários mais curtos, temos textos sobre a comercialização de seguros, o consumidor de seguros, diversos aspectos do contrato de seguro, fraude, gerência de riscos, aspectos relacionados a riscos e sobre a cultura do seguro e o mercado de seguros em geral, no Brasil e no exterior. São objetos de comentários, também, ramos específicos do seguro, como seguros de pessoas em geral e seguros de acidentes pessoais, patrimoniais, de garantia, de responsabilidade civil, de transportes, DPVAT e microsseguro.

Nessa mesma linha, encontraremos comentários sobre previdência complementar e resseguro. Além disso, foram comentados temas conexos ao seguro, como sustentabilidade, terceirização de mão de obra e tributos.

Não poderíamos deixar de fazer especial deferência a toda a diretoria, que tem investido grandes esforços para tornar realidade esta obra e outras realizações, a quem homenageamos na pessoa de nosso vice-presidente operacional, Fernando Simões, e de nossa diretora de cátedras, Márcia Cicarelli, diretamente envolvidos neste projeto. Devemos agradecer também, pelo permanente apoio, ao presidente de nosso Conselho Superior, Mauro Batista, a quem a Academia deve e ainda deverá muito de suas conquistas e reconhecimento.

Enfim, agradecendo desde já o interesse nesta obra, a qual revela a saudável diversidade que é a grande força do grupo de acadêmicos da ANSP, desejamos a todos uma boa leitura!

Saudações acadêmicas,

João Marcelo Máximo dos Santos

Presidente

PARTE I – DOUTRINA

A previdência complementar aberta no Brasil: uma visão contemporânea 31

Cesar Augusto Cassoni

1. Introdução..... 32

2. A seguridade social e a relação com a previdência privada aberta... 33

3. Suporte jurídico 37

4. O mercado de previdência complementar aberta 37

5. Atrativos do plano de previdência privada aberta 40

5.1. Previdência privada aberta e a benesse fiscal..... 40

6. Classificação dos benefícios e planos de previdência privada aberta e sua nomenclatura 41

6.1. Dos benefícios 41

6.2. Dos diversos tipos de planos..... 41

6.3. Planos com características de plano previdenciário 43

7. Conclusão..... 44

8. Referências bibliográficas..... 45

A atuação do perito atuarial em processos judiciais de previdência complementar 47

Magali Rodrigues Zeller

1. Introdução..... 48

2. Da prova pericial..... 49

3. O profissional atuário..... 54

4. A conceituação de previdência social e previdência complementar.. 55

4.1. A Previdência Social 55

4.2. A previdência privada 57

5. O enfoque da perícia atuarial nos processos de previdência complementar 60

6. Conclusão 61

7. Referências bibliográficas 62

O princípio da informação e seus reflexos quanto ao seguro contra riscos cibernéticos 64

Márcia Cicarelli Barbosa de Oliveira

Camila Affonso Prado

Thales Dominguez Barbosa da Costa

1. Introdução 65

2. Os riscos cibernéticos e seu atual tratamento legal 67

3. O dever de informar no código de defesa do consumidor 71

4. O seguro contra riscos cibernéticos 74

5. Conclusão 76

6. Referências bibliográficas 77

Gerência integrada de riscos: vetor para o desenvolvimento sustentável das organizações 78

Marcos Lucio de Moura e Souza

1. Apresentação 80

2. Desenvolvimento 81

3. Gerenciamento integrado de riscos 82

4. Conclusões 88

5. Referências bibliográficas 90

A reciprocidade e cooperação nos contratos de seguro 91

Voltaire Marensi

1. Introdução 92

2. O seguro nos dias atuais 96

3. A legislação brasileira no contrato de seguro e o princípio da reciprocidade 98

4. A reciprocidade e a cooperação nos contratos de seguro 103

5. O contrato de seguro como contrato relacional 108

6. Seguro de pessoas 109

7. Conclusão 111

8. Referências bibliográficas 112

Posição jurídica do assistido na previdência privada 115

Wagner Balera

1. Introdução 117

2. Desenvolvimento 117

3. Conclusão 122

4. Referências bibliográficas 122

Parte II – ARTIGOS DO BOLETIM ANSP POR TEMA

COMERCIALIZAÇÃO 124

A. Comercialização de seguro de vida individualizado 124

Auri Luiz de Morais Rodrigues

B. E-insurance 126

Dilmo Bantim Moreira

C. Por que precisamos do corretor de seguros? 128

Dilmo Bantim Moreira

D. Soluções desencontradas 130

Jorge Abel Peres Brazil

E. A revogação dos seguros singulares pela Circular Susep nº 458/2012 132

Márcia Cicarelli Barbosa de Oliveira e Camila Affonso Prado

COMUNICAÇÃO 134

A. Viveremos a época do sexto poder? 134

Fernando Simões

CONSUMIDOR 138

A. A educação do segurado / consumidor 138

Auri Luiz de Morais Rodrigues

B. Seguros: fases e evolução das relações e condutas do segurador com o segurado 140

Carlos Josias Menna de Oliveira

C. Poupança em uma sociedade de consumo 143

Sérgio Rangel

CONTRATO DE SEGURO 146

A. Os vinte anos do Código de Defesa do Consumidor (CDC) e os contratos de seguro 146

Angélica Carlini

B. Danos pela perda de uma chance e reflexos no contrato de seguro 148

Auri Luiz de Morais Rodrigues e Rafael Kalil

C. O pagamento do sinistro pelo segurador não implica reconhecimento de culpa do segurado 151

Carlos Josias Menna de Oliveira

D. Documento interno e a ação de exibição 154

Carlos Josias Menna de Oliveira

E. Contrato de seguro não presencial.....156

Dilmo Bantim Moreira

F. Lei do Seguro: Projeto de Lei no 3.555/04.....158

Homero Stabeline Minhoto

G. Os desafios da cláusula compromissória nos contratos de seguro .161

Márcia Cicarelli Barbosa de Oliveira e Camila Affonso Prado

H. A proposta de seguro: elemento essencial à aceitação do risco 164

Voltaire Marensi

I. A sub-rogação em sede de contrato de seguro 166

Voltaire Marensi

J. O sinistro no contrato de seguro antes do pagamento do prêmio 168

Voltaire Marensi

CULTURA DO SEGURO.....175

A. Oportunidades combinadas.....175

Dilmo Bantim Moreira

B. Sociedade e seguro de pessoas 178

Dilmo Bantim Moreira

C. Benefícios no seguro 179

Dilmo Bantim Moreira

D. Conscientizar para proteger 182

Dilmo Bantim Moreira

E. Para fortalecer a cultura do seguro 185

Lucio Antonio Marques

DPVAT.....188

A. Cobertura securitária por morte de nascituro em acidente de automóvel 188

Voltaire Marensi

B. Complementação do DPVAT prescreve em três anos.....191

Voltaire Marensi

C. Cabe indenização securitária pelo DPVAT em caso de acidente em manutenção de trator.....194

Voltaire Marensi

FRAUDE.....197

A. O que é entendido como fraude contra o seguro?.....197

José Roberto Macéa

B. Fraude: esta praga que existe em todo lugar 199

Lucio Antonio Marques

GERÊNCIA DE RISCOS.....202

A. Planos de emergência, crise e recuperação da atividade nas empresas 202

Andrés Ricardo Holownia

B. Gerenciamento de riscos.....204

Edmur de Almeida

C. Fragilidade 206

Sérgio Rangel

D. A dieta do petróleo 209

Sérgio Ricardo de M. Souza (estava outro nome no sumário)

MERCADO 211

A. China: oportunidades e riscos para empresários brasileiros.....211

Acacio Queiroz

B. Universo seguro 212

Alexandre Camillo

C. O seguro no Brasil e a economia com seus altos e baixos históricos 215

Auri Luiz de Morais Rodrigues

D. É bem-vinda a Agência Brasileira de Garantias 217

Edmur de Almeida

E. Seguros: A bola da vez 219

Fernando Silveira

F. Fronteiras 222

Lucio Antonio Marques

MICROSSEGURO 226

A. A cultura do microsseguro 226

Breno Kor

B. Seguro para a maioria 228

Dilmo Bantim Moreira

C. Um seguro social 230

Dilmo Bantim Moreira

D. O apoio dos títulos de capitalização ao desenvolvimento do microsseguro 232

Heitor Rigueira

PREVIDÊNCIA 234

A. Benefícios de previdência complementar. Imposto de Renda. Isenção personalíssima. Princípio da dignidade da pessoa humana.....234

Cesar Augusto Cassoni

B. Plano de previdência complementar. Declaração de Imposto de Renda. Contribuições pagas pelo valor do excedente financeiro. Indedutibilidade 237

Cesar Augusto Cassoni

C. Melhor aposentadoria: do sonho à realidade.....239

Daisson Portanova

RESSEGURO 241

A. Novas regras de seguros e resseguros: uma mudança de rumo.....241

João Marcelo dos Santos

B. As novas resoluções do CNSP: legalidade e operacionalização.....251

Márcia Cicarelli Barbosa de Oliveira e Daniel Ferri de Menezes

C. Cláusulas fundamentais em resseguro: conditions precedent, diferença entre o Direito inglês e o Direito brasileiro 256

Márcia Cicarelli Barbosa de Oliveira e Thales Dominguez Barbosa da Costa

RISCOS 261

A. Porto Alegre: cidade de risco 261

Carlos Josias Menna de Oliveira

B. Regulamentação e nichos mercadológicos 263

Dilmo Bantim Moreira

C. Subscrição de riscos pessoais 265

Dilmo Bantim Moreira

D. Só ter o seguro não basta 267

Lucio Antonio Marques

SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS 271

A. Barato e providencial: o seguro de acidentes pessoais 271

Dilmo Bantim Moreira

SEGURO DE PESSOAS 275

A. Oportunidades em seguros para pessoas 275

Dilmo Bantim Moreira

SEGURO DE RESPONSABILIDADE CIVIL 279

A. Responsabilidade civil profissional do advogado, seus efeitos indenizatórios e a reparação pelo seguro 279

Auri Luiz de Morais Rodrigues

B. Eventos seguros.....281

Dilmo Bantim Moreira

C. Aspectos relevantes do seguro de responsabilidade civil.....284

Voltaire Marensi

D. A responsabilidade civil do médico e o seguro.....314

Voltaire Marensi

SEGURO DE TRANSPORTE 317

A. Um semestre perdido 317

Artur Santos

B. Averbação no contrato de seguro de transporte.....319

Voltaire Marensi

C. A indenização de dano moral em contrato benéfico 322

Voltaire Marensi e César Lara Peixoto

SEGURO DE VIDA.....327

A. A importância da renovação das apólices de seguro de vida em grupo 327

David Santiago

B. A inevitabilidade dos seguros de benefícios.....329

Dilmo Bantim Moreira

C. DPSA G: Declaração Pessoal de Saúde, Atividade e Genética 331

Dilmo Bantim Moreira

D. Questão polêmica no Código Civil: salvamento no seguro de vida .334

Homero Stabeline Minhoto

E. Longevidade e seguro 338

Lucio Antonio Marques

F. O suicídio sob o prisma do contrato de seguro e da dissonância dos tribunais com o Código Civil 344

Voltaire Marensi e César Lara Peixoto

G. O seguro de vida, a previdência complementar e os fundos de pensão 348

Voltaire Marensi

H. A não renovação do contrato de seguro de vida em grupo 351

Voltaire Marensi e César Lara Peixoto

SEGURO GARANTIA.....357

A. A função social do seguro garantia 357

Edmur de Almeida

B. Garantia de adiantamento de pagamento: gato por lebre.....359

Edmur de Almeida

C. O seguro garantia que ajuda a financiar pequenas e médias empresas (parte 1).....363

Edmur de Almeida

D. Possibilidade do uso do seguro garantia em execução fiscal.....367

Voltaire Marensi

SEGURO PATRIMONIAL.....369

A. Incêndio no mercado público convida mais uma vez a refletir: o seguro, na tragédia, é o único a repor o prejuízo econômico e financeiro estimável 369

Carlos Josias Menna de Oliveira

B. Seguros patrimoniais: fazer direito para não ficar caro 371

Edmur de Almeida

C. Será que meus mestres me ensinaram errado? 374

Miguel Roberto Soares Silva

SEGURO RURAL 377

A. É o Brasil um país essencialmente rural? 377

Fernando Silveira

SEGURO SAÚDE 380

A. Seguro saúde e assistência médica pública e privada: desafios para o próximo presidente da República 380

Horacio L. N. Cata Preta

B. Sistemas de saúde e as crises periódicas 384

Horacio L. N. Cata Preta

C. Estratégia para transformação de valor no sistema de saúde 389

Jorge Abel Peres Brazil

D. As alterações da nova lei dos planos de saúde 392

Voltaire Marensi

SUSTENTABILIDADE 394

A. Sustentabilidade no setor de seguros.....394

Acacio Queiroz

B. Sustentabilidade como vetor estratégico do negócio.....396

Fátima Lima

TERCEIRIZAÇÃO.....399

A. Desafio para a indústria de seguros 399

Jorge Abel Peres Brazil

TRIBUTOS 400

A. Na venda de bens salvados não incide o ICMS 400

Voltaire Marensi

CURRÍCULOS DOS AUTORES

Acacio Queiroz

Economista, pós-graduado em Finanças e com especialização em Business nos Estados Unidos. Sócio-fundador da Virelid. Conselheiro de Administração Certificado pela Fundação Dom Cabral e pelo Instituto Brasileiro de Governança Corporativa (IBGC). Conselheiro da WTC e GCSM. Acadêmico da Academia Nacional de Seguros e Previdência (ANSP).

Alexandre Camillo

Economista com especialização em Gerência de Negócios de Seguros e Gestão para Administradores. Corretor. Vice-presidente da Federação Nacional dos Corretores de Seguros Privados e de Resseguros, de Capitalização, de Previdência Privada, das Empresas Corretoras de Seguros e Resseguros – Região Sudeste (Fenacor-Sudeste). Presidente do Sindicato dos Corretores de Seguros, de Empresas Corretoras de Seguros, Resseguro, de Saúde, de Vida, de Capitalização, de Previdência no Estado de São Paulo (Sincor-SP). Mentor do Clube dos Corretores de Seguros de São Paulo (CCS-SP). Acadêmico da Academia Nacional de Seguros e Previdência (ANSP).

Andrés Ricardo Holownia

Contador Público Nacional e Licenciado em Administration – Universidad de Buenos Aires; Alarys International Risk Manager (AIRM). Ex-presidente, membro do Conselho e diretor assessor da Associação Brasileira de Gerência de Riscos (ABGR). Ex-vice-presidente da Fundalarys. Ex-diretor da International Federation of Risk and Insurance Managers Associations (Ifrima). Artigos publicados em espanhol, português e inglês sobre temas como inflação e valuação de ativos e gerenciamento de riscos. Assessor independente em auditoria e gestão de riscos. Acadêmico da Academia Nacional de Seguros e Previdência (ANSP).

Angélica Carlini

Advogada. Mestre em Direito Civil. Doutora em Educação e Doutora em Direito Político e Econômico. Pós-doutora em Direito (2016). Mestre em História Contemporânea. Sócia de Carlini Sociedade Advogados Associados. Consultora da Confederação Nacional das Empresas de Seguros Gerais, Previdência Privada e Vida, Saúde Suplementar e Capitalização (CNseg) para a área de Relações de Consumo. Membro da Comissão de Relações de Consumo (CRC) da Confederação Nacional das Empresas de Seguros Gerais, Previdência Privada e Vida, Saúde Suplementar e Capitalização (CNseg). Conselheira da Associação Internacional de Direito do Seguro (Aida). Acadêmica da Academia Nacional de Seguros e Previdência (ANSP).

Auri Luiz de M. Rodrigues (in memoriam)

Advogado. Professor da Fundação Escola Nacional de Seguros (Funenseg). Diretor da SMJ. Corretor de Seguros. Acadêmico da Academia Nacional de Seguros e Previdência (ANSP).

Artur Santos

Engenheiro Civil. Advogado. Vice-presidente de Operações na Pamcary Seguros, empresa provedora de soluções nas áreas de seguros, assistência 24h e gestão de riscos para o transporte de cargas. Acadêmico da Academia Nacional de Seguros e Previdência (ANSP).

Breno Kor

Administrador. Sócio-presidente da Kor Corretora de Seguros. Docente na Fundação Escola Nacional de Seguros (Funenseg). Acadêmico da Academia Nacional de Seguros e Previdência (ANSP).

Carlos Josias Menna de Oliveira

Advogado. Professor diplomado pela Escola Nacional de Seguros (Funenseg). Sócio da C. Josias & Ferrer Advogados Associados. Diretor jurídico do Clube de Seguros Vida e Benefícios – RS (CVG-RS). Acadêmico da Academia Nacional de Seguros e Previdência (ANSP).

Cesar Augusto Cassoni

Advogado. Pós-graduado em Direito Empresarial Contemporâneo. Diretor da Comissão de Direito Securitário da OAB Jabaquara-SP. Atua desde 1990 na Área de Consultoria Jurídica de Seguro de Pessoas e Previdência Complementar, tendo trabalhado em duas das maiores seguradoras nacionais. Acadêmico da Academia Nacional de Seguros e Previdência (ANSP).

Daisson Portanova

Advogado e consultor sindical. Pós-graduado em Processo Civil. Professor em cursos de pós-graduação em Direito Previdenciário. Sócio dos escritórios Portanova e Advogados Associados, do Rio Grande do Sul, Trommer e Portanova Advogados, do Rio de Janeiro, Barros & Portanova no Maranhão. Acadêmico da Academia Nacional de Seguros e Previdência (ANSP).

David Santiago

Gestor de Seguros. Professor do Clube Vida em Grupo – São Paulo (CVG-SP). Consultor de Seguros na Vita Plus Consultoria e Administradora de Seguros. Membro da Comissão de Digitalização (CDIG) na Federação Nacional de Previdência Privada e Vida (FenaPrevi). Ex-presidente do Clube Vida e Grupo – São Paulo (CVG-SP). Acadêmico da Academia Nacional de Seguros e Previdência (ANSP).

Dilmo Bantim Moreira

Atuário. Pós-graduado em Gestão de Seguros e Previdência. Administrador. Professor do Clube Vida em Grupo – São Paulo (CVG-SP) e da Escola Nacional de Seguros (Funenseg). Gerente Técnico na American Life Companhia de Seguros. Membro da Comissão de Seguros de Riscos (CPR) na Federação Nacional de Previdência Privada e Vida (FenaPrevi). Diretor de Cátedra de Seguros de Pessoas da Academia Nacional de Seguros e Previdência (ANSP).

Edmur de Almeida

Corretor e consultor de seguros. Sócio e diretor da Alfa Real Consultoria e Corretagem de Seguros. Diretor da Academia Nacional de Seguros e Previdência (ANSP).

Fátima Lima

Formada em Comunicação Social com ênfase em Publicidade e Propaganda pela Universidade Anhembi Morumbi. Pós-graduada em Administração em Marketing pela Fundação Armando Álvares Penteado (Faap). Diretora de Marketing e Sustentabilidade do Grupo Segurador Banco do Brasil e Mapfre. Membro do board Mundial dos Princípios para Sustentabilidade em Seguros (PSI). Presidente da Comissão de Sustentabilidade e Inovação (CSI) da Confederação Nacional das Empresas de Seguros Gerais, Previdência Privada e Vida, Saúde Suplementar e Capitalização (CNseg) e integrante da Comissão Intrasetorial de Sustentabilidade da Federação Brasileira de Bancos (Febraban). Coordenadora da Cátedra de Sustentabilidade da Academia Nacional de Seguros e Previdência (ANSP).

Fernando Silveira

Jornalista. Fundador da Academia Nacional de Seguros e Previdência (ANSP).

Fernando Simões

Administrador. Pós-graduado em Administração pela Fundação Getúlio Vargas (FGV-SP). Diretor executivo do Sindicato das Empresas de Seguros Privados, de Resseguros e de Capitalização do Estado de São Paulo (Sindseg-SP). Extensa vivência em áreas gerenciais, análise decisória, estratégica, gestão de pessoas e comunicação. Atuou por mais de 30 anos como executivo de seguradoras. Vice-presidente operacional da Academia Nacional de Seguros e Previdência (ANSP).

Heitor Rigueira

Atuário. Estatístico. Matemático. Diretor da HR Serviços Atuariais Ltda. Diretor de Saúde do Instituto Brasileiro de Atuária (IBA). Membro da Comissão Atuarial (CAT) da Confederação Nacional das Empresas de Seguros Gerais, Previdência Privada e Vida, Saúde Suplementar e Capitalização (CNSeg). Acadêmico da Academia Nacional de Seguros e Previdência (ANSP).

Homero Stabeline Minhoto

Advogado. Mestrado na Pontifícia Universidade de São Paulo (PUC-SP). Ex-professor de Processo Civil em pós-graduação na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Coordenadoria-geral de Especialização, Aperfeiçoamento e Extensão (PUC-SP/COGEAE). Ex- professor de Processo Civil na Faculdade de Direito de Osasco, Fundação Instituto de Ensino (FIEO). Ex-professor de Processo Civil na Universidade do Grande ABC. Sócio-gerente da Minhoto Advogados Associados. Fundador e vice-presidente jurídico da Academia Nacional de Seguros e Previdência (ANSP).

Horacio L. N. Cata Preta

Empresário e Corretor de Seguros. Pós-graduado em Gerência Financeira e Gerência Financeira de Seguros pela Fundação Getúlio Vargas (FGV-SP). Sócio diretor-gerente da Golden Insurance Consultoria e Corretagem de Seguros Ltda.

Sócio diretor-gerente da Golden Business – Soluções Empresariais. Acadêmico da Academia Nacional de Seguros e Previdência (ANSP).

João Marcelo dos Santos

Advogado. Mestre em Direito Tributário. Professor da pós-graduação em Gestão de Seguros da Escola Nacional de Seguros (Funenseg). Ex-diretor e superintendente substituto da Superintendência de Seguros Privados (Susep). Sócio-fundador do Santos Bevilaqua Advogados. Presidente da Academia Nacional de Seguros e Previdência (ANSP).

Jorge Abel Peres Brazil

Bacharel em Direito. Administrador especializado em Negócios Internacionais e Resseguros. Head de Inteligência de Negócios na BRISK. Acadêmico da Academia Nacional de Seguros e Previdência (ANSP).

José Roberto Macéa

Formação em Marketing. Tecnólogo. Formação em Vendas. Certificado como Professional & Self Coaching. CEO na Prosper6. Acadêmico da Academia Nacional de Seguros e Previdência (ANSP).

Lucio Antonio Marques

Administrador de Empresas. Pós-graduado lato sensu. Formado em História pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) com licenciatura plena pela Faculdade de Educação. Assessor Institucional da Sabemi Seguradora S.A. Vice-presidente do Sindicato das Seguradoras do RJ/ES. Presidente do Conselho Fiscal da Líder-DVPA. Membro do Conselho Superior, do Conselho Editorial e presidente do Conselho Fiscal da Escola Nacional de Seguros (Funenseg). Membro do Conselho Fiscal da Confederação Nacional das Empresas de Seguros Gerais, Previdência Privada e Vida, Saúde Suplementar

e Capitalização (CNseg). Membro do Conselho Fiscal e da Comissão de Assuntos Jurídicos (CAJ) da Federação Nacional de Previdência Privada e Vida (FenaPrevi). Membro do Conselho Fiscal da Federação Nacional de Seguros Gerais (FenSeg). Membro do Conselho Fiscal da Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados, de Capitalização e de Previdência Complementar Aberta (Fenaseg). Acadêmico da Academia Nacional de Seguros e Previdência (ANSP).

Magali Rodrigues Zeller

Atuária e Auditora, certificada pelo Instituto Brasileiro de Atuária (IBA) em todos os segmentos de atuação: Seguros, Saúde, Previdência, Capitalização e Resseguros. Contadora, especialista em Estatística e MBA em Gestão de Saúde. Sócia-diretora e Atuária na AT Service Engenharia e Consultoria Atuarial. Coordenadora da Cátedra Ciência Atuarial da Academia Nacional de Seguros e Previdência (ANSP).

Márcia Cicarelli Barbosa de Oliveira

Advogada. Especializada em Direito Securitário. Professora do MBA em Direito Securitário e Ressecuritário da Escola Nacional de Seguros (Funenseg). Sócia sênior do Demarest Advogados. Diretora de Cátedras e Coordenadora da Cátedra Contrato de Seguro da Academia Nacional de Seguros e Previdência (ANSP).

Marcos Lucio de Moura e Souza

Engenheiro. Eletricista. Pós-graduado em Administração Industrial, especializado em Gerência de Riscos. Sócio-diretor da Plaris Planejamento e Serviços Ltda. Membro do Conselho Consultivo da Associação Brasileira de Gerência de Riscos (ABGR). Membro fundador e Coordenador da Cátedra de Gerência de Riscos da Academia Nacional de Seguros e Previdência (ANSP).

Miguel Roberto Soares Silva (in memoriam)

Administrador. Pós-graduado em Engenharia de Incêndio, Químico Industrial e Contabilista. Sócio-gerente das empresas Trevizan & Associados Consultoria e Corretagem de Seguros Ltda. e Aste Assessoria e Técnica de Seguros Ltda. Acadêmico da Academia Nacional de Seguros e Previdência (ANSP).

Sérgio Rangel

Atuário. Mestre em Economia. Especialização em Seguros de Vida e Anuidades e em Psicologia Econômica. Professor de Atuária da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Consultor sênior da Mirador Atuarial. Acadêmico da Academia Nacional de Seguros e Previdência (ANSP).

Sergio Ricardo de M. Souza

Superintendente de Riscos Ind e Comerciais – Massificados da SulAmérica Seguros. Acadêmico da Academia Nacional de Seguros e Previdência (ANSP).

Voltaire Marensi

Advogado. Professor aposentado da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Advogado em Brasília/DF no escritório Marensi, De Kühl e Peixoto Advogados Associados. Partner de Franco Advogados com escritório matriz (sede) em São Paulo/SP. Coordenador da Cátedra Direito do Seguro da Academia Nacional de Seguros e Previdência (ANSP).

Wagner Balera

Advogado. Professor titular da Faculdade de Direito da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Coordenador da Cátedra de Previdência da Academia Nacional de Seguros e Previdência (ANSP).

Não acadêmicos

Camila Affonso Prado

Advogada. Sócia júnior do Demarest Advogados. Membro do Grupo de Resseguro da Associação Internacional de Direito do Seguro (AIDA).

César Lara Peixoto

Advogado. Possui atuação concentrada e destacada no Superior Tribunal de Justiça, Supremo Tribunal Federal, Justiça Federal, Tribunal de Justiça do Distrito Federal, Ministérios e Autarquias nos ramos do Direito Civil, Securitário, Previdenciário Privado e Família. É responsável pelo acompanhamento e gestão de processos de algumas Seguradoras e Entidades de Previdência Privada nos Tribunais da Capital Federal, possui vários artigos doutrinários em coautoria com seu Sócio Dr. Voltaire Marensi, publicados em sites, jornais e revistas direcionadas aos operadores do Direito como: Magister, Consulex, Correio Brasiliense, IBDFAM e outros.

Daniel Ferri de Menezes

Especialista em direito processual civil pela Pontifícia Universidade Católica. Árbitro na Câmara Nacional de Arbitragem na Comunicação. Foi membro do comitê jurídico da ANFAVEA. Foi membro do comitê Jurídico da ABA. Advogado e Consultor jurídico. Sócio Fundador do Escritório Ferri Menezes Advogados, atuante nas seguintes áreas: Seguro/Resseguro, Telecomunicações/Regulatório, Arbitragem, Propriedade Intelectual, Direito Imobiliário, Direito Administrativo, Direitos Difusos e Coletivos, Direito

econômico, Direito Digital, Auto regulamentação Publicitária, Recall/Lei Ferrari entre outros segmentos de natureza empresarial/cível.

Rafael Kalil

Advogado.

Thales Dominguez Barbosa da Costa

Advogado. Atua na banca do Demarest Advogados.

Parte I

ARTIGOS CIENTÍFICOS

A previdência complementar aberta no Brasil: uma visão contemporânea

*CASSONI, Cesar Augusto**

Resumo

Com a promulgação da Lei Complementar nº 109, de 29 de maio de 2001, que foi publicada no Diário Oficial da União em 30 de maio de 2001, dispondo sobre o Regime de Previdência Complementar (RPC), inicia-se uma nova era. Foi criado um novo instituto, um regime privado e específico, o Regime de Previdência Complementar. A previdência complementar, que proporcionou ao país um excelente mecanismo de constituição de reservas, gerou uma grande oportunidade de mercado que está sendo disputada acirradamente entre as entidades de previdência complementar e seguradoras autorizadas, principalmente em razão dos expressivos valores envolvidos. Esses e outros aspectos serão abordados durante o desenvolvimento do texto.

Palavras-chave: Previdência Social. Previdência privada aberta. Previdência complementar. Benefícios.

* Advogado, atuando na área de Seguros e Previdência Complementar desde 1989. Coordenador de Contratos Previdenciários em uma das maiores Seguradoras Nacionais. Especialista em Direito Empresarial. Acadêmico da Academia Nacional de Seguros e Previdência. (ANSP).

1. Introdução

O objetivo principal deste estudo é buscar, no ordenamento jurídico pátrio, elementos que possibilitem uma visão contemporânea do sistema de previdência privada de caráter complementar, demonstrando a evolução dos meios garantidores de sua existência.

O estudo é realizado no âmbito do Direito positivo, constatando a evolução dos normativos em torno do tema, o que demonstra a preocupação dos governantes quanto à segurança jurídica das relações estabelecidas nesse particular, bem como a solidificação do sistema pela verificação da crescente evolução dos valores dos fundos previdenciários privados, o que por sua vez evidencia o interesse dos indivíduos e das empresas nesse segmento.

Será descrita uma síntese da evolução da previdência privada no Brasil, destacando sua origem e sua integração na seguridade social, com destaque para a função social que desempenha e as pessoas que integram a relação que se estabelece entre os órgãos governamentais e as entidades de previdência privada aberta ou seguradora autorizadas, bem como entre essas entidades e seguradoras e os participantes dos planos de previdência privada.

Em prosseguimento, será demonstrado o acervo dos planos de previdência privada aberta, com ênfase e maior destaque para os planos coletivos, momento em que serão destacados a benesse fiscal e os novos planos do mercado. A identificação da criação de mecanismos legais de proteção será, também, realçada.

O momento histórico é oportuno. A previdência privada de caráter complementar, como é chamada na lei complementar que a regulamenta, criou raízes e está evoluindo, passando a interagir com outros ramos do Direito e sendo necessária a assimilação rápida e eficaz das técnicas comerciais e legislação aplicável, em todas as áreas, frente ao crescente acúmulo de reservas verificado, resultado do aumento da confiança em um sistema sólido que gera segurança aos investidores.

Em síntese, este estudo não tem, portanto, a pretensão de colocar um ponto-final no tema da previdência complementar aberta, especialmente no tocante à

Lei Complementar nº 109, de 29 de maio de 2001 (publicada em 30/05/2001), mas servir de estopim para desencadear discussões sobre esse tema a fim de que o debate possa ser aprimorado.

2. A seguridade social e a relação com a previdência privada aberta

Os avanços tecnológicos na Medicina, com a utilização de equipamentos sofisticados munidos de raio laser, ultrassons e microscópios eletrônicos infinitamente potentes que possibilitam um estudo detalhado da célula e da unidade morfofisiológica da estrutura dos seres vivos permitiram o efetivo combate a doenças e a reposição de saúde do ser humano, gerando uma maior sobrevida.

Passando a viver mais tempo, o homem precisou rever seus conceitos de existência, desenvolvendo novas técnicas de produção de alimentos, moradia, saneamento básico e convívio social e ambiental visando a sobrevivência da espécie nesse novo paradigma de longevidade.

As sociedades e os Estados, cujo fim é o bem-estar do homem, desenvolvem continuamente mecanismos destinados a permitir essa sobrevivência, estabelecendo normas de garantia aos cidadãos em todas as fases de sua vida: quando infantes, em fase laborativa, com idade avançada, saudáveis ou enfermos, enfim, criando mecanismos que se cristalizam em direitos que, reunidos, passam a integrar a chamada Seguridade Social.

A Seguridade Social, portanto, compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à Previdência e à assistência social.

No Brasil, esse conceito está inserido no texto constitucional, mais especificamente no Artigo 194 da Constituição Federal, que, no parágrafo único, estabelece os objetivos da Seguridade Social conforme segue: I – universalidade da cobertura e do atendimento; II – uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais; III – seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços; IV – irredutibilidade do valor dos

benefícios; V – equidade na forma de participação no custeio; VI – diversidade da base de financiamento; VII – caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos segurados da Previdência Social[1] e do governo nos órgãos colegiados[2].

Essa configuração está assim disposta no texto constitucional:

> Constituição Federal. Art. 195. A seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das seguintes contribuições sociais:
>
> I – do empregador, da empresa e da entidade a ela equiparada na forma da lei, incidentes sobre: (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)
>
> a) a folha de salários e demais rendimentos do trabalho pagos ou creditados, a qualquer título, à pessoa física que lhe preste serviço, mesmo sem vínculo empregatício; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)
>
> b) a receita ou o faturamento; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)
>
> c) o lucro; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)
>
> II – do trabalhador e dos demais segurados da Previdência Social, não incidindo contribuição sobre aposentadoria e pensão concedidas pelo regime geral de Previdência Social de que trata o Art. 201; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)
>
> III – sobre a receita de concursos de prognósticos.
>
> IV – do importador de bens ou serviços do exterior, ou de quem a lei a ele equiparar. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 42, de 19.12.2003)

[1] Constituição Federal. Art. 195, Inciso II – "do trabalhador e dos demais segurados da previdência social, não incidindo contribuição sobre aposentadoria e pensão concedidas pelo regime geral de previdência social de que trata o Art. 201; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)"

[2] Redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998.

Unindo-se ao tripé da Seguridade Social (saúde, previdência e assistência social), o regime de previdência privada, de caráter complementar é organizado de forma autônoma em relação ao regime geral de Previdência Social e facultativo, baseado na constituição de reservas que garantam o benefício contratado e regulado por lei complementar[3].

Com a edição da Lei Complementar nº 109, de 29 de maio de 2001, publicada no Diário Oficial da União em 30 de maio de 2001, e que dispõe sobre o Regime de Previdência Complementar, revogando a Lei nº 6.435/1977, que até então regulava as entidades de previdência privada abertas e fechadas, iniciou-se uma nova era.

A previdência privada de caráter complementar[4] também assume a característica de ser suplementar, facultativa, ou, ainda, simplesmente supletiva.

É Previdência Privada por ser operada por entidades de previdência complementar de natureza privada, que têm como objetivo principal instituir planos de benefícios de caráter previdenciário.

A característica de complementar decorre da finalidade de complementação do benefício recebido da previdência oficial, chamado de Regime Geral de Previdência Social. Como se sabe, o benefício de aposentadoria recebido da Previdência Social (Regime Geral de Previdência Social, pago pelo Instituto Nacional de Seguro Social, o INSS), é limitado a um valor máximo, denominado teto, independentemente do salário percebido pelo trabalhador em sua fase laborativa. Ou seja: se o trabalhador recebia enquanto laborava um salário superior ao valor do teto pago pela Previdência Social e pretender manter o padrão de vida que esse recebimento mensal lhe proporcionava, ao aposentar-se poderá fazê-lo por meio de um plano de previdência privada, que lhe proporcionará um benefício de renda assumindo o caráter de complementação da previdência oficial.

[3] Constituição Federal. Art. 202. (Com a redação dada pela Emenda Constitucional nº 20/1998).
[4] Lei Complementar nº 109/2001. Art. 1º "caput".

Nesse caso, o valor da aposentadoria será a soma dos valores recebidos do INSS com a dos valores recebidos da entidade de previdência privada contratada para administrar seu plano de previdência complementar.

A característica de suplementar surge quando o valor recebido da entidade de previdência privada somado ao valor da aposentadoria do regime oficial exceder o valor recebido pelo trabalhador durante sua fase laborativa.

A previdência privada é facultativa por não ser obrigatória.

Em razão da característica da autonomia outorgada por lei complementar, a previdência privada pode assumir o caráter de supletiva, isto é, não tem o sentido de "complementar", os benefícios recebidos da Previdência Social, mas sim "fazer as vezes de", em substituição ao benefício da Previdência Social.

O conceito, apesar de inicialmente refutável em razão dos padrões culturais da sociedade brasileira, reflete uma realidade incontestável: a dos trabalhadores da economia informal, que não contribuem para o Regime Geral da Previdência Social, não sendo, portanto, segurados da previdência oficial, mas que possuem um plano de previdência complementar. Daí a característica de supletividade.

A previdência privada agrega soluções de âmbito social ao Estado brasileiro, pois, embora o Regime Geral da Previdência Social atinja seu objetivo social quando contempla cerca de 70% (setenta por cento) da mão de obra laborativa nacional (população que recebe menos do que 10 salários mínimos mensais)[5], o percentual restante, 30% (trinta por cento), que percebe salários superiores a 10 salários mínimos, para não ver seu padrão de vida reduzido na aposentadoria pelo recebimento de um valor mensal menor do que recebia quando trabalhava, pode socorrer-se de uma complementação de aposentadoria por meio da previdência privada de caráter complementar.

[5] CASSONI, Cesar Augusto. Conforme palestra realizada no I Congresso Nacional de Previdência Privada, promovido pela Editora Ltr em São Paulo, em julho de 2001.

3. Suporte jurídico

Integrando a Previdência Privada ao ordenamento jurídico pátrio, vislumbramos normas específicas reguladoras adjetivando os fatos da vida humana relativos à formação de poupança privada e rentabilizada para a utilização durante o período pós laborem, não laborativo, sob a administração de empresa especializada.

Isso porque não basta a simples ocorrência de um fato para que produza efeitos jurídicos. Necessário se faz que, sendo relevante para o mundo jurídico, esse fato seja "selecionado" e justaposto à norma jurídica.

No âmbito do Direito, para que um fato seja considerado jurídico mister se faz haver uma norma pertencente a determinado sistema jurídico que lhe atribua um efeito jurídico.

A existência de uma norma específica tratando da matéria, como no caso da previdência privada, que possui lei complementar regulamentadora, bem como a justaposição e integração de outras leis do ordenamento jurídico e das normas administrativas editadas pelos órgãos governamentais competentes, conferem segurança jurídica ao instituto da previdência privada.

Pode-se afirmar que é aplicável à previdência privada toda a legislação brasileira, bem como os princípios gerais de Direito.

4. O mercado de previdência complementar aberta

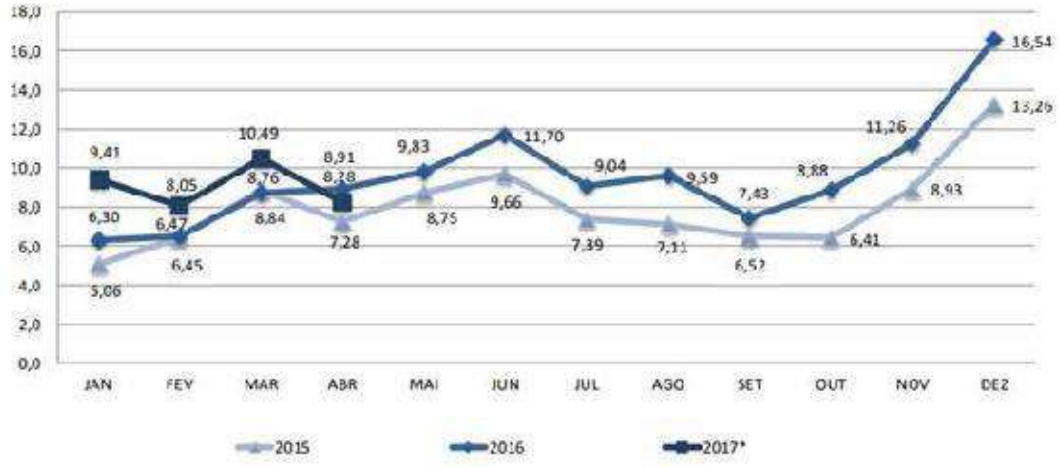
Conforme dados colhidos pela Federação Nacional de Previdência Privada e Vida (Fenaprevi), os novos recursos acumulados pelo sistema de previdência complementar representam cerca de 10% do Produto Interno Bruto (PIB) brasileiro.

O mercado foi impulsionado pelos planos oferecidos, arrecadando valores na faixa de 7 bilhões ao segmento em 2014[6].

[6] Fonte: FENAPREVI. Disponível em: <www.cnseg.org.br/fenaprevi/>. Acesso em: 31 maio 2018.

No período seguinte, houve progressivo aumento nas contribuições aos planos de previdência complementar considerando-se os planos PGBLs e VGBLs, conforme demonstrado a seguir:

EVOLUÇÃO DE PRÊMIOS E CONTRIBUIÇÕES

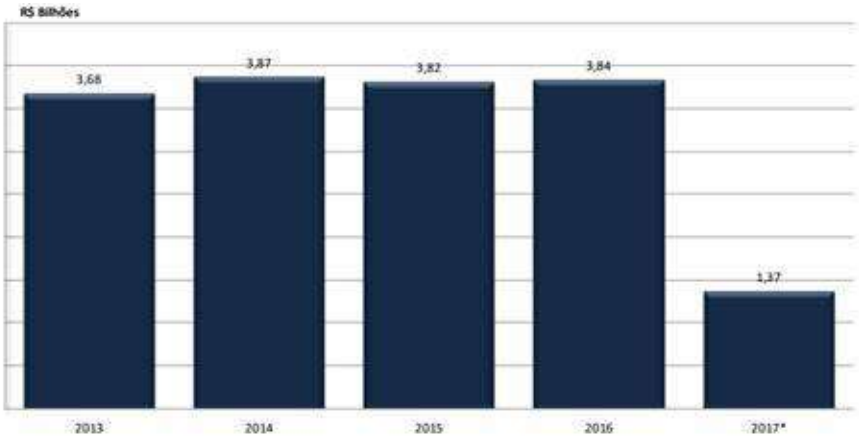


Dados referentes aos produtos PGBL, VGBL e Planos Tradicionais de Acumulação[7].

[7] Fonte: FENAPREVI. Coberturas de pessoas: planos de acumulação: dados até abril de 2007. p. 21. Disponível em: <www.cnseg.org.br/fenaprevi/estatísticas>. Acesso em: 30 maio 2018.

A evolução da receita demonstra maior aceitação dos consumidores em investir seus recursos na reserva previdenciária privada, o que se verifica com a demonstração do crescimento da carteira de investimentos dos planos de previdência complementar.

EVOLUÇÃO ANUAL DAS CONTRIBUIÇÕES (ATÉ ABRIL 2017)[8].



Com esse gráfico em destaque, verifica-se a elevação dos números da previdência privada aberta em contraposição à crise no mercado internacional, funcionando como um convite à participação do sistema.

É importante destacar a evolução da carteira de receitas dos planos PGBL, planos tradicionais e VGBL.

FATURAMENTO MENSAL DO SETOR (valores em R$ bilhões)*

Valores	dez/16	jan/17	fev/17	mar/17	abr/17
Receita VGBL + Previdência	16,752	9,631	8,242	10,761	8,553

*Sincor-SP. Sindicato dos Corretores de Seguros no Estado de São Paulo. Carta de conjuntura do setor de seguros, maio 2017, p. 15.

[8] Fonte: FENAPREVI. Coberturas de pessoas: planos de acumulação: dados até abril de 2007. p. 76. Disponível em: <www.cnseg.org.br/fenaprevi/estatísticas>. Acesso em: 30 maio 2018.

5. Atrativos do plano de previdência privada aberta

Inúmeras empresas se interessaram na administração dos recursos gerados pelas entidades de previdência privada, especializando-se e gerando com isso novas oportunidades no mercado de trabalho, com a contratação de novos funcionários e, principalmente, técnicos especializados, analistas, matemáticos, atuários, advogados, economistas etc.

Além disso, o desenvolvimento da previdência privada gerou fusões empresariais e parcerias, verdadeiras “joint-ventures” entre empresas nacionais e entre essas e empresas estrangeiras visando a administração conjunta dos recursos garantidores dos planos de benefícios.

Como se não bastasse, as empresas que possuem um plano de previdência complementar a ser oferecido a seus funcionários têm mais um atrativo, o que aumenta as possibilidades de contratação e a manutenção de bons profissionais.

5.1. Previdência privada aberta e a benesse fiscal

As empresas que oferecem planos de previdência complementar aos funcionários e dirigentes podem deduzir até o limite de 20% (vinte por cento) de sua folha constituída pela remuneração de seus dirigentes e dos salários de seus funcionários vinculados ao plano de previdência complementar na determinação do lucro real e da base de cálculo do imposto de renda.

Não é somente a empresa que é beneficiada com a contratação de um plano de previdência privada, mas também os funcionários e os dirigentes que a ele aderiram, pois os valores de contribuição para as entidades de previdência complementar cujo ônus tenha sido do participante-contribuinte podem ser deduzidos da base de cálculo mensal do imposto de renda até o limite de 12% (doze por cento) do total dos rendimentos computados na declaração anual.

Podem também ser deduzidos[9], respeitando-se o limite de 12% (doze por cento) já referido, os valores de contribuição pagos aos dependentes econômicos dos participantes.

6. Classificação dos benefícios e planos de previdência privada aberta e sua nomenclatura

6.1. Dos benefícios

Hoje, a nova Lei Complementar nº 109/2001 refere-se a benefícios de caráter previdenciário[10] regulados por lei e autorizados pelo gestor em dois grupos: benefícios de prestação continuada e benefícios de pagamento único.

Os benefícios de prestação continuada classificam-se em benefícios de renda propriamente dito e de renda decorrente de risco.

Entende-se por renda, para fins do Direito da previdência complementar, a série de pagamentos, mensal e sucessiva, em dinheiro, feitas pela entidade de previdência complementar ao assistido pelo plano de previdência complementar. Segue quadro demonstrativo:

BENEFÍCIOS PREVIDENCIÁRIOS DA PREVIDÊNCIA COMPLEMENTAR			
Benefícios de prestação continuada			Benefícios de pagamento único
Renda propriamente dita	Renda decorrente de riscos		Pecúlios (decorrentes de morte)
---	Invalidez	Morte	---

6.2. Dos diversos tipos de planos

A crescente procura pelos produtos de previdência complementar levou as entidades administradoras e os órgãos governamentais competentes a

[9] Medida Provisória nº 2113/2001, de 27/04/2001.
[10] A legislação anterior dizia que os benefícios da previdência privada deveriam ser "assemelhados complementares" aos da Previdência Social, sem esclarecer ao certo o que pretendia.

desenvolver novos produtos comercializáveis visando a captação de recursos, considerando a forma de administração dos recursos, as tábuas atuariais, os períodos de carência, as taxas de administração, os benefícios mediatos (de renda e de risco) etc.

Os planos de previdência complementar aberta com cobertura por sobrevivência deverão ter sua denominação precedida das respectivas siglas e serão dos seguintes tipos[11]:

I – PGBL (Plano Gerador de Benefício Livre): planos que, durante o período de diferimento, tenham a remuneração da provisão matemática de benefícios a conceder baseada na rentabilidade da(s) carteira(s) de investimentos exclusivas – FIE(s), no(s) qual(is) esteja(m) aplicada(s) a totalidade dos respectivos recursos, sem garantia de remuneração mínima e de atualização de valores e sempre estruturados na modalidade de contribuição variável.

II – PRGP (Plano com Remuneração Garantida e Performance): planos que garantam aos participantes, durante o período de diferimento, remuneração por meio da contratação de índice de atualização de valores e de taxa de juros e a reversão, parcial ou total, de resultados financeiros.

III – PAGP (Plano com Atualização Garantida e Performance): planos que garantam aos participantes, durante o período de diferimento, por meio da contratação de índice de preços, apenas a atualização de valores e a reversão, parcial ou total, de resultados financeiros.

IV – PRSA (Plano com Remuneração Garantida e Performance sem Atualização) planos que, sempre estruturados na modalidade de contribuição variável, garantam aos participantes, durante o período de diferimento, remuneração por meio da contratação de taxa de juros e a reversão, parcial ou total, de resultados financeiros.

V – PRI (Plano de Renda Imediata) planos que, mediante contribuição única, garantam o pagamento do benefício sob a forma de renda imediata.

[11] Circular Susep nº 338, de 30 de janeiro de 2007.

Por sua vez, os Fundos de Aposentadoria Programada Individual (FAPI)[12] integram o sistema. Constituídos sob a forma de condomínio aberto, terão seus recursos aplicados de acordo com as normas do Conselho Monetário Nacional.

Outros tipos de planos podem ser desenhados e criados pelas entidades abertas de previdência privada, sendo neste caso necessariamente e previamente submetidos à aprovação do órgão regulamentar competente.

6.3. Planos com características de plano previdenciário

Trata-se de planos de seguro de pessoas com cobertura por sobrevivência que se assemelham aos planos de previdência. Podem ser dos seguintes tipos[13]:

I – VGBL (Vida Gerador de Benefício Livre): planos que, durante o período de diferimento, tenham a remuneração da provisão matemática de benefícios a conceder baseada na rentabilidade da(s) carteira(s) de investimentos de FIE(s), no(s) qual(is) esteja(m) aplicada(s) a totalidade dos respectivos recursos, sem garantia de remuneração mínima e de atualização de valores e sempre estruturados na modalidade de contribuição variável.

II – VRGP (Vida com Remuneração Garantida e Performance): planos que garantam aos segurados, durante o período de diferimento, remuneração por meio da contratação de índice de atualização de valores e de taxa de juros e a reversão, parcial ou total, de resultados financeiros;

III – VAGP (Vida com Atualização Garantida e Performance): planos que garantam aos segurados, durante o período de diferimento, por meio da contratação de índice de preços, apenas a atualização de valores e a reversão, parcial ou total, de resultados financeiros;

IV – VRSA (Vida com Remuneração Garantida e Performance sem Atualização): planos que, sempre estruturados na modalidade de contribuição variável, garantam aos segurados, durante o período de diferimento, remuneração por

[12] Lei nº 9.477, de 24 de julho de 1997.
[13] Circular Susep nº 339, de 31 de janeiro de 2007.

meio da contratação de taxa de juros e a reversão, parcial ou total, de resultados financeiros.

V – Dotal Puro: planos que, sempre estruturados na modalidade de benefício definido e no regime financeiro de capitalização, garantam aos segurados, durante o período de diferimento, remuneração por meio da contratação de índice de atualização de valores, taxa de juros e, opcionalmente, tábua biométrica, sem reversão de resultados financeiros, sendo o capital segurado pago ao segurado sobrevivente ao término do período de diferimento.

VI – Dotal Misto: planos que, sempre estruturados na modalidade de benefício definido e no regime financeiro de capitalização, garantam aos segurados, durante o período de diferimento, remuneração por meio da contratação de índice de atualização de valores, taxa de juros e, opcionalmente, tábua biométrica, sem reversão de resultados financeiros, sendo o capital segurado pago em função da sobrevivência do segurado ao período de diferimento ou de sua morte ocorrida durante aquele período.

VII – Dotal Misto com Performance: planos que, sempre estruturados na modalidade de benefício definido e no regime financeiro de capitalização, garantam aos segurados, durante o período de diferimento, remuneração por meio da contratação de índice de atualização de valores, taxa de juros e, opcionalmente, tábua biométrica, com reversão, parcial ou total, de resultados financeiros, sendo o capital segurado pago em função da sobrevivência do segurado ao período de diferimento ou de sua morte ocorrida durante aquele período.

VIII – VRI (Vida com Renda Imediata): planos que, mediante prêmio único, garantam o pagamento de capital segurado sob a forma de renda imediata.

7. Conclusão

Nunca é demais lembrar que a previdência privada tem como objetivo principal executar planos de caráter previdenciário, foco que não deve ser distanciado.

Os elementos de proteção destacados nesta obra, especialmente dos ativos geradores das reservas na previdência complementar, garantem a sobrevivência do sistema e sua sustentabilidade.

Com esse panorama, constata-se um cenário atrativo e favorável aos investimentos no âmbito da previdência privada.

Trata-se de uma grande oportunidade de mercado que está sendo disputada acirradamente entre as entidades de previdência privada de caráter complementar e seguradoras autorizadas a funcionar como tal, principalmente em razão dos expressivos valores envolvidos.

Por esse motivo, o segmento da previdência privada ganhou a conotação de "bola da vez", para o qual estão sendo dirigidas todas as formas de atenção dos entes públicos, das empresas e dos consumidores que primam pelo seu controle e pelo aprimoramento da qualidade dos serviços.

8. Referências bibliográficas

ARRUDA, Maria da Glória Chagas. A previdência privada aberta como relação de consumo. São Paulo: LTr, 2004.

BRASIL. Lei nº 9.477, de 24 de julho de 1997. Institui o Fundo de Aposentadoria Programada Individual – FAPI e o Plano de Incentivo à Aposentadoria Programada Individual, e dá outras providências. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9477.htm>. Acesso em: 31 maio 2018.

BRASIL. Lei Complementar nº 109, de 29 de maio de 2001. Dispõe sobre o regime de previdência complementar e dá outras providências. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp109.htm>. Acesso em: 31 maio 2018.

BRASIL. Medida Provisória nº 2.113-32, de 21 de junho de 2001. Altera a legislação das Contribuições para a Seguridade Social – COFINS, para os Programas de Integração Social e de Formação do Patrimônio do Servidor Público – PIS/PASEP e do Imposto sobre a Renda, e dá outras providências.

Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/mpv/Antigas_2001/2113-32.htm>. Acesso em: 31 maio 2018.

CASSONI, Cesar Augusto. O sistema de previdência complementar. In: Estudos em Homenagem ao Prof. Wagner Balera. São Paulo: Moreau Advogados, 2004. p. 74-95

CONFLITO de competência. Revista do Tribunal Regional Federal 3ª Região, v. 50, n. 3683. São Paulo: Themis, 2001. p. 225.

FENAPREVI. Federação Nacional de Previdência Privada e Vida. Gráfico de evolução da receita. Disponível em: <www.cnseg.org.br/fenaprevi>. Acesso em: 31 maio 2018.

MARENSI, Voltaire . O seguro: a vida e sua modernidade. 21. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2008.

PÓVOAS, Manuel Soares. Na rota das instituições do bem-estar: seguro e Previdência. São Paulo: Green Forest do Brasil, 2000.

_____. Previdência privada: filosofia, fundamentos técnicos, conceituação jurídica. 2. ed. São Paulo: Quartier Latin, 2006.

SEVERINO, Antônio Joaquim. Metodologia do trabalho científico. São Paulo: Cortez, 2000.

SUSEP. Circular nº 338, de 30 de janeiro de 2007. Altera e consolida regras e critérios complementares de funcionamento e de operação da cobertura por sobrevivência oferecida em planos de previdência complementar aberta e dá outras providências. Disponível em: <www2.susep.gov.br/bibliotecaweb/biblioteca.aspx>. Acesso em: 31 maio 2018.

VILANOVA, Lourival. Causalidade e relação no Direito. São Paulo: Saraiva, 1995.

A atuação do perito atuarial em processos judiciais de previdência complementar

*ZELLER, Magali Rodrigues**

Resumo

A perícia atuarial consiste no exame ou vistoria de caráter técnico de determinada questão, discussão ou tema peculiar com o propósito de conduzir à instância decisória elementos irrefutáveis necessários para subsidiar a constatação de um fato ou a solução de determinado litígio. Nos últimos anos, a quantidade de demandas judiciais que envolvem as ciências atuariais tem crescido gradativamente, principalmente nos casos em que funcionários e ex-funcionários ingressam com ações judiciais em face das entidades fechadas de previdência complementar e de suas patrocinadoras buscando revisão/recálculo de sua aposentadoria complementar. Cada vez mais, há necessidade da atuação do perito atuarial, visto que o profissional atuário detém ferramentas e conhecimentos específicos para emitir pareces sobre os planos de benefícios. O principal enfoque deste trabalho é o de enaltecer a relevância da atuação do profissional atuário como perito judicial, analisando as características basilares da prova pericial e suas peculiaridades e, por conseguinte, como o perito atuarial colabora nos litígios que envolvem a matéria de previdência complementar.

Palavras-chave: Atuário. Ciências atuariais. Perícia Atuarial. Previdência.

* Atuária e Auditora, certificada pelo Instituto Brasileiro de Atuária (IBA) em todos os segmentos de atuação: Seguros, Saúde, Previdência, Capitalização e Resseguros. Contadora, especialista em Estatística e MBA em Gestão de Saúde. Sócia-diretora e Atuária na AT Service Engenharia e Consultoria Atuarial. Coordenadora da Cátedra Ciência Atuarial da Academia Nacional de Seguros e Previdência (ANSP).

1. Introdução

A profissão do atuário é pouco conhecida, bem como a função do perito atuarial. O aumento gradativo de demandas no âmbito judicial que envolvem cálculos atuariais contrasta com o número reduzido de profissionais com formação acadêmica específica e experiência profissional no ramo.

Em razão dessas circunstâncias, os magistrados, em sua maioria, por desconhecerem ou não identificarem a matéria técnico-atuarial, nomeiam peritos com formação acadêmica diversa, como contadores e economistas que se aventuram em atuar como perito judicial em ações que envolvem complexos cálculos atuariais de natureza estatística e probabilística.

A ciência atuarial está envolvida em praticamente todas as dimensões sociais, uma vez que a profissão de atuário abrange estatísticas e avaliações de riscos, mensura o valor de prêmios e de reservas concernentes às operações de seguros. Em outras palavras, esse profissional analisa os fatos e os transforma em números. A matéria está subdivida em dois grandes ramos: o ramo de vida e o ramo de não vida. O atuário quantificará sobre as diversas e principais contingências da sociedade, que podem ser: nascimento, falecimento, doenças, invalidez, desemprego, pensões e aposentadoria, além de proteção ao patrimônio, como veículos, incêndios, responsabilidade civil, habitacional, garantia de obrigações contratuais, entre outros.

No que diz respeito aos processos de previdência complementar, o perito atuarial desenvolve seus pareceres com base nos planos contratados pelos beneficiários, sejam eles individuais ou coletivos. O trabalho inicia-se com a leitura do regulamento do plano contratado, no qual constam todas as informações necessárias, como estrutura e finalidade do plano, metodologia de cálculo, contribuições de custeio, índices adotados para atualização monetária e requisitos que tornam o beneficiário ou seus dependentes elegíveis ao recebimento do benefício ora contratado.

A leitura e a correta interpretação do regulamento são imprescindíveis, pois grande parte dos litígios ocorre em razão de equívocos quando da interpretação deste.

Ademais, pela ausência de conhecimento técnico atuarial, muitos beneficiários de planos de previdência, quando do recebimento inicial de sua aposentadoria complementar, surpreendem-se com o valor recebido e tendem a presumir que estão sendo prejudicados e/ou lesados de alguma forma. Exemplos claros dessas situações são as demandas judiciais em que o beneficiário pleiteia que determinada parcela que não está amparada por seu regulamento seja inclusa por possuir natureza salarial, ou quando, durante a vigência do contrato, ocorrem algumas alterações na estruturação do plano, gerando frustrações quanto à sua expectativa de direito.

Em qualquer questão suscitada em um processo judicial que envolva previdência complementar, o perito atuarial é o profissional indicado para esclarecer e produzir o parecer técnico, pois por meio deste instrumento apresenta de maneira clara e objetiva os fatos que se quer provar, possibilitando ao magistrado uma melhor elucidação e convicção do caso, auxiliando-o no momento do julgamento da lide.

2. Da prova pericial

Antes de abordar a relevância da atuação do perito atuarial em processos judiciais que circundem a previdência complementar, é necessário aclarar a finalidade da prova pericial.

De acordo com Greco Filho (2010), “A prova é todo elemento que pode levar o conhecimento de um fato a alguém [...] No processo, a prova é todo meio destinado a convencer o juiz a respeito da verdade de uma situação de fato”, assim conceituou em sua obra. Por sua vez, o professor Zanna (2007) ensina que

> a perícia tem como objetivo fundamentar as informações demandadas, mostrando a veracidade dos fatos de forma imparcial e merecedora de fé, tornando-se meio de prova para o juiz de direito resolver as questões propostas.

No que diz respeito à necessidade do exame pericial no processo, Santos (1988) afirma:

> o juiz não seja suficientemente apto para proceder direta e pessoalmente à verificação e mesmo à apreciação de certos fatos, suas causas ou consequências, o trabalho visando tal objetivo se fará por pessoas entendidas na matéria, quer dizer, a verificação e a apreciação se operarão por meio de perícia. Assenta-se esta, por conseguinte, na conveniência ou necessidade de se fornecerem ao juiz conhecimentos de fatos que ele, pessoalmente, por falta de aptidões pessoais, não conseguiria obter ou, pelo menos, não os obteria com a clareza e segurança requeridas para a formação da convicção, ou, ainda, que ele não poderia ou deveria pessoalmente colher sem sacrifício ou desprestígio das funções judicantes.

O Novo Código de Processo Civil Brasileiro, em seu artigo 369, institui que as partes têm o direito de dispor de todos os meios legais, bem como os moralmente legítimos, ainda que não elencados no conjunto de normas em apreço, para provar a verdade dos fatos em que se funda a demanda ou a defesa. Entre os meios de provas elencados no rol exemplificativo, tem-se o confissão, a exibição de documento ou coisa, a prova documental, a prova testemunhal e a que será discutida no presente trabalho, a prova pericial.

Os artigos 156 a 158 do NCPC dispõem sobre os critérios mínimos para a escolha e nomeação de peritos e sobre as exigências necessárias para que estes sejam considerados aptos à serventia da Justiça.

Para atuar como perito judicial, além de observar o que dispõe o Novo Código de Processo Civil nos artigos supramencionados, é imprescindível analisar o disposto nos provimentos nº 797/2003 e 842/2004, ambos do Conselho Superior da Magistratura, os quais elencam todos os documentos necessários para o cadastro de peritos nos fóruns do estado de São Paulo, objetivando assim a adoção de um controle de nomeação e atuação de peritos judiciais. As principais exigências são possuir o diploma de ensino superior devidamente registrado conforme a área de atuação; possuir conhecimento amplo da ciência em que atua comprovado por meio de certificados de cursos; ser devidamente registro em órgãos afins; possuir conta bancária no Banco do Brasil ou na Caixa

Econômica Federal para o depósito dos honorários periciais suportados pela justiça gratuita ou pelas partes e a apresentação das certidões de distribuição cível e criminal, isto sem ignorar o que dispõe o artigo 144 e seguintes do NCPC, que retratam os casos de impedimento e suspeição dos serventuários da justiça.

Conforme Ferreira (1985), para exercer a atividade de perito atuarial em um processo judicial, o profissional atuário deve possuir nível universitário e, concomitantemente, ser devidamente inscrito no Instituto Brasileiro de Atuária (IBA), órgão fundado no Brasil em 1944.

Deve ser observado também o que dispõe o artigo 464 e seguintes do Novo Código de Processo Civil: a prova pericial pode ser requerida pelas partes ou de ofício pelo juiz, poderão as partes indicar seus assistentes técnicos e o rol de quesitos a serem respondidos pelo perito designado pelo magistrado, tornando o laudo ainda mais claro e incisivo. O artigo 469 do NCPC dispõe ainda que antes da entrega do laudo pericial há a possibilidade de apresentação de quesitos suplementares.

Caso o perito não aceite o encargo que lhe foi imposto, deve imediatamente comunicar ao juiz que lhe indicou para que seja designado, desde já, outro profissional em substituição com o intuito de prosseguir com o trabalho pericial.

Os casos disciplinados de impedimento e suspeição também são aplicados aos peritos judicias, podendo escusar-se do encargo em razão disso, consoante descrito no artigo 148, inciso II do NCPC.

Caso o perito aceite o encargo, o mesmo será notificado para comparecer à vara em que foi nomeado para a retirada dos autos do processo. Após a efetivação da carga dos autos, mais precisamente em seu escritório profissional, comunicará os assistentes técnicos por meio de correspondência física e/ou eletrônica quanto à data de início de seus trabalhos, oportunidade em que poderão participar e acompanhar os trabalhos, inclusive apresentar documentos e pareceres para a elucidação do litígio.

Cabe consignar que o intuito da prova pericial é comunicar aos litigantes, em linguagem simples, os fatos observados sob a ótica da ciência atuarial, assim como esclarecer os pontos dúbios e revelar, em face às provas documentais e atuariais disponibilizadas à perícia, a verdade que se quer conhecer, nunca se esquecendo dos valores éticos, do sigilo e do zelo na elaboração de seu trabalho pericial, evitando, no que for possível, a fase instrutória de esclarecimentos.

Não obstante o laudo pericial conter informações técnicas sobre a questão litigada, não está o magistrado totalmente atrelado a ele, podendo formar sua convicção por meio de outros elementos.

Outro ponto a ser observado são as penalidades que podem ser impostas ao perito que não cumprir corretamente com o encargo que lhe fora investido. Neste caso, o profissional poderá ser substituído por outro, sofrer imposição de multa e ainda penalidades junto ao órgão regulador, conforme previsto no artigo 468, inciso II do NCPC, abaixo transcrito:

> Art. 468. O perito pode ser substituído quando:
>
> [...]
>
> II – sem motivo legítimo, deixar de cumprir o encargo no prazo que lhe foi assinado.
>
> § 1o No caso previsto no inciso II, o juiz comunicará a ocorrência à corporação profissional respectiva, podendo, ainda, impor multa ao perito, fixada tendo em vista o valor da causa e o possível prejuízo decorrente do atraso no processo.

No tocante ao local de realização da perícia, pode ser no escritório do perito judicial, bem como em qualquer local que se faça necessário em razão das provas a serem coletadas, dos indícios e das evidências que se busca responder.

No que concerne à estruturação de um laudo pericial, tal formato encontra-se previsto no artigo 473 e seguintes do Novo Código de Processo Civil, transcrito abaixo:

> Art. 473. O laudo pericial deverá conter:
>
> I – a exposição do objeto da perícia;

> II – a análise técnica ou científica realizada pelo perito;
>
> III – a indicação do método utilizado, esclarecendo-o e demonstrando ser predominantemente aceito pelos especialistas da área do conhecimento da qual se originou;
>
> IV – resposta conclusiva a todos os quesitos apresentados pelo juiz, pelas partes e pelo órgão do Ministério Público.

Sob esta ótica, discorre Sá (1997) que o “Plano de trabalho em perícia contábil é a previsão, racionalmente organizada, para a execução das tarefas, no sentido de garantir a qualidade dos serviços pela redução dos riscos sobre a opinião ou resposta”.

Após a entrega do laudo pericial, os litigantes poderão se manifestar acerca deste, discordando, concordando ou concordando parcialmente, sendo possível que o magistrado intime o perito para que preste esclarecimento quando entender que o laudo pericial possui divergências ou obscuridades, podendo inclusive ser o perito intimado a prestar esclarecimentos pessoalmente em audiência.

De acordo com Zanna (2007), é importante considerar que há uma diferença entre o laudo de esclarecimentos e o laudo complementar. O autor observa que o laudo de esclarecimentos não exige novas provas, diligências ou cálculos, sua função é apenas esclarecer pontos dúbios sobre o que já foi dito, diferentemente do laudo complementar, que existe, como o nome diz, para complementar a prova pericial, pois entendeu o magistrado estar o laudo pericial incompleto ou por conta da eclosão de novas provas ao bojo dos autos do processo.

Por fim, deve o perito considerar os despachos, a petição inicial, a contestação, os agravos, as sentenças e os documentos encartados nos autos e outras informações obtidas mediante pesquisas, de forma que, se essas informações forem suficientes para seu convencimento, poderá concluir seu laudo pericial sem maiores prolongamentos.

3. O profissional atuário

Ao analisarmos a palavra “atuário”, verificamos que esta deriva do latim actuarius, que significa “o senhor das atas”. Na época do Império Romano, o atuário era intitulado “escriba”, sendo responsável pela elaboração das atas do Senado. Sua função era preparar os discursos a serem pronunciados no Senado, fazer a contabilidade das mercadorias do Império, realizar cálculos do montante das colheitas e do devido recolhimento de impostos, tabelião e agrimensor.

Já entre os séculos XVI e XVII, os ingleses passaram a considerar o profissional atuário como um contador encarregado de efetuar os cálculos financeiros. Os aprofundamentos nos estudos estatísticos fizeram com que o termo “atuário” fosse alicerçado dentro das atividades do seguro.

Em 1941, ocorreu um fato marcante: a primeira publicação oficial de textos atuariais no Brasil, que instituiu a Atuária no Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio. Essa publicação foi intitulada Revista Brasileira de Atuária pelo então presidente da República Getúlio Vargas (1941):

> A atuária como técnica especializada indispensável ao êxito das organizações de Previdência Social é, geralmente, pouco conhecida pelo público que colhe os benefícios de sua aplicação. É, pois, digna de aplausos a iniciativa da publicação da Revista Brasileira de Atuária, que tem por objetivo, no nosso país e no estrangeiro, a vulgarização dos elementos fundamentais dessa ciência, e de louvores o esclarecido esforço de seus paladinos, colaboradores do bem-estar social no Brasil.

Embora tenha transcorrido muitos anos, a profissão de atuário ainda é pouco conhecida, mesmo com um amplo campo de atuação, como instituições financeiras, fundos de pensão, companhias de seguros, empresas de capitalização e de auditoria atuarial, entidades de previdência e operadoras de planos de saúde, entre outras áreas.

Por fim, temos o reconhecimento legal da profissão, por meio da edição do Decreto-Lei nº 806 de 1969, artigo 1º, que define o profissional atuário, *in verbs*:

> Art. 1º. Entende-se por atuário o técnico especializado em matemática superior que atua, de modo geral, no mercado econômico-financeiro, promovendo pesquisas e estabelecendo planos e políticas de investimentos e amortizações e, em seguro privado e social, calculando probabilidades de eventos, avaliando riscos e fixando prêmios, indenizações, benefícios e reservas matemáticas.

A principal finalidade da profissão de atuário é desenvolver ações estratégicas para diagnosticar problemas e construir modelos matemáticos para a avaliação e mensuração dos riscos. É também um profissional capacitado para trabalhar na esfera das diferenciadas atividades das instituições de previdência social e privada, de seguros e em outros ambientes empresariais do mercado financeiro e de capitais.

As técnicas específicas do atuário nas análises dos riscos definem os valores de prêmio para o pagamento de indenizações ou seguros, amalgamando métodos matemáticos, estatísticos e econômicos.

4. A conceituação de previdência social e previdência complementar

4.1. A Previdência Social

O termo “previdência” deriva do latim praevidentia, que significa “prever”, “antever”.

A Previdência Oficial é demasiadamente relevante a todos os trabalhadores brasileiros que, durante todo o seu período de labor, contribuíram mensalmente para o plano de previdência e, após alcançar a exigibilidade ao recebimento de aposentadoria, são amparados financeiramente em um momento de incapacidade laborativa.

A evolução do direito de proteção social do trabalho pelo Estado proporciona aos impossibilitados de se suster pelas condições físicas ou psicológicas em decorrência da atividade laboral o recebimento de aposentadoria que lhes garanta o sustento.

Consoante Pimentel (2009), pode-se definir o órgão da Previdência Social como uma instituição pública que busca conceder a seus contribuintes o direito ao

seguro social. Sendo assim, quando o trabalhador contribuinte não possui mais aptidão para o trabalho por conta de idade avançada, doença, invalidez, morte, maternidade, reclusão ou desemprego, cabe ao INSS prover a esse indivíduo ou a seus dependentes o direito ao gozo da aposentadoria, tudo em nome do bem-estar social.

No Brasil, a Lei Eloy Chaves, Decreto Legislativo nº 4.682/1923, foi o início da implantação de caixas de aposentadoria e pensão aos empregados de empresas ferroviárias. Estas possuíam natureza privada e eram vinculadas à empresa com a qual o trabalhador possuía vínculo empregatício.

Na década de 1930, ocorreu a consolidação dessas caixas de aposentadoria e pensão aos Institutos Públicos de Aposentadoria e Pensão (IAPs), os quais não possuíam coadunação com as empresas e abarcavam classes trabalhadoras de todo o país.

Já na década de 1950, praticamente todas as classes de trabalhadores com vínculo de emprego já adotavam um plano de previdência social.

A Constituição Federal de 1934 deu seus primeiros passos em torno de um sistema previdenciário, assegurando a cobertura de riscos pertinentes à velhice, invalidez, maternidade, morte e acidentes de trabalho. Além disso, previa a tríplice forma de custeio, que envolvia empregador, trabalhador e ente público.

Buscando regular o texto Constitucional de 1946, a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) nº 3.807 foi publicada, consolidando as regras de prestação e concessão das prestações de benefícios e serviços e de custeio dos IAPs. Por conseguinte, em 1966, foram consubstanciadas em um único instituto: o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

Posteriormente, a Constituição de 1988 inovou ao destinar um capítulo à seguridade social e ao sistema de Previdência Social, incluindo a assistência social, a saúde e a Previdência Social.

O sistema de previdência é composto por dois subtemas básicos: o privado e o público, sendo possível separá-los em três regimes distintos: O Regime Geral (RGPS), o Regime Próprio (RPPS) e o Regime de Previdência Complementar.

Enquanto o sistema público de previdência é gerido pelos entes públicos, sendo eles a União, os Estados, o Distrito Federal e os municípios, o sistema privado é subdividido em previdência complementar aberta e fechada.

4.2. A previdência privada

A previdência complementar tem por finalidade a suplementação da renda paga aos beneficiários da Previdência Social, entendida como a principal opção para quem visa garantir sua estabilidade financeira após a aposentadoria.

Existente em nosso país desde o final da década de 1970, alcançou popularidade relevante durante o Plano Real por conta da estabilização monetária de 1990, da reforma da previdência oficial e da contingência de deduzir as contribuições da base de cálculo do imposto de renda.

O plano é optativo aos trabalhadores e utiliza o regime de capitalização, sendo as contribuições mensais depositadas em contas individuais ou coletivas objetivando a formação de reservas que garantirão o pagamento dos futuros benefícios. Está previsto constitucionalmente no artigo 202, transcrito a seguir:

> Art. 202. O regime de previdência privada, de caráter complementar e organizado de forma autônoma em relação ao regime geral de previdência social, será facultativo, baseado na constituição de reservas que garantam o benefício contratado e regulado por lei complementar.
>
> § 1° A lei complementar de que trata este artigo assegurará ao participante de planos de benefícios de entidades de previdência privada o pleno acesso às informações relativas à gestão de seus respectivos planos.
>
> § 2° As contribuições do empregador, os benefícios e as condições contratuais previstas nos estatutos, regulamentos e planos de benefícios das entidades de previdência privada não integram o contrato de trabalho dos participantes, assim como, à exceção dos benefícios concedidos, não integram a remuneração dos participantes, nos termos da lei.

> § 3º É vedado o aporte de recursos a entidade de previdência privada pela União, Estados, Distrito Federal e municípios, suas autarquias, fundações, empresas públicas, sociedades de economia mista e outras entidades públicas, salvo na qualidade de patrocinador, situação na qual, em hipótese alguma, sua contribuição normal poderá exceder a do segurado.
>
> § 4º Lei complementar disciplinará a relação entre a União, Estados, Distrito Federal ou municípios, inclusive suas autarquias, fundações, sociedades de economia mista e empresas controladas direta ou indiretamente, enquanto patrocinadoras de entidades fechadas de previdência privada, e suas respectivas entidades fechadas de previdência privada.
>
> § 5º A lei complementar de que trata o parágrafo anterior aplicar-se-á, no que couber, às empresas privadas permissionárias ou concessionárias de prestação de serviços públicos, quando patrocinadoras de entidades fechadas de previdência privada.
>
> § 6º A lei complementar a que se refere o §4° deste artigo estabelecerá os requisitos para a designação dos membros das diretorias das entidades fechadas de previdência privada e disciplinará a inserção dos participantes nos colegiados e instâncias de decisão em que seus interesses sejam objeto de discussão e deliberação.

Os planos de previdência complementar assemelham-se a um fundo de investimentos de longo prazo, transparente e flexível, uma vez que é possível acompanhar, por meio de extratos, como o dinheiro está sendo aplicado e o desempenho desse investimento. Os benefícios concedidos podem ser por meio de uma renda mensal vitalícia ou por tempo determinado, ou até um capital recebido de uma só vez, independente da previdência social.

No Brasil, a previdência complementar divide-se em fechada e aberta. No caso das abertas, são comercializadas diretamente por seguradoras, por Entidades Abertas de Previdência Complementar (EAPC) ou intermediadas por corretores de seguros, podendo-se adquiri-las por meio de empresas ou individualmente.

A facilidade de transformar essas economias realizadas pelos planos em dinheiro vivo é uma das características mais atrativas dos planos abertos, pois permite-se sacar os depósitos após o cumprimento das carências exigidas. Além

disso, a possibilidade de transferência da renda, do capital ou do benefício na hipótese de falecimento do beneficiário e as vantagens tributárias contribuem para essa atração.

Essas empresas abertas são fiscalizadas pela Superintendência de Seguros Privados (Susep) e regulamentadas pelo Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP), ambos subordinados ao Ministério da Fazenda.

Por outro lado, as Entidades Fechadas de Previdência Complementar (EFPC), mais conhecidas como fundos de pensão, não são passíveis de contratação individual. Sendo assim, o acesso ao plano se dará condicionado ao vínculo de trabalho com uma empresa, sindicato, associação ou entidade de classe. Estes não podem ser comercializados por seguradoras ou corretores e seu resgate só será possível se o beneficiário se desligar do plano.

As EFPC são fiscalizadas pela Superintendência Nacional de Previdência Complementar (PREVIC) e regulamentadas pelo Conselho de Gestão da Previdência Complementar (CGPC), ambos subordinados ao Ministério da Previdência Social.

Os planos de previdência complementar possuem duas importantes fases.

A primeira delas é a acumulação de capital, comumente recebe o nome de período de diferimento nos contratos outorgados, que é quando se possui uma renda ou salário superior aos gastos, o que admite ao beneficiário investir ou poupar.

A segunda fase é a de recebimento do benefício, na medida em que grande parte das pessoas possuem gastos acima de seus rendimentos, o que as leva a gastar aquilo que economizaram e, por consequência, ter seu saldo de plano diminuído mensalmente.

A empresa administradora do plano cuidará do equilíbrio entre essas duas fases, considerando a faixa etária dos beneficiários e a fase em que a maioria se encontra.

5. O enfoque da perícia atuarial nos processos de previdência complementar

A perícia atuarial consiste em exame ou vistoria de caráter técnico de diversos temas, podendo abranger seguros, saúde e capitalização. O presente trabalho tratou de enaltecer a perícia atuarial realizada nos processos que envolvem a previdência complementar.

Nesse sentido, a função do perito é analisar os direitos do participante em consonância com o regulamento contratado junto à entidade de previdência, quantificando neste os valores pagos pelo beneficiário e constatando se os valores apurados são suficientes para o equilíbrio atuarial, matemático e financeiro do plano.

Conforme ressaltado, compete ao profissional atuário realizar essas análises, visto que seu entendimento é singular e possui conhecimentos específicos. Todo e qualquer valor apurado em um laudo pericial serve de imprescindível norteamento para que o juiz possa conduzir o processo e decidir com maior certeza e tranquilidade sobre o assunto.

Em 20 de fevereiro de 2013, o plenário do STF julgou ser de competência da justiça comum o julgamento de processos de previdência complementar. Até então, esses processos eram de competência trabalhista, conforme transcrito a seguir:

> **Complementação de aposentadoria por entidade de previdência privada e competência**
>
> Compete à justiça comum processar e julgar causas envolvendo complementação de aposentadoria por entidades de previdência privada. Essa foi a orientação do Plenário ao concluir o julgamento conjunto de dois recursos extraordinários em que foi discutida a matéria – v. Informativo 577. Inicialmente, indeferiu-se o pedido de sustentação oral, formulado por amici curiae. Asseverou-se que o pleito ocorrera na fase deliberatória do julgamento, quando já proferidos 4 votos acerca do mérito. Lembrou-se que o STF firmara entendimento no sentido da inadmissibilidade de sustentação oral após o voto do

> relator. O min. Marco Aurélio ressaltou que, se aberta a oportunidade aos assistentes, dever-se-ia proceder da mesma forma quanto aos representantes das partes. Além disso, os relatores de ambos os recursos não mais comporiam a Corte.
>
> RE 586453/SE, rel. orig. Min. Ellen Gracie, red. p/ o acórdão Min. Dias Toffoli, 20.2.2013. (RE-586453)
>
> RE 583050/RS, rel. orig. Min. Cezar Peluso, red. p/ o acórdão Min. Dias Toffoli, 20.2.2013. (RE-583050)

No que se refere ao arbitramento dos honorários periciais, é importante ressaltar que os custos advindos do trabalho pericial vão muito além do uso do intelecto e da experiência do perito. Sua elaboração objetiva a clareza e a funcionalidade do laudo pericial tanto para o julgador como para os litigantes, possuindo, portanto, maiores gastos, entre eles diligências, viagens e telefonemas.

A elaboração de um laudo contempla diversas atividades, como retirada dos autos; leitura e interpretação do processo; abertura de papéis de trabalho; elaboração de petições; envio de correspondências para solicitar informações e documentos; realização de diligências e exames documentais; pesquisas e exames de livros e documentos técnicos; realização de cálculos, simulações e análises de resultados; preparação de anexos e montagem do laudo; reuniões com os assistentes técnicos apresentados pelas partes, quando necessário; redação do laudo; revisão final; entrega dos autos e protocolo do laudo pericial.

Cabe ao magistrado, no uso de seu poder discricionário, estabelecê-los levando em conta critérios como tempo despendido pelo profissional na elaboração do laudo, zelo e nível de complexidade, bem como a qualidade técnica do trabalho produzido.

6. Conclusão

O presente texto teve por finalidade preconizar o trabalho pericial dos profissionais atuariais, especificamente nos processos envolvendo matéria de previdência complementar.

Buscamos evidenciar quem é o atuário e como seu conhecimento pode auxiliar na busca pela verdade. A atuação do perito atuarial nos processos judiciais traz

ante a Justiça todo o seu conhecimento intelectual, o que permite aos magistrados prolatar suas decisões com maior certeza, considerando que possuem em suas mãos um parecer técnico realizado com rigor, zelo e dedicação.

Distinguimos os institutos da previdência social e da previdência complementar, e ressaltamos os marcos históricos ocorridos no Brasil.

Averiguamos que, sem os conhecimentos desse profissional, é impossível manter um plano de previdência complementar longe de riscos que causariam prejuízos aos seus beneficiários e dependentes, como também perda de dinheiro e, consequentemente, o desequilíbrio atuarial.

A principal ferramenta na busca de provas em um processo judicial é a leitura minuciosa de todo o processo, principalmente o contrato assinado entre os litigantes, pois ele contém todos os direitos e deveres cabíveis às partes.

Ademais, sua habilidade em transformar informações em números é o fator-chave para o deslinde do feito, pois uma meticulosa análise dos valores arcados pelo participante em um fundo de previdência é imprescindível para anunciar seu parecer técnico.

Constatamos que, apesar das diversas áreas de atuação e de sua grande importância na sociedade, atualmente existem pouquíssimos atuários no país, sendo, portanto, uma profissão apta a receber novos interessados a garimpar esse campo de atuação.

Concluímos, portanto, que é uma área rica em conhecimento e abrange diversas esferas da sociedade. E, por conta desse conhecimento específico do perito atuarial, na maioria das vezes os conflitos judiciais são solucionados quando da apresentação dos pareceres e/ou laudos periciais nos processos judiciais que envolvem a matéria de previdência complementar.

7. Referências bibliográficas

FERREIRA, Weber José. Coleção introdução à ciência atuarial. Rio de Janeiro: IRB,1985.

GRECO FILHO, Vicente. Manual de processo penal. São Paulo: Saraiva, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE ATUÁRIA. Distribuição geográfica de atuários no Brasil. Disponível em: <www.atuarios.org.br/institucional>. Acesso em: 31 maio 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE ATUÁRIA. Os primórdios do IBA: evolução da atuária, ano 1941: 1ª publicação oficial da Revista Brasileira de Atuária, prefaciada por Getúlio Vargas. Disponível em: <www.atuarios.org.br/historia>. Acesso em: 31 maio 2018.

PIMENTEL, José. Previdência Social: reflexões e desafios. Brasília: Ministério da Previdência Social, 2009. v. 30.

SÁ, Antônio Lopes de. Perícia contábil. São Paulo: Atlas, 1997.

SANTOS, Moacir Amaral. Comentários ao Código de Processo Civil. Rio de Janeiro: Forense, 1988.

ZANNA, Remo Dalla. Prática de perícia contábil. 2. ed. São Paulo: IOB, 2007.

O princípio da informação e seus reflexos quanto ao seguro contra riscos cibernéticos

*OLIVEIRA, Marcia Cicarelli Barbosa de**

*PRADO, Camila Affonso***

*COSTA, Thales Dominguez Barbosa da****

Resumo

Além de regular o uso da internet, a Lei nº 12.965/2014 (Marco Civil da Internet) trouxe previsões referentes à proteção de dados pessoais, cuja violação é uma das hipóteses de sinistro securitário. O seguro contra riscos cibernéticos oferece garantia às empresas que armazenam dados pessoais em razão de suas atividades como forma de mitigar as perdas decorrentes da quebra de confidencialidade e do dever de proteção dessas informações.

Palavras-chave: Direito do seguro. Código de Defesa do Consumidor. Risco cibernético.

* Marcia Cicarelli Barbosa de Oliveira é mestre em Direito Civil pela USP, diretora e acadêmica da ANSP e membro da AIDA. É sócia sênior do Demarest Advogados, responsável pelo setor de Seguros e Resseguros.

** Camila Affonso Prado é mestre e doutora em Direito Civil pela USP. É sócia do setor de Seguros e Resseguros do Demarest Advogados.

*** Advogado. Atua na banca do Demarest Advogados.

1. Introdução

Embalado por uma onda de denúncias sobre violações de confidencialidade de dados do governo brasileiro perpetradas pela National Security Agency (NSA), o governo norte-americano, o Marco Civil da Internet (Lei nº 12.965/2014) representou um importante avanço no ordenamento jurídico nacional quanto à proteção dos dados pessoais de usuários de computadores e de quaisquer indivíduos que tenham seus dados armazenados de maneira informatizada.

Antes da edição desta lei, as normas a respeito da proteção de dados no universo cibernético eram esparsas e regulamentavam tão somente questões pontuais, sem estabelecer regras gerais de proteção ao usuário. A título de exemplo, a Lei nº 12.737/2012 modificou o Código Penal para tipificar os crimes de invasão de dispositivo informático, caracterizados, em suma, pela violação de dados alheios contidos em computadores ou outros dispositivos informáticos (tablets, celulares, pen-drives, HDs externos etc.) com a finalidade de obter, alterar ou destruir informações ou dados sem autorização de seu titular ou, ainda, instalar vulnerabilidades para obter vantagem ilícita[14].

Além da criminalização das invasões a dispositivos informáticos, também se regulou, por meio do Decreto 8.135/2013, a comunicação de dados pela administração pública federal, que, de acordo com o artigo 1º, deve ser realizada "por redes de telecomunicações e serviços de tecnologia da informação

[14] Artigo 154-A do Código Penal: "Invadir dispositivo informático alheio, conectado ou não à rede de computadores, mediante violação indevida de mecanismo de segurança e com o fim de obter, adulterar ou destruir dados ou informações sem autorização expressa ou tácita do titular do dispositivo ou instalar vulnerabilidades para obter vantagem ilícita: Pena – detenção, de 3 (três) meses a 1 (um) ano, e multa. §1º Na mesma pena incorre quem produz, oferece, distribui, vende ou difunde dispositivo ou programa de computador com o intuito de permitir a prática da conduta definida no caput. §2º Aumenta-se a pena de um sexto a um terço se da invasão resulta prejuízo econômico. §3º Se da invasão resultar a obtenção de conteúdo de comunicações eletrônicas privadas, segredos comerciais ou industriais, informações sigilosas, assim definidas em lei, ou o controle remoto não autorizado do dispositivo invadido: Pena – reclusão, de 6 (seis) meses a 2 (dois) anos, e multa, se a conduta não constitui crime mais grave. §4º Na hipótese do §3º, aumenta-se a pena de um a dois terços se houver divulgação, comercialização ou transmissão a terceiro, a qualquer título, dos dados ou informações obtidos. §5º Aumenta-se a pena de um terço à metade se o crime for praticado contra: I – Presidente da República, governadores e prefeitos; II – Presidente do Supremo Tribunal Federal; III – Presidente da Câmara dos Deputados, do Senado Federal, de Assembleia Legislativa de Estado, da Câmara Legislativa do Distrito Federal ou de Câmara Municipal; ou IV – Dirigente máximo da administração direta e indireta federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal."

fornecidos por órgãos ou entidades da administração pública federal, incluindo empresas públicas e sociedades de economia mista da União e suas subsidiárias". Procurou-se evitar ou, ao menos, minimizar os riscos de invasões de dados governamentais, como o ocorrido segundo as denúncias de Edward Snowden, que resultaram em uma crise diplomática entre o Brasil e os Estados Unidos, no final de 2013.

Contudo, foi apenas com o Marco Civil da Internet, aprovado em abril de 2014 e regulamentado em 2016 pelo Decreto 8.771 que se estabeleceram regras visando à regulamentação do uso da internet no Brasil e a proteção dos dados de seus usuários. Isso se deu por meio da disposição de princípios, garantias, direitos e deveres que buscam assegurar o acesso à informação, a liberdade de expressão e a privacidade dos usuários na rede. Nesse sentido, ao analisar o Marco Civil da Internet enquanto ainda era projeto, Marcel Leonardi afirmou que são previstos "princípios reconhecidos globalmente como o arcabouço mínimo necessário para fomentar uma internet livre e equilibrada, preocupada tanto com a inovação quanto com direitos fundamentais"[15].

A lei era necessária em face dos avanços tecnológicos na área de informática. Hoje, a internet é um dos principais meios de comunicação que, conquanto disponibilize grande quantidade de informações a seus usuários, permitindo que estes manifestem suas opiniões publicamente, também armazena dados pessoais e outros dados sensíveis, que, justamente em razão da fluidez de informações na rede, estão expostos ao risco de serem obtidos indevidamente.

É desse contexto que se depreendem os riscos cibernéticos, que correspondem a todo e qualquer risco de perda de dados decorrente da manutenção ou transmissão de informações por meio de dispositivos informáticos. Em geral, a perda de dados pode gerar danos não apenas aos titulares, mas também às empresas que armazenam as informações, como a destruição de dispositivos informáticos, a interrupção de suas atividades e abalos à imagem, que geram prejuízos econômicos.

[15] LEONARDI, Marcel. Internet e regulação: o bom exemplo do Marco Civil da Internet. Revista do Advogado, ano XXXII, n. 115, p. 102, abr. 2012.

Nesse cenário, o seguro contra riscos cibernéticos apresenta-se como uma garantia às empresas que armazenam dados pessoais em razão de suas atividades, como forma de mitigar as perdas que advenham da quebra de confidencialidade e do dever de proteção dessas informações. Porém, para que a cobertura de responsabilidade civil do seguro seja acionada, é preciso que o terceiro, titular dos dados violados, tenha conhecimento da violação para que possa apresentar reclamação contra a empresa segurada.

Ocorre que não há, na legislação vigente, dever específico de informar sobre a violação aos titulares dos dados. A despeito dos avanços representados pelo Marco Civil da Internet, a ausência de previsão desse dever dificulta a responsabilização civil dos agentes, que é justamente um dos princípios norteadores da lei, conforme se observa dos artigos 3º, inciso VI, e 7º, inciso I[16]. Sem essa responsabilização, dificilmente o seguro será acionado por reclamações de terceiros, sendo esse o objeto de análise do presente artigo, vale dizer, os reflexos da ausência do dever legal de informar no seguro contra riscos cibernéticos.

2. Os riscos cibernéticos e seu atual tratamento legal

Conforme exposto, além de regular o uso da internet, o Marco Civil também trouxe previsões referentes à proteção de dados pessoais, cuja violação dá origem ao sinistro securitário. Nota-se que, apesar de seu principal intento ser justamente regular a qualidade das conexões, aplicações e outros temas relacionados ao uso da internet em si, há disposição expressa relativamente à proteção da intimidade e privacidade (inciso II, artigo 3º[17]; e inciso I, artigo 7º); à proteção de dados pessoais e ao consentimento necessário quanto ao seu compartilhamento, coleta e outros usos (inciso III, artigo 3º; e incisos VII e IX do

[16] Artigo 3º: "A disciplina do uso da internet no Brasil tem os seguintes princípios: VI – responsabilização dos agentes de acordo com suas atividades, nos termos da lei".
Artigo 7º: "O acesso à internet é essencial ao exercício da cidadania, e ao usuário são assegurados os seguintes direitos: I – inviolabilidade da intimidade e da vida privada, sua proteção e indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação".
[17] Artigo 3º: "A disciplina do uso da internet no Brasil tem os seguintes princípios: II – proteção da privacidade".

artigo 7º[18]); além da aplicação das normas de proteção e defesa do consumidor nas transações realizadas pela internet (inciso XIII, artigo 7º[19]).

Não obstante, o Marco Civil da Internet foi singelo ao abordar o tema da proteção de dados, eis que o fez em poucos dispositivos, que são genéricos ou principiológicos e não estabelecem o dever de informar a violação propriamente dita de tais dados. Do mesmo modo, o Decreto 8.771/2016 não dispõe sobre o dever de informação, prevendo tão somente medidas de transparência na requisição de dados cadastrais pela administração pública, assim como diretrizes sobre padrões de segurança na guarda, no armazenamento e no tratamento de dados pessoais[20] e comunicações privadas.

A despeito de o Marco Civil estar na vanguarda de leis que versam sobre o uso da internet, o mesmo não ocorreu com a proteção de dados, que já era um tema presente em legislações estrangeiras há muito tempo, a exemplo da Diretiva Europeia 95/46, de 24/10/1995, que regulamenta o tema de forma exaustiva na Comunidade Europeia. Há normas de proteção de dados pessoais ainda anteriores, das décadas de 1970 e1980, a exemplo da Lei de Proteção de Dados Pessoais na França, de 1978.

Na tentativa de preencher essa lacuna, existem alguns projetos de lei em tramitação, a exemplo do Projeto de Lei nº 4.060/2012, de relatoria do deputado federal Milton Monti, que tem por fim a regulamentação específica da proteção de dados pessoais. Apesar de o projeto não prever o dever de notificação, a ele está apensado o Anteprojeto de Lei nº 5.276/2016, mais moderno, que contém

[18] Artigo 3º: "A disciplina do uso da internet no Brasil tem os seguintes princípios: III – proteção dos dados pessoais, na forma da lei".
Artigo 7º: "O acesso à internet é essencial ao exercício da cidadania, e ao usuário são assegurados os seguintes direitos: VII – não fornecimento a terceiros de seus dados pessoais, inclusive registros de conexão, e de acesso a aplicações de internet, salvo mediante consentimento livre, expresso e informado ou nas hipóteses previstas em lei; [...] IX – consentimento expresso sobre coleta, uso, armazenamento e tratamento de dados pessoais, que deverá ocorrer de forma destacada das demais cláusulas contratuais".

[19] Artigo 7º: "O acesso à internet é essencial ao exercício da cidadania, e ao usuário são assegurados os seguintes direitos: XIII – aplicação das normas de proteção e defesa do consumidor nas relações de consumo realizadas na internet".

[20] O dado pessoal é definido pelo artigo 14, inciso I, do Decreto 8.771/2016 como o "dado relacionado à pessoa natural identificada ou identificável, inclusive números identificativos, dados locacionais ou identificadores eletrônicos, quando estes estiverem relacionados a uma pessoa".

mais detalhes quanto à responsabilidade pela proteção dos dados pessoais, além do dever de notificação de quebra de confidencialidade às autoridades.

Neste anteprojeto, o artigo 47 determina que "[o] responsável (pelo tratamento dos dados) deverá comunicar ao órgão competente a ocorrência de qualquer incidente de segurança que possa acarretar risco ou prejuízo relevante aos titulares". Uma vez recebida a comunicação, de acordo com o artigo 48, "o órgão competente verificará a gravidade do incidente e poderá, caso necessário para a salvaguarda dos direitos dos titulares, determinar ao responsável a adoção de outras providências, como: I – pronta comunicação aos titulares; II – ampla divulgação do fato em meios de comunicações; e III – medidas para reverter ou mitigar os efeitos do incidente".

Já no Senado, o Projeto de Lei nº 281/2012, de autoria do senador José Sarney, pretende alterar o Código de Defesa do Consumidor para, entre outros, incluir (i) o inciso XI no artigo 6º a fim de estabelecer como direito básico do consumidor "a privacidade e a segurança das informações e dados pessoais prestados ou coletados, por qualquer meio, inclusive o eletrônico, assim como o acesso gratuito do consumidor a estes e a suas fontes"; e (ii) a Seção VII, contendo normas específicas sobre comércio eletrônico, entre as quais o artigo 45-D, inciso VII, que dispõe ser obrigação do fornecedor que utilizar meio eletrônico ou similar "informar imediatamente às autoridades competentes e ao consumidor sobre vazamento de dados ou comprometimento, mesmo que parcial, da segurança do sistema". Este projeto já foi aprovado pelo Senado Federal e aguarda votação pela Câmara dos Deputados. Se, ao final, restar aprovado, a obrigação de informar a violação de dados pessoais ao consumidor será expressa, facilitando a responsabilização civil dos agentes e o acionamento da cobertura correlata no seguro contra riscos cibernéticos.

Atualmente, todavia, a legislação brasileira vigente é ainda incipiente, especialmente se comparada às normas estrangeiras, que não apenas regulamentam o dever de proteção de dados, mas também preveem o dever de informar sua violação aos respectivos titulares. A título de exemplo, podem-se citar as leis da Áustria, do Reino Unido, do México e a recente General Data

Protection Regulation (GDPR) da Comunidade Europeia, que, a par das normas principiológicas e de garantia de direitos fundamentais, dispõem de regras cogentes que, se descumpridas, resultam em sanção para os agentes que tenham cometido tal infração, como no caso da quebra do dever de notificação[21].

Diante dessa imposição na legislação estrangeira, as empresas que armazenam dados são obrigadas a informar aos usuários e/ou às autoridades responsáveis pela fiscalização desse setor qualquer violação de dados em tempo hábil e de forma adequada. A notificação deve conter quais dados foram ou poderiam ter sido perdidos ou obtidos por terceiros, a data da ocorrência e, em alguns casos, as causas da violação. O descumprimento do dever de notificação, nos países onde vigora, pode ser sancionado com multas, suspensão ou, até mesmo, interrupção definitiva das atividades do agente que tenha perdido os dados.

Nas hipóteses de perda de dados, sua notificação aos consumidores ou às autoridades é fundamental, pois possibilita a identificação de como e quando foram perdidos para que possam ser tomadas as medidas necessárias de precaução contra fraudes, falsidade ideológica ou, em casos mais complexos, disputas comerciais, concorrenciais e de propriedade intelectual sobre as informações violadas.

Sem a notificação, é pouco provável que o usuário rastreie e identifique, por si só, a origem da perda dos dados. Considere-se, por exemplo, um usuário de computadores que faça compras via e-commerce. Durante a navegação on-line, ele cadastra-se em diversos sites de lojas de departamento e seus dados pessoais são inseridos em cada um dos domínios dessas lojas. Caso, posteriormente, o usuário descubra que houve uma fraude envolvendo seus dados pessoais, qual das lojas será a responsável? É impossível dizer. É esse tipo de insuficiência informacional que o dever de notificação de perda de dados mitiga.

Com já referido, essa obrigação não consta do Marco Civil da Internet ou do Decreto 8.771/2016. Hoje, o que existe no Brasil é tão somente o dever genérico

[21] Áustria, Datenschutzgesetz (DSG) 2000; Reino Unido, Data Protection Act 1998; França, Loi 78-17/1978, com alterações de 2012; Alemanha, Bundesdatenschutzgesetz (BDSG).

de informar, previsto no artigo 6º, inciso III, do Código de Defesa do Consumidor[22], assim como no artigo 422 do Código Civil[23], como decorrência do princípio da boa-fé objetiva, entendido como dever anexo das partes contratantes. Embora seja inegável a proteção jurídica conferida por esses normativos relativamente à quebra de confidencialidade dos dados pessoais na rede, não se pode afirmar que possuem a mesma eficácia que teria uma norma específica sobre o dever de informar tal violação, conforme se passa a expor.

3. O dever de informar no código de defesa do consumidor

A informação, tal como disposta no Código de Defesa do Consumidor, é direito básico do consumidor que visa ao reequilíbrio da relação de vulnerabilidade existente entre as partes a fim de garantir a igualdade material. Segundo Flávio Tartuce, "a informação, no âmbito jurídico, tem dupla face: o dever de informar e o direito de ser informado, sendo o primeiro relacionado com quem oferece o seu produto ou serviço ao mercado, e o segundo, com o consumidor vulnerável"[24].

A defesa do consumidor é, aliás, um dos fundamentos do Marco Civil da Internet, conforme o artigo 2º, inciso V, de modo que aos usuários da rede deve ser garantido o direito à informação enquanto consumidores[25]. É de se constatar, também, que grande parte das operações que envolvem a manipulação de dados pessoais de usuários está inserida no âmbito do consumo, como e-commerce, operações bancárias, contratação de seguros, cadastro de dados para prestação de serviços de saúde, serviços de assistência técnica e até mesmo cadastros nos caixas das lojas para a abertura de contas de crédito.

Todas essas relações, portanto, envolvem a aplicação do Código de Defesa do Consumidor ao armazenamento de dados pessoais. Ressalte-se que o princípio

[22] Artigo 6º: "São direitos básicos do consumidor: III - a informação adequada e clara sobre os diferentes produtos e serviços, com especificação correta de quantidade, características, composição, qualidade, tributos incidentes e preço, bem como sobre os riscos que apresentem".
[23] Artigo 422: "Os contratantes são obrigados a guardar, assim na conclusão do contrato, como em sua execução, os princípios de probidade e boa-fé".
[24] ARTUCE, Flávio; NEVES, Daniel Amorim Assumpção. Manual de direito do consumidor: direito material e processual. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense. São Paulo; Método, 2014, p. 40.
[25] Artigo 2º: "A disciplina do uso da internet no Brasil tem como fundamento o respeito à liberdade de expressão, bem como: V – a livre-iniciativa, a livre-concorrência e a defesa do consumidor".

da informação, além de previsto no artigo 6º, inciso III, é refletido em vários dispositivos deste Código[26], segundo o qual é dever do fornecedor manter o consumidor adequado e permanentemente informado sobre todos os aspectos da relação contratual, especialmente aqueles relacionados ao risco, à qualidade do produto ou serviço ou a qualquer outra circunstância relevante para a sua decisão de consumo, durante todo o período em que perdurar a relação contratual e, até mesmo, após o término do contrato[27]

Ainda que excepcionalmente se afaste a aplicação do Código de Defesa do Consumidor por não se tratar de relação de consumo, o princípio da boa-fé objetiva pode ser aplicado para o tratamento das hipóteses em que houver déficit informacional entre o usuário e o agente armazenador. A título de exemplo, cita-se o caso de empresas que compartilhem informações confidenciais para o desenvolvimento de projetos que envolvam propriedade intelectual, sem que se caracterize relação de consumo. Se houver perda desses dados por uma das empresas, a outra deverá ser prontamente informada.

Entretanto, é na relação de consumo que a importância do dever de informação se revela mais patente, haja vista a assunção do desequilíbrio material entre as partes. O maior exemplo da efetividade do dever de informar no Código de Defesa do Consumidor é o recall, consubstanciado no dever dos fornecedores de notificar os consumidores e as autoridades competentes da periculosidade de produtos após sua colocação no mercado, vale dizer, do aumento dos riscos que normalmente se esperaria desses produtos. Na lição de Flávio Tartuce, "não se pode negar que o ato dos fornecedores de convocar os consumidores é uma ação movida pela boa-fé objetiva, em especial na fase pós-contratual ou pós-consumo"[28].

O recall está previsto no artigo 10, §1º, que preceitua:

> O fornecedor de produtos e serviços que, posteriormente à sua introdução no mercado de consumo, tiver conhecimento da

[26] Vale citar os seguintes artigos: 12, 14, 18, 20, 30, 31, 33, 43, 46, 48, 52 e 54.
[27] MARQUES, Claudia Lima. Introdução ao Direito do Consumidor. In: BENJAMIN, Antônio Herman V.; MARQUES, Claudia Lima; BESSA, Leonardo Roscoe. Manual de Direito do Consumidor. 4. ed. rev., atual. e ampl. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2012, p. 70.
[28] TARTUCE, Flávio. ob. cit., p. 239.

> periculosidade que apresentem, deverá comunicar o fato imediatamente às autoridades competentes e aos consumidores, mediante anúncios publicitários.

Pela forma como a norma está disposta, não há, diretamente, o dever de recolher estes produtos do mercado[29]. O que há, segundo Flávio Tartuce, "é um ato de convocação dos fornecedores para que os consumidores ajam em colaboração ou cooperação, um dos ditames da boa-fé objetiva"[30]. Todavia, o próprio Código de Defesa do Consumidor, se interpretado de forma sistemática, estabelece disposições que acarretam a substituição, o abatimento do preço ou a devolução do valor pago na aquisição do produto defeituoso. A despeito da inexistência de dever legal, as empresas, cientes dessas disposições, acabam por recolher os produtos, ato contínuo ao anúncio de recall, para evitar ações judiciais em massa e até mesmo multas administrativas[31].

Assim, trata-se de instituto que, além de assegurar o equilíbrio de informações entre consumidor e fornecedor, resulta na efetividade das demais garantias previstas no Código de Defesa do Consumidor, como a proteção à saúde, à vida e à segurança. Além da mitigação desses riscos, garante-se que o consumidor esteja informado, de modo que, caso ignore o aviso e surja um dano causado pelo defeito objeto do recall, terá a indenização proporcionalmente reduzida

[29] O dever de recolhimento do produto defeituoso do mercado constou do artigo 11 do Projeto do Código de Defesa do Consumidor, o qual foi retirado por veto presidencial. Esta era previsão da norma: "Art. 11. O produto ou serviço que, mesmo adequadamente utilizado ou fruído, apresenta alto grau de nocividade ou periculosidade será retirado imediatamente do mercado pelo fornecedor, sempre às suas expensas, sem prejuízo da responsabilidade pela reparação de eventuais danos". De acordo com as razões do veto: "O dispositivo é contrário ao interesse público, pois, ao determinar a retirada do mercado de produtos e serviços que apresentem 'alto grau de nocividade ou periculosidade', mesmo quando 'adequadamente utilizados', impossibilita a produção e o comércio de bens indispensáveis à vida moderna (e.g. materiais radioativos, produtos químicos e outros). Cabe, quanto a tais produtos e serviços, a adoção de cuidados especiais, a serem disciplinados em legislação específica".

[30] TARTUCE, Flávio. ob. cit., p. 240.

[31] Artigo 55, §1º do Código de Defesa do Consumidor: "A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios fiscalizarão e controlarão a produção, industrialização, distribuição, a publicidade de produtos e serviços e o mercado de consumo, no interesse da preservação da vida, da saúde, da segurança, da informação e do bem-estar do consumidor, baixando as normas que se fizerem necessárias".

Artigo 56 do Código de Defesa do Consumidor: "As infrações das normas de defesa do consumidor ficam sujeitas, conforme o caso, às seguintes sanções administrativas, sem prejuízo das de natureza civil, penal e das definidas em normas específicas: I – multa".

relativamente à sua culpa na assunção dos riscos[32]. Ainda, a publicidade negativa gerada pelos anúncios de recall representa um incentivo para que os fornecedores fiscalizem a qualidade do fornecimento dos produtos com mais rigor antes da entrega ao consumidor final.

Observa-se que, pelo cumprimento do dever de informar, beneficiam-se ambas as partes da relação, mas, sobretudo, o consumidor, parte mais vulnerável. Portanto, a previsão de um dever específico de informação, como é o caso do recall, é um importante instrumento para a consecução das demais garantias dispostas no Código de Defesa do Consumidor.

Nesse sentido, na hipótese de violação de dados pessoais na rede, a existência deste dever dispensaria a necessidade de toda uma construção teórico-argumentativa para que o direito à informação de seu titular seja cumprido. Ademais, facilitaria para o armazenador de dados o cumprimento do dever correlato, que não será mais abstrato (como o é hoje) e, sim, concreto e específico, vale dizer, baseado em critérios objetivos a respeito do conteúdo, da adequação, dos prazos e da forma de expedição da notificação de violação de dados.

Uma vez observados esses requisitos, terá a empresa cumprido o dever de informar e, com a notícia da quebra de confidencialidade, o terceiro titular dos dados terá elementos suficientes para ingressar contra a empresa que os teve violados para reclamar a reparação dos danos causados. É nesse contexto que o seguro contra riscos cibernéticos será acionado, sendo a informação a respeito da violação dos dados justamente o gatilho para a cobertura de responsabilidade civil.

4. O seguro contra riscos cibernéticos

No Brasil, o seguro contra riscos cibernéticos, atualmente comercializado por apenas algumas seguradoras, tem duas principais coberturas: a de responsabilidade civil (third party claims) e a de riscos operacionais ou property

[32] TARTUCE, Flávio. ob. cit., p. 242-243.

(first party claims). A primeira garante ao segurado, além de custos de defesa, o pagamento das indenizações oriundas de reclamações de terceiros que tenham por fundamento prejuízos advindos da perda ou manipulação maliciosa de dados. Já a segunda assegura indenização pelos prejuízos do próprio segurado com a violação de dados, como o reestabelecimento da imagem, o reparo de eventuais danos aos seus sistemas eletrônicos, demandas de extorsão, lucros cessantes decorrentes da interrupção de negócios e custos com a elaboração da notificação de quebra de confidencialidade.

A notificação de violação de dados é fundamental para o acionamento da principal cobertura do seguro de riscos cibernéticos, que é a de responsabilidade civil do segurado. Os custos com o cumprimento desse dever estão, inclusive, cobertos pelas apólices, em razão da influência estrangeira, haja vista a previsão do dever de notificação da quebra de confidencialidade nas legislações dos países que já comercializam esse tipo de seguro.

Com efeito, a ausência de previsão legal do dever de notificar a violação de dados dificulta o acionamento da cobertura de responsabilidade civil, já que, sem a informação prestada pelo segurado, os terceiros prejudicados dificilmente terão conhecimento de que foi o segurado o responsável pela quebra de confidencialidade, pelo já exposto acima.

É fundamental, portanto, que o legislador atente para a ausência desse dever tão caro à proteção de dados, especialmente pelo debate legislativo que advirá quanto aos projetos de lei atualmente em trâmite no Congresso Nacional.

Além disso, os corretores e as seguradoras devem informar os segurados quanto à real exposição aos riscos cibernéticos, que, por ora, recai em maior grau nos riscos operacionais, vez que dificilmente serão acionados por terceiros por quebra de dados em vista do atual cenário legislativo. Se, por um lado, isso pode representar uma menor sinistralidade nas coberturas de responsabilidade civil das respectivas apólices, por outro, representa uma omissão com relação à observância dos princípios da boa-fé objetiva e da informação previstos, respectivamente, no Código Civil e no Código de Defesa do Consumidor. É de se esperar, portanto, que a legislação e a jurisprudência complementem essa

lacuna legal e que o seguro contra riscos cibernéticos, a este tempo, esteja amadurecido pelo mercado securitário para que possa atender à demanda, seja ela em virtude da responsabilidade civil, seja em virtude dos riscos operacionais dos próprios segurados.

5. Conclusão

Ante ao que se expôs, conclui-se que, embora já exista um dever legal genérico de informação, a imposição do dever de notificação de quebra de dados resultaria em uma maior eficácia quanto ao próprio dever de proteção de dados. Sem a existência do dever específico, as empresas dificilmente informarão os titulares dos dados a respeito de eventual violação com base em um dever genérico de informação. Isso porque a aplicação desse dever genérico pode ser discutível no âmbito do Poder Judiciário, uma vez que se trata de uma construção argumentativa com base nos princípios consumeristas e contratuais.

Além disso, a certeza sobre o dever de informar obrigaria as empresas, ainda que indiretamente, a adotar medidas de segurança e de remediação quanto à recuperação desses dados e reparação dos danos causados aos seus titulares. Do mesmo modo, franquearia a esses titulares a possibilidade de adotar medidas preventivas para evitar a propagação dos danos que essa violação pode causar. Em um exemplo corriqueiro, como fraudes em cartões de crédito, o titular de dados obtidos indevidamente poderia dar notícia às autoridades competentes quanto à possibilidade de fraudes praticadas em seu nome, evitando, assim, maiores prejuízos econômicos.

No caso do recall, essa eficácia que se espera quanto à proteção de dados é notável com relação à proteção da vida, saúde e segurança dos consumidores. Sua efetividade decorre justamente da imposição legal desse dever específico, que não deixa dúvidas a respeito da obrigatoriedade de informar os consumidores sobre defeitos existentes em produtos comercializados no mercado. É o que se propõe para a proteção de dados quanto à notificação de sua violação.

Com a evolução legislativa, as seguradoras começarão a experimentar uma maior demanda pelas coberturas de riscos cibernéticos. Porém, por ora, diante do atual cenário, alguns ajustes são necessários a fim de orientar os segurados quanto à sua real exposição aos riscos cibernéticos, que, atualmente, são eminentemente operacionais.

Todavia, não se deve olvidar que a cobertura de responsabilidade civil é igualmente fundamental para a garantia plena dos riscos a que o segurado está exposto. Ainda que inexista o dever específico de informar, é possível que o terceiro tome conhecimento da origem da perda de dados por outros meios e acione judicialmente o segurado pela reparação dos danos causados. E é justamente nas hipóteses de danos a terceiros que estão os maiores prejuízos que podem ser exigidos do segurado, seja pela natureza dos danos, seja pela quantidade de ações judiciais oriundas de uma mesma perda de dados.

6. Referências bibliográficas

LEONARDI, Marcel. Internet e regulação: o bom exemplo do Marco Civil da Internet. Revista do Advogado, ano 32, n. 115, p. 99-113, abr. 2012.

MARQUES, Claudia Lima. Introdução ao Direito do Consumidor. In: BENJAMIN, Antônio Herman V.; MARQUES, Claudia Lima; BESSA, Leonardo Roscoe. Manual de Direito do Consumidor. 4. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2012.

TARTUCE, Flávio; NEVES, Daniel Amorim Assumpção. Manual de Direito do Consumidor: direito material e processual. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense; São Paulo: Método, 2014.

Gerência integrada de riscos: vetor para o desenvolvimento sustentável das organizações

MOURA E SOUZA, Marcos Lucio de[*]

Resumo

Toda vez que se desenvolve uma nova teoria, tecnologia ou produto, a preocupação fundamental é divulgar os benefícios que sua utilização permitirá. A clareza na demonstração dos impactos positivos gerados pela inovação é fundamental para a aceitação dos públicos potencialmente envolvidos e para a atração de investidores e futuros usuários. Todavia, o discurso de convencimento imediato da importância da inovação às vezes mascara ou não considera outros importantes benefícios que só bem mais tarde serão percebidos.

Isso também acontece com a gerência de riscos. Sempre se pensou na GR como uma função empresarial que viesse melhorar os resultados das organizações que a praticassem. Assim pensou Henri Fayol no início do século passado ao introduzir entre as funções administrativas por ele criadas a Função Segurança como um instrumento para a preservação dos recursos e da continuidade das operações das organizações. Assim também pensaram os pesquisadores da Universidade da Pensilvânia, quando retomaram, na década de 1950, os estudos da Função Segurança de Fayol, cunhando, inclusive, a denominação "gerente de riscos" e ao afirmarem que as organizações não poderiam prescindir desse profissional.

A intenção deste artigo é apresentar a gerência de riscos sob uma visão mais abrangente, mostrando que hoje o alargamento de seus benefícios é bastante palpável e não pode ser desconsiderado. Essa ampliação dos benefícios torna-se mais evidente no cruzamento dos processos de gerência de riscos praticados

*Formado em Engenharia Eletrotécnica e Administração Industrial pela Escola de Engenharia Mauá. Diretor da Plaris Planejamento e Serviços Ltda. Coordenador da Cátedra de Gerência de Riscos da Academia Nacional de Seguros e Previdência (ANSP), entidade da qual foi fundador e presidente.

por organizações que mantenham algum tipo de relação ou busquem alcançar objetivos comuns.

Este artigo também pretende mostrar que essa gestão integrada de riscos é uma importante ferramenta para a busca da sustentabilidade das organizações e dos sistemas produtivos.

Pretende, finalmente, demonstrar que a gestão integrada de riscos pode ajudar as companhias seguradoras a aperfeiçoar suas operações e tornarem-se eficientes agentes multiplicadores de tecnologias de controle de riscos, extraídas dos processos de gestão integrada de riscos dos quais participam pela aceitação dos riscos que lhe são transferidos.

Palavras-chave: Gerência de riscos, gerência integrada de riscos, fatores de risco, ambiente de riscos, contextualização de riscos, governança, sustentabilidade.

1. Apresentação

Recentemente, a rádio CBN de São Paulo noticiou a realização de um trabalho conjunto da Aeronáutica, por meio de sua Assessoria para Gerenciamento de Riscos, com o Instituto Brasileiro do Meio Ambiente (Ibama).

O objetivo deste trabalho é equacionar um problema que, de formas distintas, aflige essas duas entidades.

A preocupação da Aeronáutica é a eliminação da presença de aves nas proximidades dos aeroportos a fim de garantir a segurança dos voos.

Já o Ibama tem como preocupação a preservação da vida animal.

Fica evidente que, sob o enfoque da Aeronáutica, a eliminação da presença das aves pode acontecer por qualquer uma das seguintes alternativas: aplicação de substâncias venenosas que as aniquilem, introdução de predadores que não causem os mesmos problemas ou, ainda, eliminação das fontes de atração para esse local.

Fica também evidente que, sob o enfoque do Ibama, a terceira das alternativas citadas, aliada ao desenvolvimento de um polo de atratividade das aves longe do aeroporto, é a única solução desejável.

Percebe-se que uma solução que atenda, simultaneamente, aos objetivos de ambas as entidades é o que pode viabilizar o trabalho conjunto.

No mundo atual, organizações e pessoas tendem, cada vez mais, a se tornarem interdependentes. A movimentação de organizações e pessoas para se estruturarem em sistemas é irreversível. Cadeias de suprimentos de âmbito mundial, associações de organizações para implantação de grandes projetos de parcerias público-privadas, pools de prestadores de serviços, projetos conjuntos para a preservação do meio ambiente e processos de transferência de riscos em projetos de alta tecnologia e de altos investimentos são exemplos comuns na atualidade de relações de interdependência sistêmica e entre sistemas.

Em contextos assim, todas as organizações são de alguma forma interagentes, de modo que quaisquer ações desenvolvidas no âmbito de atuação de uma

podem ter seus efeitos refletidos nas demais e nos sistemas nos quais estão inseridas.

Esse raciocínio é perfeitamente aplicável ao desenvolvimento de medidas de controle de riscos em processos de gerenciamento de riscos, acenando, pois, para a necessidade de desenvolvimento de uma forma de gerenciamento integrado de riscos como fundamental para o sucesso equilibrado de projetos complexos.

2. Desenvolvimento

Do caso citado na abertura da apresentação é possível extrair intuitivamente alguns fundamentos da gestão integrada de riscos.

a) Aeronáutica

– Qual é o objetivo do gerenciamento de riscos?

> Resposta: Manter a segurança dos voos e, no caso específico, a segurança de pousos e decolagens.

– Quais atividades são desenvolvidas para esse fim?

> Resposta: Identificação das áreas de influência nos pousos e nas decolagens; garantir que essas áreas de influência estejam livres de fatores de risco fora de controle.

– Qual é o papel das aves nesse processo?

> Resposta: As aves representam um fator de risco fora de controle que pode contribuir para um acidente.

– Quais são as ações recomendadas?

> Resposta: Eliminação da presença de aves nas áreas de influência de pousos e decolagens utilizando meios, recursos e tecnologias recomendadas para esse fim.

b) Ibama

– Quais são os objetivos do Ibama?

Resposta: Preservar o meio ambiente e manter a integridade da fauna e da flora. Neste caso específico, proteger a integridade das aves que frequentam as áreas de influência em pousos e decolagens dos aeroportos.

– Quais atividades devem ser realizadas para atender ao fim específico?

Resposta: Identificação da localização das aves, das razões de sua presença no local e das ameaças à sua integridade.

– Qual é o papel das aves nesse processo?

Resposta: As aves são o objeto de preservação.

– Quais ações devem ser tomadas?

Resposta: Encontrar formas de incentivar as aves a buscar outro local, uma vez que elas não podem permanecer na área considerada.

Embora o trabalho conjunto ainda não tenha sido iniciado, do cruzamento do processo de atuação da Aeronáutica com o do Ibama seguramente serão encontradas soluções que, de um lado, possam eliminar o fator de risco fora de controle – a presença de aves –, evitando a possibilidade de acidentes por essa causa e, de outro, possam alcançar os objetivos de preservação da fauna.

A primeira conclusão que se pode obter desse caso é que trata-se de um processo integrado de gestão de riscos. Esse processo passou por etapas como a identificação das entidades envolvidas e seus objetivos específicos, identificação dos interesses conjugados e dos processos pelos quais os objetivos são alcançados, levantamento dos fatores de risco envolvidos e desenvolvimento de medidas de controle dos fatores de risco.

3. Gerenciamento integrado de riscos

Gerenciamento integrado de riscos é o processo pelo qual diversas entidades buscam encontrar soluções individuais para o aperfeiçoamento de projetos conjuntos mediante ações que mantenham sob controle os fatores determinantes dos riscos presentes.

O fundamento-chave para a compreensão do gerenciamento de riscos, integrado ou não, é a percepção da relação entre risco e fator de risco.

Risco é o evento potencial que se pretende evitar por não ter sido planejado e cuja realização em determinados processos não é desejável. Risco não é, pois, algo real e palpável; é somente a possibilidade de um acontecimento.

Fator de risco, diferentemente do risco, é algo real, conhecido ou não, presente ou influente no ambiente considerado, e cuja existência determina a condição de risco naquele ambiente.

Os fatores de riscos podem ser internos ao ambiente de riscos constituído pela organização ou, ainda, externos.

O gerenciamento integrado de riscos considera prioritariamente os fatores de riscos internos, uma vez que a organização tem total poder de ação sobre eles. Isso não acontece com os fatores de riscos externos, sobre os quais somente cabem ações de defesa.

Os fatores de risco podem ser agrupados sob seis títulos, quais sejam:

- tecnologia;
- recursos materiais;
- recursos humanos;
- energias;
- materiais em processamento;
- informações.

Para controlar riscos, é necessário agir sobre o(s) fator(es) de risco que os determinam mediante ações que o(s) mantenha(m) inertes, isto é, sem a capacidade de deflagrar o evento.

Diante disso, para se desenvolver o gerenciamento integrado de riscos, é imprescindível conhecer:

- os ambientes de riscos sobre os quais se pretende atuar (organizações);
- os objetivos a serem alcançados nesses ambientes – individuais e conjuntos;

- os processos operacionais para o alcance desses objetivos;
- as atividades que integram os processos operacionais;
- os fatores de risco inerentes às atividades e aos processos.

Do cruzamento desses processos e da análise dos fatores de risco é que se consegue intuir a forma de atuação para o controle.

Normalmente, a identificação dos fatores de risco precede a identificação dos riscos, o que é feito mediante a formulação de hipóteses acidentais. Todavia, em muitíssimos casos, embora se tenha a percepção dos riscos com relativa facilidade, encontram-se enormes dificuldades para se identificar todos os fatores.

A arte do gerenciamento de riscos repousa na habilidade de identificar fatores de riscos.

A seguir, apresentamos alguns exemplos.

Ambiente público

Um exemplo bastante elucidativo de gerenciamento integrado de riscos é o controle de riscos ao meio ambiente mediante a execução de políticas públicas. Dessas políticas são geradas leis, normas e regras que conduzem a ações coordenadas a serem observadas por todos os envolvidos. Alguns exemplos:

a) Ação desejada: reduzir a emissão de gases prejudiciais à saúde humana por veículos movidos a combustíveis de origem fóssil ou por efluentes gasosos das chaminés de fabricas e usinas.

Riscos: incidência de doenças pulmonares nas populações.

Fatores de risco: gases emitidos por veículos movidos a combustíveis fósseis, efluentes gasosos na atmosfera emitidos pela indústria e por queimadas rurais.

b) Ação desejada: eliminação de efluentes residenciais em locais impróprios.

Riscos: doenças por contaminação.

Fatores de risco: esgoto a céu aberto, animais vetores de doenças e deposição do lixo residencial.

c) Ação desejada: tratamento de efluentes líquidos das indústrias.

Riscos: contaminação de cursos naturais de água e danos à fauna aquática.

Fatores de risco: efluentes líquidos industriais.

d) Ação desejada: substituição dos lixões por sistemas de tratamento de resíduos sólidos.

Riscos: poluição do solo, do subsolo e do ar e contaminação por doenças.

Fatores de risco: resíduos líquidos e gasosos das fermentações naturais e proliferação de microrganismos causadores de doenças.

e) Ação desejada: proteção a recursos naturais como águas subterrâneas e superficiais, florestas, solo, ar e biodiversidade.

Riscos: perdas e danos aos bens difusos.

Fatores de risco: atividade agrícola e pecuária, exploração de recursos naturais, expansão de atividades imobiliárias, atividades industriais e comerciais.

f) Ação desejada: classificação de áreas perigosas.

Riscos: desmoronamento de encostas, inundações e alagamentos.

Fatores de risco: declividade do solo, chuvas, exploração de recursos naturais localizados próximos a aglomerações de moradias.

Esses exemplos demonstram a atuação governamental em todos os níveis como gestor de riscos, integrando processos de gerenciamento de riscos, ora atuando em conjunto com organizações empresariais, ora entre níveis governamentais distintos, ora diretamente com a população, estabelecendo medidas de controle de fatores de risco para reduzir riscos à saúde e evitar danos ao meio ambiente, minimizando, por consequência, os gastos públicos.

Ambiente privado

Um exemplo típico e de fácil visualização da utilização de gerenciamento integrado de riscos em ambientes privados é o que se dá na relação entre indústrias que produzem, mediante a utilização de linhas de produção, com sua rede de fornecedores de peças, componentes e acessórios que serão incorporados ao produto final.

O gerenciamento de riscos desse tipo de indústria na etapa de produção busca, em um primeiro momento, minimizar as possibilidades de interrupção do processo de produção e, posteriormente, evitar a ocorrência de eventos que possam gerar recall dos produtos finais vendidos.

Já o gerenciamento dos riscos dos fabricantes de peças, componentes e acessórios que alimentam as linhas de produção busca minimizar riscos de eventos, durante a fabricação, que possam gerar incompatibilidades no funcionamento do produto final e eliminar riscos de indisponibilidade de seu produto na linha de produção.

Note que os dois processos de gerenciamento de riscos se integram e, mediante ações distintas, alcançam os objetivos do fabricante principal.

Ambiente privado e seguros

Toda organização pratica o gerenciamento de riscos em algum nível. Esse nível varia de empresa para empresa, desde os mais insipientes até os mais sofisticados. O processo de gerenciamento de riscos inicia-se pela identificação de riscos e culmina com a transferência de riscos, entre outros, para as seguradoras.

Já o processo de gerenciamento de riscos das seguradoras inicia-se com a análise dos riscos que lhe são propostos e continua com o controle dos riscos inerentes às atividades próprias do respectivo processo operacional.

A integração entre os dois processos se dá de duas formas. A primeira é por meio da transferência de riscos por parte da organização segurada. A segunda forma é pela aceitação da proposta por parte da seguradora, incorporando os riscos identificados, analisados, avaliados e tratados pela organização segurada.

É importante notar que não é comum as seguradoras se envolverem nos processos de gerenciamento de riscos das organizações seguradas, salvo em dois casos:

a) para exigir a instalação de equipamentos de aviso ou de combate a ocorrências e eventos gerados por fatores de risco internos;

b) para exigir a instalação de medidas de proteção contra eventos decorrentes de fatores de risco externos.

Avaliação crítica

De modo geral, as seguradoras não têm por norma incorporar, à sua inteligência, tecnologias e inovações sobre controle de riscos, mesmo quando essas tecnologias e inovações estão associadas a atividades empresariais, cujos riscos aceitam.

Normalmente, as seguradoras estão mais preocupadas com a existência, nos ambientes de riscos segurados, de sistemas de combate que possam gerar claras reduções de perdas na eventualidade de ocorrências.

Procedendo dessa forma, a evolução tecnológica dos processos de aceitação de riscos se dá de forma mais lenta, tendo como consequências:

a) elevado número de operações aceitas ou declinadas por grande parte das seguradoras, sem uma completa avaliação dos riscos propostos;

b) atividades econômicas incluídas em relações de riscos declinados;

c) investimentos insuficientes no desenvolvimento de recursos humanos;

d) surgimento constante de atividades econômicas que não encontram no seguro a proteção adequada;

e) crescimento vegetativo dos seguros de riscos industriais;

f) redução de seguradoras operando com grandes riscos.

Esse quadro influi negativamente no desenvolvimento sustentável de organizações e de sistemas produtivos.

4. Conclusões

Com base no que se pretendeu transmitir, tornam-se justificáveis algumas sugestões:

Intensificação da prática do gerenciamento integrado de riscos pelas seguradoras

As companhias de seguros utilizam pouco dos benefícios potenciais do gerenciamento integrado de riscos, função que praticam naturalmente por ser inerente à sua atividade econômica.

E por que não se beneficiam? Simplesmente porque não incorporam à sua cultura os riquíssimos dados que lhes são disponibilizados pelas organizações seguradas, seja em inspeções de riscos ou na solicitação e recebimento de informações, seja na regulação de sinistros.

No momento inicial (inspeção de riscos), é possível conhecer, além da atividade econômica, todos os fatores de risco inerentes a essa atividade, o grau de participação na atividade específica e o tipo de controle praticado sobre eles.

No segundo momento (regulação de sinistros), é possível conhecer o fator de risco que deu origem ao evento sinistro, os prejuízos consequentes, os eventos que emanaram do evento básico e os prejuízos decorrentes.

Objetivando enfatizar essas afirmações, cabe lembrar que o ramo de seguros que se constitui no carro-chefe das operações do mercado – AUTOMÓVEIS – tem como fundamento operacional básico a identificação e o controle dos fatores de risco associados ao automóvel e sua utilização.

Construção de banco de dados baseado em fatores de risco

Com a intensificação da prática do gerenciamento integrado de riscos, o nível de informações de qualidade à disposição permitirá, em médio e longo prazo, um salto de qualidade nas operações.

A construção de um banco de dados bem estruturado é fundamental para embasar essa melhoria nas operações.

Investimento em recursos humanos

O enriquecimento em termos de cultura de desempenho operacional caminha par e passo com o desenvolvimento dos recursos humanos. O nível operacional ao qual a seguradora é lançada só pode ser suportado por profissionais que consigam desempenhar suas funções em um ambiente de alta tecnologia. Portanto, os investimentos em recursos humanos são fundamentais para as operações nesse novo patamar.

Mudança de atitude das seguradoras

O salto de qualidade acima referido é consequência de uma mudança de atitude que as seguradoras estejam dispostas a tomar.

Maior aproximação dos consumidores

O fato de ter à disposição um banco de dados com informações de alta qualidade permitirá à seguradora, se assim o desejar, tornar-se agente de multiplicação das melhores práticas para o controle de riscos. Essa disposição naturalmente deverá aproximá-la de seus clientes ou prospects.

Maior consciência na aceitação

Com base nas informações disponíveis, a seguradora poderá estabelecer políticas de aceitação mais realistas e participar de operações de forma consciente.

Condicionamento de aceitação

Operações que hoje são recusadas por estarem fora da política de aceitação poderão ser revistas desde que condicionadas à implantação de recomendações que a seguradora, conscientemente, possa estabelecer.

Desenvolvimento de novos produtos

A proximidade com os consumidores e o melhor conhecimento de suas operações poderão ensejar à seguradora o desenvolvimento de novos produtos que estejam adequados às necessidades daqueles.

Certificação de fornecedores de bens e serviços

O conhecimento de fatores de risco que deram origem a sinistros, associados aos respectivos fornecedores de bens e serviços, permite que as seguradoras, por meio de suas entidades representativas, possam criar condições para certificar esses fornecedores e seus bens.

A mudança de paradigma determinada pelo maior aproveitamento do gerenciamento integrado de riscos constitui uma importante forma de melhorar as condições de sustentabilidade das organizações.

5. Referências bibliográficas

HEAD, George. El proceso de manejo de riesgo. New York: Risk and Insurance Management Society, 1984.

MISES, Ludwig von. Human Action: a Treatise on Economics. 4. ed. New York: The Foundation for Economic Education, 1996.

A reciprocidade e cooperação nos contratos de seguro

MARENSI, Voltaire*

Resumo

Nascimento do seguro. O seguro nos dias de hoje. Princípio da reciprocidade e cooperação nos contratos de seguro. O seguro classificado como um contrato relacional. Particularidades nos seguros de pessoas. Posição do Superior Tribunal de Justiça. Conclusão.

Palavras-chave: O seguro. Contrato relacional. Particularidades.

* Acadêmico da Academia Nacional de Seguros e Previdência (ANSP).

1. Introdução

1.1 Considerações sobre o nascimento do seguro

O grande jurisperito português, em sede securitária, Moitinho de Almeida, disse que

> na Antiguidade dominaram as instituições de assistência mútua, praticando-se alguns contratos em que a assunção do risco não dispunha de autonomia. É o caso do nauticum phoenus romano, em que o proprietário de um navio ou um armador recebia empréstimo, geralmente de um banqueiro, certa quantia equivalente ao valor das mercadorias transportadas, estipulando-se que, na hipótese de o navio chegar a salvo ao seu destino, devia ser restituído o capital mutuado com um acréscimo que chegava a 15%; na hipótese de naufrágio nada era devido.[33]

Na Idade Média, segundo o autor,

> continuaram a subsistir as associações de assistência mútua. Exemplo dessas são as guildas, amplamente difundidas desde o século XI no norte da Europa e que, para além da sua finalidade político-religiosa, desempenhavam funções de mera assistência.[34]

Essas associações, como a de alfaiates, sapateiros, ferreiros, artesãos, comerciantes e artistas plásticos, entre outros profissionais, eram criadas com o objetivo principal de defender os interesses econômicos e profissionais dos trabalhadores que faziam parte delas. Para manter o funcionamento dessas associações de mutualidade, os trabalhadores associados eram obrigados a pagar determinada quantia.

Aí surge o primeiro germe do mutualismo, segundo Donati, advindo da Grécia e, sobretudo, de Roma, por ocasião da associação da repartição das despesas de funeral e da atribuição de pequena soma de dinheiro aos órfãos do morto, nos denominados collegia funeraticia.[35]

---

[33] ALMEIDA, J. C. Moitinho de. O contrato de seguro no Direito português e comparado. Lisboa: Sá da Costa, 1971.
[34] O bra citada, p. 6.
[35] DONATI, Antigono. Trattato del diritto delle assicurazioni private: il diritto del contrato di assicurazione. Milano: Giuffrè, 1956. p. 560-561. v. 3.

Pedro Alvim ensina que "os cameleiros passaram a firmar pactos de cooperação mútua para que, na hipótese de perda do camelo, todo o grupo prestasse auxílio à vítima para reconstituí-la ao statu quo ante".[36]

> No princípio do século XIV, se assiste a um desenvolvimento crescente das cidades do norte da Itália, cuja atividade mercantil se estende por toda a Europa. Surgem os primeiros contratos de seguro. O segurador prometia um preço pelos objetos seguros se o navio ou a carga não chegassem a salvo ao porto de destino, mediante o pagamento de um prêmio." Funcionava, por assim dizer, como uma condição suspensiva a teor do que cuidou, em exemplo análogo de Pontes de Miranda, em seu monumental Tratado de Direito Privado.[37]

Cuida-se, assim, de uma operação com natureza exclusivamente seguradora, vale dizer, nenhum valor poderia ser recebido pelo segurado antes do sinistro. É o que preconizava, já em 1905, em Milão, o grande professor de seguros Umberto Pipia.

De acordo com Almeida,

> o primeiro contrato de seguro de que se tem notícia data de 1347, mas tudo leva a crer que, antes deste ano, muitos outros foram praticados. Das cidades do norte da Itália, o seguro, com o comércio, irradiou para outras cidades europeias. Dom Fernando, em Portugal, instituiu um seguro marítimo obrigatório, sistematizado sob a forma de mutualidade, relativo a todos os navios existentes no país." No nosso ordenamento jurídico ainda vigora o seguro marítimo[38] previsto no nosso Código Comercial e, ao que tudo indica, permanecerá inalterado por força de não ter sofrido qualquer alteração de lege ferenda.[39]

Os fenícios efetuavam um intenso comércio marítimo. Esses povos também estabeleceram formas de convenção que concediam novos navios aos armadores que tivessem perdido os seus.

---

[36] ALVIM, Pedro. Contrato de seguro. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2001. p. 2.
[37] MIRANDA, Pontes de. Tratado de Direito Privado. Rio de Janeiro: Borsoi, 1970. p. 166. v. 5.
[38] Código Comercial, artigos 666 e seguintes.
[39] PL 3555/04, na redação original, sem regra sobre o Direito Marítimo, embora na parte final derrogue a Lei nº 556, de 1850.

O seguro aparecia por vezes contraído por vários seguradores, chegando mesmo a verificar-se a constituição de sociedades para o exercício da atividade seguradora. Nesse período, o seguro marítimo e certas formas de seguro de vida descambaram em pura especulação, assistindo-se à prática de uma forma muito específica de seguro de crédito, vale dizer, o seguro contra a insolvência do segurador, fato esse que, embora previsto na figura da insolvência civil, rectius, artigos 748 e seguintes do nosso Código de Processo Civil, não vingou com a intensidade desejada em nosso sistema pátrio.

À época, as leis conhecidas sobre o seguro eram, em regra, diplomas de direito público, destinados uns à cobrança de impostos, outros à proibição de efetuar seguros a estrangeiros e prevenindo especulações. À medida que o comércio passa a ser dominado pelas cidades espanholas, o seguro, segundo registram doutrinadores que tratam da história do seguro, começa a ter grande desenvolvimento, sendo conhecidas três ordenanças de Barcelona, em que se inclui já a disciplina privatística deste contrato, assente na prática das apólices. Os autores securitários também observam que, na segunda metade do século XVI, surge na França o Guidon de la Mer, obra dos comerciantes de Ruen, em que mais tarde Luís XIV se inspiraria ao promulgar a Ordonnance de la Marine, datada de 1681.

No final do século XVII e no início do século seguinte, o seguro conhece novo incremento, adquirindo formas típicas de gestão que hoje o caracterizam. O desenvolvimento industrial da Inglaterra está na base da evolução do seguro neste segundo período. O célebre incêndio de Londres em 1666, provocando a destruição de inúmeras casas residenciais e de comércio, além de igrejas, propiciou a criação do Fire Office e a prática dos seguros contra incêndio. A renda vitalícia e outras formas de seguro de vida começaram, assim, a se desenvolver na Inglaterra, vindo dar-lhes regulamentação adequada o Gambling Act.

Desse modo, o segurador passa a ser normalmente uma sociedade de seguros a prêmio, ao revés das sociedades mútuas. Graças aos estudos matemáticos e estatísticos, hodiernamente conhecidos como cálculos atuariais, o seguro de

vida passa a ser objeto de um estudo alicerçado na estatística, com a utilização das tábuas de mortalidade e a constituição das reservas matemáticas. No fim do século XVII, inicia-se em Londres a atividade dos Lloyd's, determinando grande incremento na prática do co-sseguro. No campo legislativo, há ainda referências a Ordonnance de la Marine, de Luís XIV, com larga influência em outros países europeus.

Durante o século XIX, costumava designar-se o período individualista do seguro. Nele apareceram novos ramos, como o seguro de responsabilidade civil, o seguro agrícola, o seguro contra acidentes pessoais e as primeiras leis obedecendo uma estruturação racional. O nosso Código Comercial de 1850, época do Visconde de Cayrú, inclui preceitos sobre seguros marítimos, não derrogados pelo novel Código Civil mas, também, porque o legislador civilista não previu este ramo de seguro, vale dizer, o marítimo no atual diploma legal.

No século XIX, estabeleceu-se uma disciplina facultativa do contrato no qual não se tomavam em conta, isto é, em consideração, os legítimos interesses dos segurados, de vez que estávamos sujeitos ao poderio econômico das empresas de seguros e aos contratos nos termos por elas determinados. Deveras, pois como ressalta Antigono Donati, dominam as normas dispositivas, consagrando-se no seguro mais o aspecto tradicional da uberrimae bona fides do que sua natureza real de contrato-tipo, ou, então, do conhecido contrato de adesão. Significa dizer que o conteúdo daquelas (empresas de seguros) é mais inspirado na tutela do segurador do que na do segurado.

A partir do século XX, a par do princípio da autonomia da vontade insuflada nos contratos, se desenvolve a internacionalização do seguro face aos grandes riscos industriais e comerciais. Por outro lado, multiplicam-se os seguros obrigatórios naqueles setores em que razões de cunho eminentemente social impõem a garantia do ressarcimento aos lesados, que na França foi criado e desenvolvido pelo grande civilista Josserand e, no Brasil, inicia-se com a Lei dos Acidentes do Trabalho e com o diploma da Responsabilidade Objetiva das Estradas de Ferro, isto é, por volta de 1912.

No século XXI, o contrato de seguro com o advento do Código Civil de 2002, no artigo 757, trata das disposições gerais a seguinte regra:

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

2. O seguro nos dias atuais

No que diz respeito aos seguros de pessoas, designadamente seguros de vida e contra acidentes pessoais, os Estados, reconhecendo o alto valor de equilíbrio social que representam, fomentam sua prática mediante isenções fiscais, quer ao nível do indivíduo, quer ao da empresa, do que resulta a grande expansão desses seguros. Vide, por exemplo, a Lei da Previdência Complementar, que veio à lume através de lei de hierarquia imediatamente abaixo da Carta Política, PL 109/2001[40], substituindo a conhecida Lei nº 6.435/1977, ambas objeto de breves comentários deste autor.

“Durante o período individual e liberal sucederam outros em que dominaram as concepções sociais. Promulgaram-se novos diplomas, que, ao regularem o contrato de seguro, inserem várias normas imperativas de proteção à parte mais fraca, o segurado. Confira-se, hoje, o Código de Defesa do Consumidor”.[41]

Intensifica-se o controle estatal das companhias de seguros, notando-se mesmo em algumas legislações a tendência para se construir a prestação de empresa, consolidada na organização de meios técnicos adequados à realização da função da garantia que lhe incumbe por lei. É o caso, atualmente, da Superintendência de Seguros Privados, criada pelo Decreto-Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966, especificamente nos artigos 35 e seguintes desse diploma legal.

Nos dias de hoje, em plena era da ciência tecnológica, sabe-se que apostar na cultura continua a ser uma excelente estratégia de mercado, aliado a um trabalho

[40] PL 109, de 29 de maio de 2001. Dispõe sobre o Regime de Previdência Complementar e dá outras providências.
[41] Lei 8.078, de 11 de setembro de 1990.

social que pode gerar múltiplos empregos, conjugado com a satisfação de desenvolver outros ramos de atividade científico-cultural.

As empresas também se consolidam como patrocinadoras de arte e de outros produtos ofertados aos consumidores. Em um mercado tão competitivo, além de oferecer os melhores produtos e serviços, as empresas têm de buscar outras formas de fixar sua marca registrada perante a comunidade.

A estratégia de mercado das grandes seguradoras tem englobado eventos de grande apelo popular, mas, ao mesmo tempo, de nível cultural elevado.

As seguradoras, sem sombra de dúvida, conseguiram manter ou elevar as vendas, mesmo com a retração da economia.

Segundo informações do site “sonhoseguro.com.br”, em 10 de junho de 2014 “o mercado de seguros brasileiro encerrou 2013 com faturamento de R$ 177,6 bilhões, cifra 13% superior ao resultado de 2012, segundo dados da Superintendência de Seguros Privados (Susep), organizados pelo consultoria Siscorp. Os números não consideram o seguro saúde. O avanço ficou abaixo dos 20% previstos no início do ano em razão da desaceleração do segmento de previdência privada aberta. Desse valor, R$ 50,6 bilhões voltaram para a sociedade em pagamento de indenizações ou resgate de planos de previdência e títulos de capitalização”.

O lucro líquido do setor avançou 17%, para R$ 14 bilhões em 2013. Segundo estimativas da consultoria Siscorp, para 2014 o crescimento do ganho será menor, de 5%, porém a lucratividade será mantida. O lucro sobre o patrimônio de final de período ficou em 21% em 2013. Caixa, Porto Seguro e HSBC apresentaram o melhor indicador, com 51%, 37% e 36%, respectivamente. O patrimônio líquido do setor apresentou leve aumento (2%), para R$ 62 bilhões. Já as reservas técnicas avançaram 12%, para R$ 452,8 bilhões. O índice combinado, que mede a eficiência das companhias, apresentou significativa melhora de seis pontos percentuais, saindo do índice de 87% em 2012 para 93% em 2013.

> Em seguros gerais, o consumo desaquecido, o alto endividamento das famílias e o encarecimento do crédito desaceleraram o ritmo de

> contratação de alguns seguros, como automóvel e seguros vendidos pelo varejo, como garantia estendida. Mesmo assim, o segmento registrou vendas de R$ 57 bilhões em 2013, avanço de 19%.[42]

Espera-se, assim, que o seguro com essas novas estratégias venha a crescer cada vez mais, buscando um maior incremento no PIB, tão sonhado por todos aqueles que desejam ver o Brasil projetado em patamares onde circulam países que cultivam com desenvoltura esse tipo comercial, tão antigo, mas, ainda, infelizmente, pouco explorado por nossa população.

3. A legislação brasileira no contrato de seguro e o princípio da reciprocidade

No Brasil temos, ainda, diversas leis esparsas que regulamentam o contrato de seguro, como o Decreto-Lei nº 73/1966, o Código Civil Brasileiro e o Código Comercial de 1850, que trata dos seguros marítimos, entre outros.

O Decreto-Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966, que dispõe sobre o Sistema Nacional de Seguros Privados, o qual regulamenta as operações de seguros trata, no Artigo 5º, que:

> "A política de seguros privados objetivará:
>
> [...]
>
> item III:
>
> "Firmar o princípio da reciprocidade em operações de seguro, condicionando a autorização para o funcionamento de empresas e firmas estrangeiras a igualdade de condições no país de origem (Redação dada pelo Decreto-Lei nº 296, de 1967)"

Desse modo, em razão dos contratos de resseguros internacionais, se poderá manejar melhor o mecanismo de pulverização dos riscos e, assim, ampliar adequadamente as bases mutualistas das operações de seguro.

[42] BUENO, Denise. Seguradoras registram vendas de R$ 177 bi e lucram R$ 14 bi em 2013, segundo resenha da Siscorp. Sonho Seguro, 10 jun. 2014. Disponível em: <www.sonhoseguro.com.br/2014/06/seguradoras-registram-vendas-de-r-177-bi-e-lucram-r-14-bi-em-2013-segundo-resenha-da-siscorp/>. Acesso em: 31 maio 2018.

A reciprocidade é um instrumento importante de cooperação entre os países que desenvolvem as operações de resseguro e cosseguro no exterior, ao teor do que disciplina a Lei Complementar nº 126, de 15 de janeiro de 2007, que trata do tema:

> A Lei Complementar nº 126, de 2007, disciplinou as matérias de resseguro, retrocessão, operações de cosseguro, contratações de seguro no exterior e operações securitárias em moeda estrangeira. Esta lei acabou com o monopólio das operações de resseguros e retrocessão, e o artigo 4º da referida lei disciplinou três tipos de resseguradoras autorizados a participar de operações de resseguro e retrocessão. (BITTECOURT, 2004, p. 46)

O IRB Brasil Resseguros, de acordo com o Artigo 22 dessa lei, ficou autorizado a continuar exercendo suas atividades de resseguro e de retrocessão, sem qualquer solução de continuidade, independentemente de requerimento e autorização governamental, qualificando-se como ressegurador local.

Veja-se, à guisa de ligeira síntese, como cada uma dessas operações pode ser definida.

Denomina-se resseguro à operação pela qual o segurador transfere a outro, total ou parcialmente, um risco assumido com a emissão de uma apólice ou de um conjunto delas.

No cosseguro há uma divisão de um risco segurado (hipótese que veremos abaixo exemplificada, de modo detalhado) entre cada um dos responsáveis diretos por uma quota-parte determinada do valor total do seguro (consulte, especificamente, o Artigo 5º do Decreto nº 60.459/1967).

No que concerne à retrocessão, o ressegurador repassa ao mercado os excessos de responsabilidade que ultrapassem seus limites de capacidade para indenização.

De outro giro, a meu sentir, um exemplo de reciprocidade em sede internacional que não envolve nenhuma das três hipóteses acima citadas (resseguro, retrocessão e operações de cosseguro) pode ser extraído quando um automóvel segurado no Brasil sofre um acidente e provoca dano material e pessoal contra

um terceiro fora das fronteiras de nosso país. Se a apólice não prever a ocorrência de extraterritorialidade do dano, o que não acontece nos seguros de menor valor, há a necessidade de se fazer um seguro obrigatório, denominado Carta Verde, para assegurar que o proprietário do veículo possa transitar na Argentina, no Paraguai ou no Uruguai.

Esse seguro existe desde a assinatura do Tratado do Mercosul e pode ser exigido por qualquer país do bloco, inclusive o Brasil.

Cuida-se de um seguro de responsabilidade civil, que cobre danos materiais e pessoais, que segundo informações obtidas no site do Sincor do Rio Grande do Sul[43] em caso de morte de um dos envolvidos no sinistro a indenização pode chegar até o valor máximo de 200 mil dólares.

Outrossim, a ideia de reciprocidade nos contratos de seguro em nível nacional envolve, igualmente, a participação de todos os segurados nas operações de seguros que contribuem com o pagamento do prêmio (contraprestação para cobertura de riscos predeterminados) visando atender os infortúnios ocorridos dentro dessa massa contratual. Enfim, é a obrigação que norteia os direitos e obrigações, quer do segurado, quer do segurador. Ou então, como diz Humberto Theodoro Júnior,

> as obrigações bilateralmente contraídas são recíprocas e atuais: o segurador, desde logo, contrai a obrigação de garantia, liberando o segurado do risco acobertado, e este assume, também de imediato, a obrigação de pagar o prêmio ajustado.

Impende ao azo ressaltar a análise do autor Leandro Martins Zanitelli, que em artigo de sua lavra afirmou que

> a valorização da reciprocidade nos contratos não estranha à doutrina legal. No Brasil, essa valorização se manifesta seja pela defesa de um princípio de equilíbrio contratual para o qual falta, ainda, um embasamento legal, geral e explícito, seja pela aplicação de regras por meio das quais se procura preservar certa proporção entre as obrigações das partes sob determinadas circunstâncias, tais como nos casos de lesão (Código Civil, Art. 157) e onerosidade excessiva

[43] SINCOR. Disponível em: <www.sincor-rs.com.br/>. Acesso em: 31 maio 2018.

> provocada por fato superveniente (Código Civil, Art. 478), ou em determinados contratos, como os de adesão (Código Civil, Art. 424) e consumo (Lei no 8.078/1990).
>
> Na doutrina relativa ao equilíbrio contratual, duas características são, em geral, perceptíveis. Primeiro, é comum associar-se a falta de reciprocidade, ou melhor, o desequilíbrio entre as prestações incumbidas aos contratantes, com a inexequibilidade do contrato. Em outras palavras, costuma-se pressupor que a resposta legal à falta de reciprocidade à recusa, senão de validade, ao menos de eficácia legal à totalidade ou parte do contrato. Assim sendo, restam duas únicas alternativas: ou se admite a reciprocidade como mandamento do direito contratual, para então negar exequibilidade aos contratos que, por seu conteúdo, demandem demasiado de uma das partes, ou, a fim de negar que a força vinculante de um contrato dependa da equanimidade do seu conteúdo, tem-se de evitar reconhecer a reciprocidade, ao menos no que se refere aos contratos como valor.[44]

Pois, no dizer abalizado de Luis Renato Ferreira da Silva (2013, p. 80), "o fim imediato do contrato reside na prestação do outro contratante e esta relação de reciprocidade é que leva os contratantes a aceitarem cumprir, cada qual, a sua parcela obrigacional".

Impende ao azo ressaltar

> que as noções de agir corretamente com o próximo, ou seja, de honrar a palavra dada, de não causar prejuízos desnecessários a outrem, de cooperação em relação ao outro contratante, refletem o conceito de norma ética de conduta, segundo os padrões do homem médio. Trata-se de uma norma impositiva de conduta leal, geradora de um dever de correção que domina o tráfico negocial.[45]

No caso, o pagamento do prêmio por parte do segurado é anterior à ocorrência do risco e, dessa forma,

---

[44] ZANITELLI, Leandro Martins. A reciprocidade nos contratos: uma análise expressivista. Revista Direito GV, São Paulo, n. 1, v. 7, jan.-jun. 2011.

[45] MARTINS-COSTA, Judith. A boa-fé no Direito Privado: critérios para a sua aplicação. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1999. p. 46.

> se a prestação tem de ser anterior, também não pode o figurante, que a deve, exigir que o outro contrapreste, sem que antes preste. É o que, em termos amplos, está no Código Civil – de 1916 – Artigo 1.092: Nos contratos bilaterais, nenhum dos contratantes, antes de cumprida a sua obrigação, pode exigir o implemento da do outro.[46]

O atual Código Civil registra a mesma regra no Artigo 476 (Da Exceção de Contrato Não Cumprido).

O não pagamento do prêmio no contrato de seguro gera de parte do segurado uma

> infração de dever jurídico oriundo de contrato, praticada intencional ou negligentemente. Não deve ser confundida com a culpa aquiliana, na qual se funda a responsabilidade delictual. A culpa a ser considerada no capítulo da inexecução é restrita a infrações que determinam inadimplemento de obrigação contratual.[47]

Assim,

> a reciprocidade de prestações, ensina Clóvis Beviláqua, é da essência dos contratos bilaterais. Dela resulta a exceção non adimpleti contractus, em virtude da qual, se uma das partes, sem ter cumprido a sua prestação, exigir o cumprimento da outra, esta se defende, alegando que não pode ser coagida, porque o outro contratante também não cumpriu o prometido.[48]

É o que acontece se o segurado não paga o prêmio e quer que a indenização oriunda de um risco predeterminado seja cumprida no caso de ocorrência de sinistro.

Aí, a bilateralidade e o signalama do contrato de seguro exigem que o segurado cumpra seu dever obrigacional para poder exigir do outro – segurador – a sua obrigação de cobrir o risco contratado.

O equilíbrio desses contratos é baseado nos cálculos atuariais e previsões técnicas realizadas pelas seguradoras que darão a dimensão das contribuições

[46] MIRANDA, Pontes de. Tratado de Direito Privado. 2. ed. Rio de Janeiro: Borsoi, 1959. v. 26. p. 97.
[47] GOMES, Orlando. Obrigações. 16. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2005. p. 170.
[48] ALVIM, Pedro. Contrato de seguro. 1. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2001. p. 290.

aportadas pelos segurados objetivando o pagamento das indenizações a cargo da respectiva seguradora.

> Cunha Gonçalves, jurista português, depois de ressaltar a necessidade da confiança recíproca e da boa fé entre os homens, requisitos indispensáveis nas relações humanas, razões que são tanto de proveito individual, como de convivência social, quer nas relações internas, quer nas internacionais, pois a inquietação dos tempos atuais nasce do menosprezo da força dos contratos, professado por algumas nações, para as quais a boa-fé, a probidade, a confiança recíproca etc. são palavras vãs, e só têm valor a força, a mentira, a traição, a burla, o engano, quando úteis para cada uma![49]

4. A reciprocidade e a cooperação nos contratos de seguro

> Quando se fala de reciprocidade, a ideia de cooperação desenvolvida por Emílio Betti, no direito italiano, também ressurge por inteiro nos contratos de seguro, pois dentro das características jurídicas previstas no contrato de seguro, costuma-se afirmar, no dizer de Halperin, que é um contrato de boa- fé, uberrima bona fidei.[50]

A boa-fé encontra-se presente em todos os contratos, mas, no de seguro esta é mais acentuada.

A importância do dever de cooperação, derivado da boa-fé, é percebida por Ronaldo Porto Macedo Jr., que em suas análises sobre os contratos relacionais refere:

> em primeiro lugar, a cooperação assume um caráter central no contrato. E, segundo, o dever assessório de cooperação deixa de ser um princípio subsidiário na interpretação dos contratos, que deve ser invocado apenas para preencher lacunas, quando os demais princípios básicos (autonomia da vontade, vinculatividade da obrigação, liberdade contratual etc.) não bastem para resolver o problema, e passa a ser um princípio básico de todos os contratos relacionais. Por fim, o dever de solidariedade impõe a obrigação moral e legal de agir

[49] GONÇALVES, Luiz da Cunha. Tratado de Direito Civil. São Paulo: Max Limonad, 1958. p. 280-281. v. 4. t. 1.
[50] MARENSI, Voltaire. O seguro no Direito brasileiro. 9. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2009. p. 129.

> em conformidade com determinados valores comunitários, e não apenas segundo uma lógica individualista de maximalização de interesses de caráter econômico.[51]

Assim, ainda, segundo o autor acima nominado, "cooperar é associar-se com outro para benefício mútuo ou para divisão mútua dos ônus. A definição é perfeita quando aplicada na relação da seguradora com a coletividade de segurados".[52]

De outra banda, no cosseguro há reciprocidade entre os seguradores, pois cada um dos seguradores será responsável por sua quota-parte perante o respectivo segurado. É verdade que a seguradora líder, ou seja, aquela que detém o maior percentual de risco ante o segurado será a maior responsável no pagamento da indenização segurada.

> Como doutrina a operação de seguro se baseia sobre cálculo de probabilidades alicerçadas em tabelas atuarias, mas como nem sempre as previsões estatísticas são previsíveis, como na hipótese de grandes riscos como a perda de um grande armazém no caso de incêndio, ou a perda de um transatlântico – que escapa do cálculo das probabilidades – o segurador não deverá sofrer os riscos sozinhos, mas utilizar-se do resseguro de grande utilidade no que concerne a esta operação.[53]

Já no que tange ao cosseguro, costuma-se destacar a figura de uma seguradora líder, cujo papel consiste em tratar diretamente com o segurado a respeito das condições gerais que envolvem esse tipo jurídico, até mesmo representando os interesses das demais seguradoras participantes.

> Para a Susep, o cosseguro é uma divisão de um risco segurado entre várias seguradoras, cada uma das quais se responsabiliza por uma quota-parte determinada do valor total do seguro. Uma delas, indicada na apólice e denominada " Seguradora Líder&quot, assume a responsabilidade de administrar o contrato, e representar todas as

[51] MACEDO JUNIOR, Ronaldo. Contratos relacionais e defesa do consumidor. São Paulo: São Paulo: Max Limonad, 1998.
[52] PASQUALOTTO, Adalberto. Teoria geral do direito securitário e a proteção do consumidor. Revista de Direito do Consumidor, São Paulo, v. 90, p. 169, 2013.
[53] MAZEAUD, Herri y Leon. Lecciones de derecho civil, los principales contratos. Buenos Aires: Juridica Europa-America, p. 517. v. 4, pt. 3.

demais no relacionamento com o segurado, inclusive em caso de sinistro.[54]

Por exemplo:

Em um cosseguro, três seguradoras assumem uma responsabilidade de R$ 100.000,00 da seguinte forma:

- seguradora A (líder) 45%;
- seguradora B 35%;
- seguradora C 20%.

Supondo-se que a taxa do seguro é de 5%, o cálculo da responsabilidade assumida, do prêmio recebido e da indenização a ser paga para o prejuízo de R$ 40.000,00 para cada cosseguradora será:

Seguradora	Responsabilidade	Prêmio	Indenização
A	45% de R$ 100.000,00	5% de R$ 45.000,00	45% de R$ 40.000,00
B	35% de R$ 100.000,00	5% de R$ 35.000,00	35% de R$ 40.000,00
C	20% de R$ 100.000,00	5% de R$ 20.000,00	20% de R$ 40.000,00

A técnica das operações de seguros baseia-se em vários princípios, entre os quais destacam-se o da distribuição de responsabilidades decorrentes dos negócios segurados, chamado princípio da pulverização das responsabilidades.

O cosseguro permite transformar um risco de grande vulto em vários outros de responsabilidade menores.

Sobre o tema, a legislação argentina diz, verbis, “el asegurador que abona una suma mayor que la proporcinalmente a su cargo, tiene acción contra el asegurado y contra los demás aseguradores para efectuar el correspondiente reajuste”.[55]

Rubén S. Stiglitz, jurisperito argentino, em sede de seguro, diz que se cuida de “un mandato porque la pluralidad de aseguradores encomienda a uno de ellos el

[54] SUSEP. Circular nº 291, de 13 de maio de 2005.
[55] Lei nº 17.418/67, Art. 67.

poder de representación para la ejecución, en su nombre, de una serie de atos jurídicos."[56]

Ao azo, tratando-se de prescrição, em sede de cosseguro, disse:

> "Nos casos de responsabilidade solidária das cosseguradoras, a citação da seguradora líder interrompe a prescrição, sem considerar que o segurado, na maioria das vezes, desconhece essa técnica prevista pela legislação securitária, aliás, com o intuito de pulverizar os riscos de maior vulto no mercado segurador" (Anais jurídicos, Contratos de Seguro, Juruá, 1990, p. 102)."[57]

Neste sentir, a reciprocidade entre as seguradoras é bastante acentuada de vez que os riscos encontram-se pulverizados entre diversas seguradoras diminuindo a possibilidade de insolvência no pagamento da indenização segurada.

Por fim, a boa-fé realça o elemento moral das relações contratuais. A boa-fé contratual envolve uma concepção moral de fazer algo corretamente e, neste sentido, reporta-se a uma concepção de justiça social, a Justiça enquanto normalidade e equilíbrio (cf. Art. 4º, III, e 51, II, do CDC). Pela boa-fé, se reconhece que o contrato se presta a finalidades sociais e morais e não apenas econômicas e individuais. Nesse sentido, o contrato, a despeito de ser um dos principais instrumentos de organização e estruturação de uma ordem de mercado, não se constitui no instrumento pautado apenas pelo pressuposto do homo economicus, o indivíduo maximizador de vantagens e recursos. A ordem de mercado no Direito Social torna-se mais claramente uma ordem do mercado social na qual os valores sociais desempenham importante função na determinação dos conteúdos dos contratos.

A boa-fé objetiva determina o dever de cooperação por meio do princípio da reciprocidade – pagamento do prêmio de parte do segurado e indenização a cargo da seguradora.

Impende ressaltar "que o dever de cooperação – que deve ser mais intenso para os contratos de longo prazo – se concretiza por meio dos deveres anexos de

[56] STIGLITZ, Rubén. Derecho de seguros. 4. ed. Buenos Aires: La Ley, 2004. T. 3.
[57] MARENSI, obra citada, p. 129.

conduta, que só serão conhecidos e individualizados em cada contratação realizada”[58].

Assim, a informação no contrato de seguro é requisito obrigatório no sentido da cooperação das partes, quer do segurado, quer da seguradora, à determinação do risco a ser garantido e à fixação do prêmio. QUANTO MAIOR FOR A COOPERAÇÃO, MAIOR SERÁ A GARANTIA QUE AMBAS AS PARTES TERÃO NO DECURSO DO NEGÓCIO.

Foi nesse sentido que a boa-fé ficou assente nos termos dos artigos 765 e 766 do Código Civil de 2002, de modo particular com a dicção legal do primeiro dispositivo mencionado, que contém a seguinte redação: “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”.

Bruno Miragem, no Tratado de Direito Privado, de Pontes de Miranda, quando trata do princípio da boa-fé, dentro do panorama atual pelo atualizador, ensina: “Os requisitos gerais de validade do negócio jurídico são os do Artigo 104 do Código Civil de 2002 e se aplicam ao contrato de seguro”.

A exigência da boa-fé bilateral do segurado e do segurador é estrutural do contrato de seguro. Sua previsão expressa ou tácita percebe-se em diversas disposições legais. O Artigo 1.444 do CC/1916 referido por Pontes de Miranda corresponde hoje, com vantagem, ao Artigo 766, caput e parágrafo único, do CC de 2002. Refere, em resumo, que se o segurado ou seu representante fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na fixação do prêmio, perderá o direito à garantia, sem prejuízo de ficar obrigado pelo valor do prêmio. E mesmo quando tais declarações não decorrerem de má-fé, pode o segurador resolver o contrato ou cobrar, após o sinistro, a diferença do prêmio. Aproxima-se aqui, da solução italiana dos artigos 1.892 e 1.893 do Codice Civile, embora na lei brasileira não se fale em anulação,

[58] SCHUNCK, Giuliana Bonanno. Contratos de longo prazo e dever de cooperação. Tese (Doutorado em Direito Civil) – Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013. Disponível em: <www.teses.usp.br/teses/disponiveis/2/2131/tde-28032014-144357/pt-br.php>. Acesso em: 31 maio 2018.

mas ineficácia. Mantém a mesma sanção, de perda da garantia, portanto, da eficácia do contrato que favorecia o segurado.[59]

5. O contrato de seguro como contrato relacional

Contratos previdenciários, conforme Ronaldo Porto Macedo Júnior – e, acrescento eu, os contratos de seguro de longa duração – são contratos relacionais.

> Uma das características dos contratos relacionais refere-se à importância que neles passam a ter os princípios da boa-fé e da cooperação, solidariedade e reequilíbrio das relações de poder. Tanto a doutrina contratual neoclássica como o pensamento econômico liberal neoclássico fundamentam-se na premissa comum de que as pessoas no mercado agem racionalmente maximizando vantagens individuais.[60]

"Uma ampla revisão de tais premissas tem sido feita tanto pela bibliografia econômica e sociológica no sentido de reavaliar a importância de relações de confiança, solidariedade e cooperação"[61].

Cooperação aqui pode ser definida como a associação com outra para benefício mútuo ou para a divisão mútua de ônus. No conceito de solidariedade encontramos a ideia de uma unidade que produz ou está baseada na comunidade de interesses, objetivos, valores e padrões. "A solidariedade pode estar baseada numa relação cooperativa, mas o importante a destacar é o fato de que se reporta a uma comunidade de valores e interesses e, neste sentido, ela tem um caráter necessariamente moral."[62]

Registra com extrema acuidade Ronaldo Porto Macedo que a

[59] MIRANDA, Pontes de; MIRAGEM, Bruno. Tratado de Direito Privado. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2012. p. 483. t. 45.
[60] MACEDO JUNIOR, Ronaldo Porto. Contrato previdenciário como contrato relacional. Revista de Direito do Consumidor, São Paulo, v. 22, p. 105-116. abr./jun. 1997.
[61] MACEDO JUNIOR, Ronaldo Porto. Contrato previdenciário como contrato relacional. Doutrinas Essenciais de Direito do Consumidor. v. 4, p. 1071, abr. 2011.
[62] DURKHEIM, Émile. The Division of Labor in Society. Trad. George Simpson. New York: Free Press, 1964, p. 337-338.

> cooperação aqui pode ser definida como a associação com outra para benefício mútuo ou para a divisão mútua de ônus. No conceito de solidariedade encontramos a ideia de uma unidade que produz ou está baseada na comunidade de interesses, objetivos, valores e padrões. Neste sentido os contratos relacionais aproximam-se mais do ideal de contrato de sociedade do que da compra e venda.[63]

6. Seguro de pessoas

Depois de prever o seguro de danos, o Código Civil trata de seguro de pessoa em seu Artigo 789, verbis: “Nos seguros de pessoas, o capital segurado é livremente estipulado pelo proponente, que pode contratar mais de um seguro sobre o mesmo interesse, com o mesmo ou diversos seguradores".

Decorre deste princípio que a vida humana tem um valor inestimável, diferente do patrimônio cujo valor é limitado ao valor do interesse, rectius, do bem.

Trago abaixo duas decisões que tratam da renovação, ou não, do contrato de seguro de pessoas, julgados pelo Egrégio Superior Tribunal de Justiça, que têm pertinência às questões acima afloradas.

> Ementa: "Contrato renovado ininterruptamente por diversos anos – Empresa seguradora que notifica o segurado, que com ela mantinha vínculo há muitos anos, de sua intenção de não renovar a avença, nas bases vigentes, oferecendo ao consumidor outras alternativas para a renovação do seguro, todas significativamente mais onerosas que a original – Inadmissibilidade – Ofensa aos princípios da boa-fé objetiva, da cooperação, da confiança e da lealdade que deve orientar a interpretação dos contratos que regulam as relações de consumo.[64]

Ao julgar o recurso especial acima, a ilustre relatora, em seu voto, assim se manifestou:

> No moderno direito contratual reconhece-se, para além da existência dos contratos descontínuos, a existência de contratos relacionais, nos

[63] MACEDO JUNIOR, Ronaldo Porto. Contrato previdenciário como contrato relacional. Revista de Direito do Consumidor, São Paulo, v. 22, p. 105-116. abr./jun. 1997.
[64] Recurso Especial nº 1.073.595 – MG (2008/0150187-7) Relatora: Ministra Fátima Nancy Andrighi.

> quais as cláusulas estabelecidas no instrumento não esgotam a gama de direitos e deveres das partes.[65]

Porém, a Segunda Seção do STJ, relator ministro Luis Felipe Salomão, em 13 de junho de 2012, entendeu que em se tratando de contrato por prazo determinado a obrigação da seguradora se restringe ao período contratado.[66] Eis a ementa do acórdão em tela:

> RECURSO ESPECIAL – CONTRATO DE SEGURO DE VIDA EM GRUPO – RESCISÃO UNILATERAL – LEGALIDADE – POSSIBILIDADE DECORRENTE DA PRÓPRIA NATUREZA DO CONTRATO SUB JUDICE – MUTUALISMO (DILUIÇÃO DO RISCO INDIVIDUAL NO RISCO COLETIVO) E TEMPORARIEDADE – OBSERVÂNCIA – NECESSIDADE – ABUSIVIDADE – INEXISTÊNCIA – RECURSO ESPECIAL IMPROVIDO.
>
> I – De plano, assinala-se que a tese jurídica encampada por esta colenda Segunda Seção, por ocasião do julgamento do Recurso Especial n. 1.073.595/MG, Relatado pela Ministra Nancy Andrighi, DJe 29/04/2011, não se aplica ao caso dos autos, notadamente porque possuem bases fáticas distintas. Na hipótese dos autos, diversamente, a cláusula que permite a não renovação contratual de ambas as partes contratantes encontra-se inserida em contrato de seguro de vida em grupo, que possui concepção distinta dos seguros individuais. In casu, não se pode descurar, também, que o vínculo contratual estabelecido entre as partes (de dez anos) perdurou interregno substancialmente inferior àquele tratado anteriormente pela Segunda Seção, de trinta anos.
>
> II – Em se tratando, pois, de contrato por prazo determinado, a obrigação da Seguradora, consistente na assunção dos riscos predeterminados, restringe-se ao período contratado, tão somente. Na hipótese de concretização do risco, durante o período contratado, a Seguradora, por consectário lógico, é responsável, ainda, pelo pagamento da respectiva cobertura. Em contrapartida, a não implementação do risco (ou seja, a não concretização do perigo – evento futuro, incerto e alheio à vontade das partes) não denota, por

[65] MARENSI, Voltaire. O seguro, a vida e sua modernidade. 2. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2011. p. 364.

[66] RESP. 880605- RN, Relator Ministro Luis Felipe Salomão.

> parte da Seguradora, qualquer inadimplemento contratual, tampouco confere ao segurado o direito de reaver os valores pagos ou percentual destes, ou mesmo de manter o vínculo contratual.

Sobressai, assim, do contrato em tela, dois aspectos relevantes, quais sejam, o do mutualismo das obrigações (diluição do risco individual no risco coletivo) e o da temporariedade contratual. "III – A temporariedade dos contratos de seguro de vida decorre justamente da necessidade de, periodicamente, aferir-se, por meio dos correlatos cálculos atuarias, a higidez e a idoneidade do fundo."

Assim, na lição de Cláudia Lima Marques, nos contratos cativos de longa duração – penso que exemplifico nos contratos de seguro de vida e de previdência privada – também conhecidos como contratos de trato sucessivo, no dizer de Orlando Gomes, "o consumidor vulnerável, que precisa de contratação, deve ser protegido".[67]

Em suma, como ensinou Thelma de Mesquita Garcia e Souza, em sua tese de doutorado na Universidade de São Paulo:

> [...] se a informação é base para a mensuração do risco e fixação do prêmio, a exigência de máxima transparência e veracidade é medida de proteção do fundo mútuo. Por isso, não comporta as concessões permitidas pela lei nem a excessiva condescendência na sua aplicação, sob pena de incentivar o oportunismo dos agentes, antes e depois da contratação, aumentando os custos de transação e gerando externalidades.

7. Conclusão

Frente ao que se expôs, pode-se concluir que os contratos de seguros são contratos estribados na mais absoluta boa-fé, uma vez que os contratantes, quer segurados, quer seguradores devem guardar a máxima transparência no trato desse negócio jurídico.

[67] MARQUES, Cláudia Lima. Contratos no Código de Defesa do Consumidor: o novo regime das relações contratuais. 4. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2002. p. 79.

Ademais, como contratos relacionais, vale dizer, precipuamente nos contratos de seguro de longa duração como são, via de regra, os contratos de vida de seguro em grupo, as partes devem ter a máxima cooperação no sentido de diminuir cada vez mais o ônus da veracidade na condução daquilo que lhe compete, ou seja, minimizar custos como a exigência de cada uma delas colaborar para que suas ações sejam pautadas na mais absoluta e solar confiabilidade.

Por fim, verifica-se cada vez mais a necessidade de cooperação mútua entre as seguradoras, os órgãos supervisores e reguladores diante do enorme crescimento da atividade em nível nacional e internacional para que se alcance o patamar máximo de eficiência, administração e cumprimento dos contratos de seguro.

A reciprocidade também alavanca as relações contratuais, de modo que nesta situação se imbrica com a ideia sempre presente de cooperação nos contratos, fazendo com que os envolvidos envidem esforços para, dentro do pactuado, atingir o preceito multissecular de que o seguro é, sem dúvida, um contrato que objetiva cada vez mais o relacionamento fiel das partes contratantes.

8. Referências bibliográficas

ALMEIDA, J. C. Moitinho. O contrato de seguro no Direito português e comparado. Lisboa: Sá da Costa, 1971.

ALVIM, Pedro. Contrato de seguro. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2001.

ARGENTINA. Ley nº 17.418, de 30 de agosto de 1967. Art. 67. Ley de seguros. Titulo I: Del contrato de seguro. Capitulo I: Disposiciones generales. Seccion II: Pluralidad de seguros. Disponível em: <www.unlp.edu.ar/uploads/docs/ley_de_seguros_17418.pdf>. Acesso em: 31 maio 2018.

BITTENCOURT, Marcello Teixeira. Manual de seguros privados. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2004.

BRASIL. Código Comercial. Lei nº 556, de 25 de junho de 1850. Artigo 666 e seguintes. Dos seguros marítimos: da natureza e forma do contrato de seguro marítimo. Brasília, DF. Disponível em: <www.planalto.gov.br/Ccivil_03/leis/LIM/LIM556.htm>. Acesso em: 31 maio 2018.

BRASIL. Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8078.htm>. Acesso em: 31 maio 2018.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Contrato de seguro de vida em grupo. Rescisão unilateral. Recurso Especial nº 880.605-RN. Relator Luis Felipe Salomão. Disponível em: <www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:superior.tribunal.justica;secao.2:acordao;resp:2012-06-13;880605-1217473>. Acesso em: 31 maio 2018.

BRASIL. Supremo Tribunal de Justiça. Direito do Consumidor. Contrato de seguro de vida. Recurso Especial nº 1.073.595-MG (2008/0150187-7). Relatora Fátima Nancy Andrighi. Disponível em: <http://stj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/19103096/recurso-especial-resp-1073595-mg-2008-0150187-7>. Acesso em: 31 maio 2018.

BRASIL. SUSEP. Circular nº 291, de 13 de maio de 2005. Disponibiliza, no endereço eletrônico da SUSEP, as condições contratuais do seguro compreensivo padronizado para operadores portuários e dá outras providências. Disponível em: <www.susep.gov.br/textos/circ291.pdf>. Acesso em: 31 maio 2018.

CARDOZO, José Eduardo. Projeto de Lei nº 3.555, de 2004. Estabelece normas gerais em contratos de seguro privado e revoga dispositivos do Código Civil, do Código Comercial Brasileiro e do Decreto-Lei nº 73, de 1966 (revoga dispositivos das Leis nº 556, de 1850 e 10.406, de 2002) (PL355504). Disponível em: <www.ibds.com.br/pl_3555/1_projeto_original.pdf>. Acesso em: 31 maio 2018.

D'ANGELO, Chico D'; Rosário, Maria. Altera disposições das Leis Complementares 108 e 109, de 29 de maio de 2001, sobre o Regime de Previdência Complementar. Disponível em:

<www.fenapas.com.br/docftp/150500tramitacao-plp_82_15.pdf>. Acesso em: 31 maio 2018.

DONATI, Antigono. Trattato del diritto delle assicurazioni private: il diritto del contrato di assicurazione. Milano: Giuffrè, 1956. v. 3.

DURKHEIM, Émile. The Division of Labor in Society. Trad. George Simpson. New York: Free Press, 1964.

GONÇALVES, Luiz da Cunha. Tratado de Direito Civil. São Paulo: Max Limonad, 1958. p. 280-281. v. 4. t. 1.

MACEDO JUNIOR, Ronaldo Porto. Contrato previdenciário como contrato relacional. Revista de Direito do Consumidor, São Paulo, v. 22, p. 105-116, abr./jun. 1997.

_____. Contrato previdenciário como contrato relacional. Doutrinas Essenciais de Direito do Consumidor, v. 4, p. 1071, abr. 2011.

_____. Contratos relacionais e defesa do consumidor. São Paulo: Max Limonad, 1998.

MARENSI, Voltaire. O seguro, a vida e sua modernidade. 2. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2011.

_____. O seguro no Direito brasileiro. 9. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2009. p. 129.

MARQUES, Cláudia Lima. Contratos no Código de Defesa do Consumidor: o novo regime das relações contratuais. 4. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2002.

MAZEAUD, Herri y Leon. Lecciones de derecho civil, los principales contratos. Buenos Aires: Juridica Europa-America, v. 4. pt. 3.

MIRANDA, Pontes de. Tratado de Direito Privado. Rio de Janeiro: Borsoi, 1970. v. 5.

MIRANDA, Pontes de; MIRAGEM, Bruno. Tratado de Direito Privado. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2012. t. 45.

PASQUALOTTO, Adalberto. Teoria geral do Direito Securitário e a proteção do consumidor. Revista de Direito do Consumidor, São Paulo, v. 90, p.169, 2013.

SCHUNCK, Giuliana Bonanno. Contratos de longo prazo e dever de cooperação. Tese (Doutorado em Direito Civil) – Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013. Disponível em: <www.teses.usp.br/teses/disponiveis/2/2131/tde-28032014-144357/pt-br.php>. Acesso em: 31 maio 2018.

SILVA, Luis Renato Ferreira da. Reciprocidade e contrato. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2013. p. 80.

SONHO SEGURO. Seguradores registram vendas de R$ 177 bi e lucram R$ 14 bi em 2013, segundo resenha da Siscorp. Disponível em: <www.sonhoseguro.com.br/2014/06/seguradoras-registram-vendas-de-r-177-bi-e-lucram-r-14-bi-em-2013-segundo-resenha-da-siscorp/>. Acesso em: 31 maio 2018.

STIGLITZ, Rubén Stiglitz. Derecho de seguros. 4. ed. Buenos Aires: La Ley, 2004. t. 3.

THEODORO JUNIOR, Humberto. Seguro de danos – despesas de salvamento e despesas de contenção: regime jurídico. Revista Magister de Direito Civil e Processual Civil, Porto Alegre, v. 10, n. 60, p. 6, maio-jun. 2014.

ZANITELLI, Leandro Martins. A reciprocidade nos contratos: uma análise expressivista. Revista Direito GV, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 177-195, jan.-jun. 2011.

Posição jurídica do assistido na previdência privada

*BALERA, Wagner**

Resumo

* Professor titular da Faculdade de Direito da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; acadêmico catedrático (Cátedra de Previdência) na Academia Nacional de Seguros e Previdência (ANSP).

A peculiar posição jurídica do assistido, nos planos de previdência privada, é objeto de análise em tríplice perspectiva: a dos princípios jurídicos, do direito contratual e do regime complementar de Previdência. Fica desse modo evidenciada a distinção que o Direito brasileiro estabeleceu entre esse sujeito jurídico e o participante que, a seu modo, causa a relação previdenciária do assistido. Nesse regime jurídico, o traço distintivo é o da possibilidade de o assistido vir a ser chamado a custear parcialmente o plano.

Palavras-chave: Previdência privada. Direito do seguro. Participante. Assistido. Plano. Custeio.

1. Introdução

No Direito Previdenciário, o sujeito jurídico titular do direito às prestações é cognominado genericamente de beneficiário. Terminologia consagrada, inclusive, no preceituário constitucional que disciplina a matéria, mais particularmente no Título VIII da Constituição.

Na esfera da previdência privada, os beneficiários são qualificados como sendo: a) o participante; e b) o assistido.

Neste breve texto, será discutida a posição jurídica no assistido pela previdência privada no horizonte do Direito Previdenciário.

2. Desenvolvimento

A moderna doutrina preconiza a utilização de mecanismos de interpretação constitucional que diferem dos cânones clássicos. Isto é, os postulados da Escola Histórica do Direito mostram-se inadequados à ciência da hermenêutica constitucional.

Tais mecanismos seriam decodificados pela Nova Hermenêutica, centrada nas searas constitucional e dos direitos fundamentais. Isso se materializa com a adoção de ferramentas jurídicas inovadoras, como: o princípio da proporcionalidade, o princípio da concretização da constituição e a pré-compreensão.

Ademais, é necessária a utilização dos princípios, pois, como se sabe, são imprescindíveis à nova hermenêutica e, como defende Bonavides (1998), “formam o tecido material e o substrato estrutural já da Constituição”. Com isso, almeja-se a elucidação do significado hodierno de igualdade com a legitimidade de um novo e sensível paradigma de interpretação.

O constitucionalismo encontra-se em uma fase de supremacia jurídica frente aos outros diplomas legais. Isto é, sabe-se que outrora a doutrina majoritária do Direito Constitucional atribuía uma feição programática, antinormativa às disposições contidas naqueles documentos. Nessa época, o Estado era

protagonista na seara constitucional e o cidadão era objeto dos direitos individuais.

Todavia, o constitucionalismo liberal, eivado de vícios e anacronismos, sofre com sua senilidade. Essa impotência frente às contradições sociais e econômicas é sinal de sua decadência. Diante desse quadro, os princípios e valores são elevados à categoria de norma no que tange à sua eficácia e efetividade perante o modelo de interpretação da Constituição.

Será que a Constituição, lei maior de uma nação, resume-se a um mero silogismo? É óbvio que não. Esse método dedutivo não leva em consideração a importância dos princípios e valores. Ademais, a função dos valores e princípios é infinitamente superior às regras, pois as regras limitam-se a um número de fatos e situações em determinado tempo histórico, enquanto os valores e princípios possuem maior plasticidade na pacificação de conflitos e na colmatação de lacunas. Por fim, cabe ressaltar a importância dos valores e princípios no limiar do século XXI, em que a pós-modernidade, com sua efemeridade e volatilidade, transforma a sociedade velozmente. Daí a necessidade de o Direito utilizar-se dos princípios e valores.

Em outras palavras, todo aquele formalismo liberal que ocasionava a desigualdade real em atendimento à igualdade formal será execrado. Ou, como teoriza Bonavides (1998), “[...] a igualdade a que se arrima o liberalismo é apenas formal, e encobre, na realidade, sob o seu manto de abstração, um mundo de desigualdade de fato”.

Logo, a interpretação axiológica e centrada nos princípios trata das questões atinentes à igualdade com maior sensibilidade e conexão com a realidade social e econômica.

Portanto, na Nova Hermenêutica a subsunção cede lugar à ponderação na Constituição. Os princípios e valores assumem posição hegemônica em relação às regras, servindo como vetores e balizadores à interpretação infraconstitucional, ao legislador e à jurisdição.

É pretérito o tempo em que a Constituição cingia-se a simples carta de compromisso político ou a mero baluarte das disposições programáticas. Isto é,

não medra mais o consenso de que a Constituição não tem imperatividade, normatividade e aplicabilidade direta. Esta se traduz com o repúdio, como menciona Canotilho (2003, p. 186), “à ideia criacionista”, ou seja, a concepção de que a Constituição ou até mesmo um direito fundamental não teriam força jurídica ou normativa enquanto não fossem burilados em lei. A aplicabilidade direta, segundo Canotilho, não se restringe à exigência de intervenção do legislador para a definição dos direitos fundamentais, mas “a aplicação direta dos direitos, liberdades e garantias implica a inconstitucionalidade superveniente das normas pré-constitucionais em contradição com eles”.

O Código Civil perde prioridade para a Constituição. E esta, por consequência, localizar-se-á no topo do ordenamento jurídico, inclusive no âmbito normativo/positivo. O Brasil segue essa senda a partir de 1934 com sua constituição democrática. Entretanto, no período em que o regime militar tomou e manteve o poder, as Constituições de 1967 e 1969 foram outorgadas sem a observância das regras do jogo democrático.

Neste diapasão, o que une o princípio da isonomia e a normatividade constitucional é a grande perspicácia do legislador constituinte de 1988, quando estabelece a aplicabilidade imediata dos direitos e garantias fundamentais. Como reza o Artigo 5º da Constituição da República de 1988, “as normas definidoras dos direitos e garantias fundamentais têm aplicação imediata”.

Mas um direito fundamental e imanente ao homem, como o da igualdade, recebeu seu devido tratamento após a Constituição de 1988. Seja por meio de políticas descriminantes e até mesmo com a introdução das ações afirmativas; seja pela sensibilidade e equidade que permeia as elucubrações dos magistrados; e até mesmo pelo Poder Executivo, que, apesar de abeberar-se nas fontes do neoliberalismo e como corolário suprimir direitos sociais, tem demonstrado respeito ao referido princípio.

A ordem jurídica brasileira está iluminada, entre outros, pelo princípio da isonomia. Inumeráveis são os comandos normativos que estabelecem a igualdade material como axioma supremo.

Pensar em igualdade é pensar em justiça na linha da análise aristotélica[68], retomada pela escolástica e por todas as correntes posteriores, de Hobbes e Rousseau a Marx e Rawls[69]. Enfim, é a igualdade em sua acepção material a que interessa para o Direito.

A compreensão da isonomia há de ser casuística, relevando as diferenças subjetivas inerentes à conjuntura fática. A igualdade, nessa seara, admite o tratamento desigual, compreendendo esse fenômeno como pressuposto. A desigualdade, porém, há de ser proporcional, dimensionando as desigualdades existentes no mundo fenomênico entre os sujeitos.

O princípio da isonomia previsto na Constituição deflagra valores em todo o sistema normativo positivo, inclusive no âmbito previdenciário privado. Há várias regras jurídicas nas quais o axioma da igualdade pode ser extraído, por exemplo, no parágrafo 1° do Artigo 16 da Lei Complementar nº 109, de 2001[70].

O tratamento isonômico pressupõe a desigualdade. Essa é a máxima constitucional, isto é, o tratamento desigual na proporção exata das desigualdades. A igualdade formal pressupõe, portanto, a igualdade subjetiva/material. A subjetividade há de ser observada na discriminação das desigualdades e aplicação proporcional do direito aos iguais.

É conhecidíssima a lição de Barbosa (2003, p. 19), que vem sempre a pelo transcrever:

> A regra da igualdade não consiste senão em quinhoar desigualmente aos desiguais, na medida em que se desigualam. Nesta desigualdade social, proporcionada à desigualdade natural, é que se acha a verdadeira lei da igualdade.

As situações jurídicas, em face do objeto jurídico, discriminam os sujeitos, atribuindo-lhes condições existenciais diversas. Essa diversidade, necessariamente, desiguala os sujeitos perante o objeto, estabelecendo regras

[68] ARISTÓTELES, 1965, cap. II.
[69] MIRANDA, 2000, p. 221.
[70] § 1° do Artigo 16 da Lei Complementar n° 109/2001: "Para os efeitos desta Lei Complementar, são equiparáveis aos empregados e associados a que se refere o caput os gerentes, diretores, conselheiros ocupantes de cargo eletivo e outros dirigentes de patrocinadores e instituidores".

próprias ao tratamento diferenciado. Isso, porém, não importa no descumprimento da isonomia, mas na efetivação desse princípio, acepção material.

Capacitemo-nos agora, mais propriamente, da figura do assistido.

Os assistidos não são sujeitos iguais aos participantes. Ambos são sujeitos da relação jurídica de previdência privada. Ocupam, diferentemente, posições distintas, sendo sujeitos de direitos e obrigações diversas. O participante, de ordinário, é contribuinte concreto e beneficiário hipotético. O assistido, por seu turno, é beneficiário concreto e contribuinte hipotético, haja vista a possibilidade de ser chamado ao custeio do plano.

Esse exemplo ressalta, à evidência, a desigualdade existente entre os dois sujeitos jurídicos: participantes e assistidos.

A desigualdade subjetiva existente entre os participantes e os assistidos impõe, nos limites da qualidade que justifica a distinção, tratamento normativo diferenciado. A inobservância dessa desigualdade afrontaria a isonomia, pois estar-se-ia admitindo, em confronto aberto com a Constituição, o tratamento igual de sujeitos desiguais. Isso maximizaria a desigualdade, distanciando os sujeitos em face do objeto jurídico.

É por essa razão que a Lei Complementar n° 109, de 2001, previu obrigações e direitos para os assistidos diversos dos atribuídos aos participantes.

A desigualdade entre assistidos e participantes também se manifesta nas situações em que deva ocorrer o saneamento de desequilíbrios do plano. Havendo déficit, exemplificativamente, as expectativas inerentes aos participantes poderão ser alteradas. Os benefícios concedidos aos assistidos, não obstante implicarem no suposto déficit, são inalteráveis. Os únicos prejudicados com o déficit, no âmbito da proteção, são os participantes, que terão seus direitos expectados alterados em prejuízo aos interesses contratados.

No desequilíbrio por superávit essa desigualdade é compensada, pois as alterações, diretamente, devem beneficiar os participantes, que deixam de contribuir ante ao excesso de poupança presente no plano. Os assistidos,

diferentemente do que ocorre com os participantes no caso de déficit, não são prejudicados pelo superávit, pois seus benefícios são mantidos como contratados em respeito ao princípio da irredutibilidade das prestações.

A isonomia se manifesta no saneamento do desequilíbrio, estabelecendo regras distintas para sujeitos (assistidos e participantes) diferenciados.

3. Conclusão

Enfim, o traço distintivo entre os sujeitos da relação jurídica de previdência privada, embasado na isonomia, encontra justificativa na intensidade da proteção social com que o sistema jurídico pretende investir tal pessoa no universo da seguridade social.

4. Referências bibliográficas

ARISTÓTELES. A política. Lisboa: Presença, 1965. cap. 2.

BARBOSA, Rui. Oração aos moços. São Paulo: Martin Claret, 2003.

BONAVIDES, Paulo. Curso de Direito Constitucional. São Paulo: Malheiros, 1998.

CANOTILHO, José Joaquim Gomes. Direito Constitucional e teoria da constituição. 7. ed. Coimbra: Almedina. 2003.

MIRANDA, Jorge. Direito Constitucional. 3. ed. Coimbra: Coimbra, 2000. t. 4.

Parte II

ARTIGOS DO BOLETIM ANSP

1. COMERCIALIZAÇÃO

A. Comercialização de seguro de vida individualizado

Janeiro/2013

Auri Luiz de Morais Rodrigues

A comercialização do seguro de vida individualizado tem encontrado resistências nas seguradoras diante de algumas características do proponente, como peso acima do adequado para a altura e idade e uso contínuo de medicação para pressão arterial, por exemplo. Esse procedimento é entendido como descumprimento do artigo 39, inciso IX, do Código de Defesa do Consumidor, que enuncia:

> Art. 39. É vedado ao fornecedor de produtos ou serviços, dentre outras práticas abusivas:
>
> Parágrafo IX: recusar a venda de bens ou a prestação de serviços, diretamente a quem se disponha a adquiri-los mediante pronto pagamento, ressalvados os casos de intermediação regulados em leis especiais.

Diante da norma resultou a seguinte decisão do Superior Tribunal de Justiça:

> DIREITO CIVIL E CONSUMIDOR. ILICITUDE NA NEGATIVA DE CONTRATAR SEGURO DE VIDA. A negativa pura e simples de contratar seguro de vida é ilícita, violando a regra do art. 39, IX, do CDC. Diversas opções poderiam substituir a simples negativa de contratar, como a formulação de prêmio mais alto ou ainda a redução de cobertura securitária, excluindo-se os sinistros relacionados à doença preexistente, mas não poderia negar ao consumidor a prestação de serviços. As normas expedidas pela Susep para regulação de seguros devem ser interpretadas em consonância com o mencionado dispositivo. 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, portanto tem necessariamente de respeitar as disposições do CDC. A recusa da contratação é possível, como previsto na Circular Susep no 251/2004, mas apenas em hipóteses realmente

> excepcionais. REsp 1.300.116-SP, Rel. Min. Nancy Andrighi, julgado em 23/10/2012.

Portanto, os efeitos do Código de Defesa do Consumidor e o julgado acima, não obstante possam ocorrer decisões dos tribunais superiores em sentido oposto a esse, devem orientar os técnicos de aceitação de riscos das companhias quanto ao posicionamento das mesmas ao analisar as propostas relativas a esses seguros.

Recusar ou agravar? Claro está que deve-se optar pelo agravo, mas, sem dúvidas, é necessário haver harmonia entre seguradores e corretores para que se estabeleça uma conduta de comercialização que atinja os objetivos de suas empresas sem descumprimento do ordenamento jurídico brasileiro.

B. E-insurance

Janeiro/2014

Dilmo Bantim Moreira

Oficialmente, está reconhecida a era do e-commerce ou da utilização de meios remotos no universo dos seguros e da previdência complementar aberta no Brasil.

No decorrer deste ano, uma série de normativos se entrelaçou e definiu o cenário no qual a prática do comércio eletrônico ou por meios remotos passou a ser definido, abrindo possibilidades até então indisponíveis.

A caminhada iniciou-se com a Resolução 285/13, de 30/01/2013, tratando sobre a emissão de bilhete de seguro por meio de solicitação verbal (telefônica). Passou pelo Decreto Federal 7.962/13, de 15/03/2013, que regulamentou o comércio eletrônico para os fins do Código de Defesa do Consumidor. Fez uma breve pausa para a retomada do fôlego no Edital de Consulta Pública 8/2013, que convidou à discussão a sociedade para tratar, entre outros pontos, de mudanças no processo de contratação por meio de equivalência de assinaturas, login e senha, voz e, ainda, identificação biométrica. Finalmente, chegou à Resolução 294, de 6 de setembro de 2013, dispondo sobre a utilização de meios remotos nas operações relacionadas aos planos de seguros e de previdência complementar aberta.

A partir de agora, as seguradoras e entidades abertas de previdência complementar, conforme o caso, estão autorizadas a realizar a emissão de bilhetes, apólices e certificados individuais por esse novo meio, que não se limita à comercialização, mas alcança também outros tipos de relacionamentos com os segurados, uma vez que pode abranger até os procedimentos de regulação de sinistro.

Nesta opção adicional de comercialização do produto de seguro, deve-se levar em consideração características como objetividade e clareza de informação,

agilidade de atendimento, formas seguras de pagamento, rapidez de entrega, segurança do ambiente virtual e canais de comunicação ágeis.

Talvez o aspecto mais importante neste momento seja a expansão da capacidade dos atores do mercado em alcançar seus clientes por meio desses meios, que podem maximizar os relacionamentos já estabelecidos, permitindo-lhes explorá-los com mais eficiência.

Atualmente, os clientes 100% on-line representam uma percentagem diminuta no mercado de consumo de uma forma geral, mas são considerados o topo da pirâmide dos consumidores desse meio, possuindo alto grau de escolaridade e capacidade de consumo. Portanto, devemos também nos preparar para atender esse nicho. Contudo, ainda não se visualiza a substituição da relação humana na comercialização de seguros, em virtude da multiplicidade de necessidades dos clientes e da diversidade das características dos riscos.

Os meios remotos constituem uma ferramenta de apoio que pode fazer com que a segurança e a proteção, intrínsecas ao seguro e à previdência complementar, sejam levadas a mais pessoas a partir de poucos pontos de distribuição, minimizando custos e viabilizando estratégias.

Não há outra decisão que não a de seguir em direção ao futuro, adaptando-se às necessidades do consumidor, experimentando e adaptando tecnologias e incorporando cada vez mais progresso à instituição e ciência sempre renovada do seguro.

C. Por que precisamos do corretor de seguros?

Novembro/2013

Dilmo Bantim Moreira

Apólices de seguros são contratos que englobam relações de ordem legal, técnica e pessoal.

Possuem aspecto legal porque baseiam-se em diversos tipos de legislações que interagem para dar formato ao contrato. Em relação ao aspecto técnico, observam a ciência atuarial, englobando disciplinas complexas, como Estatística, Matemática e Ciências da Computação. Mas é no aspecto pessoal que, talvez, guardam sua maior complexidade, dado que a necessidade e o desejo das pessoas, quando o assunto é proteger seus bens e principalmente sua vida, saúde e previdência, exigem níveis de sofisticação que apenas pessoas dedicadas ao universo dos seguros conseguem atender.

É esse o campo de atuação do corretor de seguros, que tem como especialização a orientação nos ramos de pessoas, saúde e previdência, fundamentalmente devendo entender necessidades e propor soluções adequadas. Somente por meio de uma atuação proativa e embasada em sólidos conhecimentos dos produtos disponíveis e da situação do mercado securitário esse profissional será capaz de cumprir seu papel socioeconômico, abrindo novas oportunidades de negócios com sua capacidade de antever aspectos inerentes a estes e apresentar soluções alinhadas com as exigências de cada situação.

Caso não houvesse um profissional dedicado a orientar pessoas e empresas na identificação e no tratamento dos riscos, questões de difícil entendimento e solução teriam de ser entendidas e resolvidas diretamente pelos próprios interessados, desde compreender se a contratação de uma cobertura é necessária, passando pela escolha de coberturas e capitais, bem como pela pesquisa e identificação das melhores condições de cobertura e preços.

Finalizando esta análise, ainda restaria a questão de, em caso de sinistro, como e a quem recorrer.

A profissão de corretor de seguros existe desde o século XVI e a busca por conhecimento técnico e contratual, obrigatoriamente, tornou-se uma prática exercida diariamente. Então, é isso o que fazem os mais de 69 mil profissionais dessa área atualmente operando no país, dos quais 27% atuam especificamente no ramo de pessoas. Eles são o vínculo esclarecedor nas relações contratuais securitárias, ajudando seus clientes a escolher e adquirir o produto mais ajustado às suas necessidades de proteção e, concomitantemente, distribuir os produtos das seguradoras, agindo como instrumento fomentador do mercado segurador.

Junto a isso, frisa-se a imperatividade do importante aspecto correição moral, exercida por meio da prática da verdade e da troca franca de informações, permitindo-lhe resguardar efetivamente a boa-fé basilar que norteia os negócios de seguro.

Em 12 de outubro, Dia do Corretor de Seguros, mais que uma data comemorativa, celebramos o desejo de que, juntos, corretores, segurados e seguradoras, possam dirigir-se para a concretização de um futuro em que a instituição do seguro seja partilhada para a proteção de cada um e de toda a sociedade.

D. Soluções desencontradas

Janeiro/2015

Jorge Abel Peres Brazil

No Brasil, as empresas e a indústria de seguros estão diante de uma nova realidade. Quando isso acontece, o mercado passa a exigir soluções inovadoras. Se mudam os problemas, também mudam as soluções. É um equívoco insistir nas mesmas soluções do passado, pois elas não atendem mais às necessidades atuais. Vejamos alguns exemplos de velhas soluções.

Seguradoras que ainda querem vender produtos ou serviços que perderam importância ou que insistem em construir objetivos relacionados ao aumento do volume de vendas. Essa é uma estratégia totalmente fora da realidade. Aliás, algumas seguradoras que aumentaram o volume de vendas simplesmente quebraram.

Outro exemplo marcante é a tendência de readaptar produtos antigos, pensando que está se propondo uma nova solução, quando na realidade estão sendo criados apenas “clones imperfeitos” destituídos de valor.

Parece óbvio que, se as velhas soluções não atendem às novas necessidades, a resposta é encontrar novas soluções.

O problema é que os executivos, como gestores dessas decisões, relutam em abandonar as velhas soluções. Pensar o novo nessa nova realidade, entender que existe um novo consumidor, que representa um novo Brasil dentro do Brasil, que são as classes C, D e E, requer dos executivos uma mudança de atitude. Isso sim representará o impulso que permitirá o salto das seguradoras em direção ao futuro.

Fazendo uso intenso da tecnologia, será possível encontrar respostas para um underwriting de alta qualidade para automação e redução dos custos transacionais, para entender e definir qual é o seu core business e como descobrir e utilizar outsourcing e alianças na maior quantidade possível de processos.

Agora, para isso não basta pensar estrategicamente com base em avaliações genéricas, pois o diagnóstico possivelmente será errado. Um dos grandes desafios desses executivos é substituir essa metodologia da intuição por um diagnóstico científico e especializado de seu modelo de negócio e de seu entorno competitivo.

A obra A era da incerteza, do economista John Kenneth Galbraith, define que as empresas, nesses momentos de forte transformação, necessitam desesperadamente de novas soluções, não simplesmente de conhecimentos acadêmicos. Necessitam de profissionais que questionem e ousem inovar e buscar novas soluções para os novos problemas, exercitando uma cultura de correr riscos.

E. A revogação dos seguros singulares pela Circular Susep nº 458/2012

Janeiro/2014

Márcia Cicarelli Barbosa de Oliveira e Camila Affonso Prado

Em 19 de junho de 2013, entrou em vigor a Circular Susep nº 458/2012, que revogou a modalidade de seguros singulares. Essa norma gerou um grande debate no mercado, pois foi interpretada como a impossibilidade de se comercializar planos de seguros específicos para determinado segurado, que estaria sujeito tão somente aos planos padronizados ou não padronizados, que não atenderiam às suas necessidades específicas.

O seguro singular estava definido na Circular Susep nº 265/2004 como o plano de seguro elaborado exclusivamente para uma apólice individual, sendo vetada sua disponibilização para outros segurados. Para sua comercialização, as seguradoras estavam obrigadas a enviar uma correspondência prévia à Susep com uma justificativa detalhada quanto ao enquadramento do seguro como singular, tal como o modelo previsto no Anexo II da Circular nº 265/2004. A Susep, por sua vez, poderia solicitar informações complementares a essa justificativa e, caso verificasse que o plano não se adequava ao seguro singular, determinar que as seguradoras o retificassem a fim de adaptar a apólice a um plano padronizado ou não padronizado.

O modelo de correspondência, contudo, exigia poucos dados sobre o plano, e a Susep raramente solicitava informações complementares. A partir da insuficiência de informações, alguns produtos protocolados como seguros singulares não correspondiam, de fato, a essa modalidade de seguro. Por essa razão, a Circular nº 458/2012 extinguiu os seguros singulares e vetou a renovação das apólices atualmente vigentes.

Todavia, isso não significa a proibição para a comercialização de seguro elaborado para determinado segurado. Conforme esclarecido por representantes da Susep no evento “Seguros especiais/singulares: sua importância para o mercado segurador”, realizado em 23 de setembro, o seguro

singular consistia em mero procedimento para a aprovação da apólice pelo órgão regulador. Não se tratava, assim, do produto propriamente dito.

Dessa forma, o que a Circular nº 458/2012 revogou foi o procedimento para a aprovação do seguro, que não mais se resume ao envio de correspondência à Susep. Conforme o artigo 2º da referida Circular, as seguradoras deverão submeter à aprovação produtos não padronizados e inserir nas coberturas adicionais ou em cláusulas particulares as disposições que visem às necessidades específicas do segurado. Esse novo procedimento deve ser atendido por todas as seguradoras na comercialização desses planos, embora ainda gere questionamentos, especialmente quanto à dificuldade de elaboração de clausulado geral para atender a necessidades específicas do segurado e à disponibilização dos planos ao público via internet, de acordo com a Circular Susep nº 438/2012.

O tempo dirá se o procedimento para os produtos não padronizados atenderá às peculiaridades do seguro singular. De toda forma, é um alívio para o mercado verificar que essa importante modalidade de produto não foi extinta.

2. COMUNICAÇÃO

A. Viveremos a época do sexto poder?

Março/2011

Fernando Simões

A resposta é sim. Quais são as razões? De forma constitucional, temos três poderes no país: o Executivo, o Legislativo e o Judiciário. São, na proporção do PIB, os grandes destinatários das verbas (diga-se impostos), não só do Brasil. Em outros países republicanos, não é diferente daqui. O Estado, para funcionar, depende de verbas públicas e seus cidadãos dependem da atuação desses organismos. Sua complexidade e extensão são enormes, pois tudo se multiplica nos milhares de municípios, dezenas de estados da Federação e no Distrito Federal. Os recursos consumidos são imensos e sem a atuação desses poderes teríamos uma grande anarquia.

Não podemos prescindir da existência do Estado e aqui não defendo seu tamanho, pois não é este o objetivo da abordagem. Assim, não se trata de gostar ou de achar que poderia ser diferente, claro ficando que, quando a gestão de recursos é de ente público, tendemos a imaginar que o "seu Estado" é algo visível, no mínimo no imaginário de cada um, mas na verdade é um composto de milhares de pessoas dedicadas a algum tipo de atividade pública, que têm ideologias e credos diferentes, com boa formação na maioria dos casos e que estão lá por força de concursos públicos, por eleições ou por nomeações. Nesses poderes, os que lá estão conquistaram seus postos com batalha e dedicação. Claro que existe o lado do jeitinho e das benesses, mas esses com certeza são minoria e mais passageiros.

Onde está o quarto poder? Na mesma linha dos três primeiros temos o Ministério Público, que do mesmo modo depende das verbas públicas e se forma com os mesmos princípios, pelo menos econômicos, dos anteriores. Atua em todo o país e não está atrelado ou vinculado ao judiciário. Ele é independente em todos os sentidos. Seu corpo é grande e tem musculatura suficiente para ser visto e

sentido como um poder à parte. Não se trata aqui de uma definição ou teoria própria, mas de uma visão de uma instituição também muito grande que está intimamente ligada ao judiciário, mas dele não é parte subalterna. Juízes e promotores não são uma coisa só. São diferentes.

Bem, onde está o quinto poder? Está no cotidiano de cada um. A mídia que começa com o radinho de cabeceira, com o jornal que se lê, com a TV que mostra tudo ao vivo e com a internet que noticia, “twitta”, “bloga”; nos serviços de mensagens via celular; nos grupos do Facebook, do Messenger ou do Orkut, e por aí vai. Perguntas, reflexões e respostas acabam por nos provocar. Se reunirmos todos esses grupos, temos, só pela ótica da formação de opinião, um contingente numeroso, poderoso, severo, implacável e importante para construir e destruir também.

Podemos imaginar que o sexto poder está constituído pela indústria, pelo setor químico ou farmacêutico, pelo setor petroleiro, pelas montadoras, pelo comércio, pelos prestadores de serviços, pelos sindicatos patronais ou de empregados, pelos bancos e financeiras e por serviços de seguros e previdência. Sobre este último, vale dizer que está cada vez mais aparelhado e com força suficiente para suportar todo tipo de demanda que a cada dia surge. A lista de setores econômicos não se esgota aqui e a resposta à pergunta “O sexto poder é um poder à parte?” é não. A razão é muito simples.

Sabe-se da importância econômica e social que cada um dos setores citados possui, porque eles são fortes e expressivos, mas isoladamente não têm a representatividade que os cinco primeiros possuem. Eles não atuam juntos. Eles podem às vezes estar juntos, mas isso não é suficiente. Claro que os quatro primeiros poderes, por força de sua forma, têm uma característica própria como organismo por serem um conjunto.

O quinto, que é a mídia, não é um conjunto como os quatro primeiros, mas está muito próximo de cada um de nós pela força de provocar ou de mudar a opinião, de derrubar ou de construir um mito ou de persistir até achar uma verdade que seja bem aceita ou não. Isso é feito por todas as formas da mídia. Não se trata aqui de avaliar quem pode mais. A visão (insisto) deve ser de conjunto. O poder

da mídia existe e convive com todos de uma ou mais formas. Assim, isoladamente, os setores econômicos citados não conseguem penetrar no seu cotidiano com a força que os cinco até aqui mencionados conseguem.

O sexto poder está batendo em nossa porta e é exigente. Atende pelo nome de Fifa e dura no mínimo até 2014. Sim, a Fédération Internationale Football Association. Existe algo chamado “caderno de encargos” para se organizar uma Copa do Mundo. A lista de exigências é séria e não é brincadeira levar adiante tudo o que é exigido. Qualquer cifra passa dos bilhões de reais para se organizar um evento que dura um mês, traz 32 seleções e milhares de turistas que vêm pelo prazer de assistir futebol, torcer pelo seu país ou, na pior hipótese, escolher outro, se o preferido for eliminado e, evidentemente, passear.

Claro que um evento desses é um dos passaportes para o primeiro mundo para nós. Atrativos e competência existem e, se tudo for bem gerido, os frutos podem ser muito bons, não só pelos 30 dias da Copa, mas pelo que virá e ficará depois. Digo aqui que o menos importante são os estádios. Gastar muito dinheiro para elefantes brancos, não. Acomodações boas ou no mínimo razoáveis devem ser a têmpera, mas investimentos nas cidades-sedes ou das subsedes em infraestrutura de transportes, hotéis, aeroportos, preparação de pessoas para atendimento, segurança e serviços ficarão como um bom legado e serão bem aproveitadas depois.

Aqui cabe uma reflexão específica para São Paulo. Não é importante para a cidade ter um estádio novo, seja na cidade, seja em seus arredores. Qualquer cifra exigirá investimentos de no mínimo R$ 500 milhões e não será, pelo custo-benefício, nem de longe um bom investimento. Digo mais: por suas características, São Paulo já se sobrecarrega sem um evento muito grande e, quando a Copa começar, dirá o quanto suportará ou não.

Sua estrutura pode ser utilizada desde que, com um mínimo de boa vontade e de logística, os turistas só utilizem a cidade para dormir, se alimentar, passear e se divertir entre os jogos, mas sem que os jogos ocorram em seus estádios. Será melhor para todos. Vamos admitir que a cidade fique com a abertura. Mas só

com a abertura que deve ser em um sábado. O Morumbi dará conta e o investimento deve ficar na linha do razoável.

Depois, todos os jogos devem ficar em outras cidades. Temos próximo a nós Curitiba, Porto Alegre e Belo Horizonte. No Rio, que pode comportar mais jogos, haverá dificuldades em acomodar os turistas e também entra a logística de transporte, que sem o trem-bala talvez não possa ser suprida. Afinal, nem se discute, será no Maracanã. O sexto poder já está aqui.

3. CONSUMIDOR

A. A educação do segurado / consumidor

Maio/2013

Auri Luiz de Morais Rodrigues

Na prática diária da comercialização de seguros de toda ordem, especialmente quando a relação se trava com consumidores amparados pela Lei no 8.078/90, um dos pontos mais delicados é o desconhecimento desses sobre o contrato de seguro, suas expressões e nomenclatura.

Para ficar somente num exemplo, citamos a palavra “prêmio”, que não é assimilada com a facilidade com que a expressamos nos contatos diários, prêmio é uma recompensa, não um ônus no entender comum. É verdade que os glossários integrantes das apólices de seguros já esclarecem isso. Entretanto, é preciso entender que o segurado não é estimulado a se inteirar do conteúdo de condições gerais, particulares e especiais que compõem o calhamaço que é um contrato de seguros, principalmente pelo seu desconhecimento e pelo volume de papéis.

Esse desconhecimento – que muitas vezes alcança o próprio securitário interlocutor que não foi treinado suficientemente – causa danos, não no momento da contratação, que, em bom volume, é feito às escuras, vide distribuidores diversos (bancos, supermercados e outros constituídos) na ânsia de vender mais, mas no momento do sinistro e aí o prejuízo é geral porque o momento de explicar é inadequado; gerando consumidor descontente, imagem distorcida da indústria seguradora, judiciário e escritórios de advocacia abarrotados de demandas que poderiam inexistir se houvesse um programa de educação do segurado quanto às coberturas, exclusões, mutualidade, prazos, deveres, direitos e demais informações que integram o seguro.

Acreditamos que o segurado mais educado para o entendimento das cláusulas do seguro, ao contrário de fugir de novas contratações, aderirá com mais ênfase

às proteções securitárias a sua disposição no mercado, pois estará fortalecido pelo saber específico.

Por essas razões é que pregamos um programa nacional de educação sobre seguros, destinado ao público consumidor, criado com investimentos iniciais diluídos entre todos, porém com o recolhimento de resultados significativos a médio e longo prazo, inclusive com economia de gastos de demandas judiciais e de honorários advocatícios, além do afastamento de prejuízos à imagem da instituição. Assim, construiremos uma nova fase nas relações fornecedor/consumidor no âmbito do seguro, evitando ações baseadas no Código de Defesa do Consumidor em função de seus comandos construídos com o destino de promover o equilíbrio nas relações de consumo, protegendo, de um lado, o consumidor, pela sua hipossuficiência presumida, em detrimento de outro, o fornecedor, especialmente com fundamento em seu artigo 6º e incisos, sobre os direitos básicos do consumidor, que no mais das vezes atingem-nos a todos: seguradores, corretores, órgãos reguladores/fiscalizadores e, sobretudo, o grande amparo do desenvolvimento do país e do bem-estar de seu povo:

B. Seguros: fases e evolução das relações e condutas do segurador com o segurado

Setembro/2013

Carlos Josias Menna de Oliveira

A ideia contida no presente texto surgiu de um pedido de Júlio Cesar Rosa para que participássemos de um encontro com executivos da HDI que objetivava, de uma maneira bem informal, uma breve evolução das relações segurador-segurado ao longo dos últimos 30 ou 40 anos. Na verdade, sequer se tratava de uma exposição, e sim de uma conversa com funcionários da empresa e militantes do ramo, sem maior compromisso literário, mas que pudesse dar uma visão rápida do que aconteceu nesse período e de como evoluíram as questões atitudinais envolvendo as duas partes do contrato de seguro. Dividimos este espaço de tempo em eras, a saber:

A era da negativa

O produto era vendido sem divulgação de suas normas, as quais o segurado pouco conhecia. Tempo em que havia imensa desconfiança do departamento de sinistro sobre qualquer evento reclamado e as negativas eram comuns, muitas sem motivação séria.

Época em que a parte técnica trabalhava sem sintonia alguma com o comercial e ambos rivalizavam dentro da empresa: a técnica entendia que o comercial vendia tudo sem orientar e este entendia que aquela lhe prejudicava na venda porque obstaculizava a indenização.

Dizia-se que o pagamento do sinistro era o cartão-postal da companhia. Porém, na realidade, isso não passava de uma frase para atrair o consumo, mas que não se concretizava no momento do risco. Os sinistros eram negados, em regra, verbalmente, sem explicação. Foi o tempo em que o judiciário celebrava que o contrato era lei entre as partes e seguia cegamente por ele, beneficiava o segurador que o redigia e deixava o segurado em plano de fragilidade. Ao

segurado era imposto o ônus de provar o que alegava e o judiciário abrigava mais facilmente as teses dos seguradores favorecendo o que estava escrito em detrimento do contratante segurado.

A era da divulgação

Pouco antes do advento do Código de Defesa do Consumidor, o judiciário já estava com sua tendência voltada em favor do titular da apólice, mas foi a partir dele que as empresas foram obrigadas a divulgar e informar amplamente no que consistia o produto. Aliás, foi com ele que o seguro foi recepcionado como "produto": o segurador como fornecedor; e o segurado tratado na qualidade de consumidor. Foi nesse momento que o segurado passou a ter seus primeiros contatos com o contrato e com o que ele poderia efetivamente lhe reservar.

Houve uma inversão na ótica legislativa e judicial em relação à fase anterior. O segurado passou a ser o beneficiado pela dúvida, agora não só por entendimento jurisprudencial, mas por coerção legal. O CDC impôs a regra de que, sendo o segurado consumidor, era a parte mais fraca, hipossuficiente e, por não redigir as regras da apólice, deveria ter o benefício e a vantagem na hora de os conflitos serem decididos.

Inverteu-se o ônus da prova. Diminuíram e rarearam sensivelmente as recusas. O segurador passou a examinar com mais cuidado as negativas; contudo, quando ocorriam, eram vagas, não definiam exatamente o motivo, receoso de que por ele estaria limitando o debate processual. Neste momento, o judiciário passou a contemplar a posição do consumidor de maneira mais desconfortável às companhias seguradoras.

A era do conhecimento: a fase do por que e da gestão

Após imensa e farta divulgação, o seguro passou a ser bem mais conhecido. Os segurados passaram a se familiarizar mais com as regras e a entender mais o que adquiriam. Ao conhecer e discutir mais, passaram a ser mais exigentes com seus direitos. O segurador passou a ter cuidado redobrado com as negativas,

que baixaram violentamente. A regra trocou: não é mais negar ou negar e não explicar, a regra é pagar e, se negar, amparar-se em motivo muito forte e explicitá-lo.

Deixar de pagar e empurrar o pagamento da indenização para a frente também deixou de ser producente face o sistema de correção de valores. As empresas passaram a se preocupar com seus passivos judiciais, o que no passado não acontecia (especialmente pelas aquisições de companhias por outras, no momento do negócio havia somente preocupação com a carteira, nunca com o passivo judicial, o que acarretou muitas surpresas desagradáveis).

Neste novo cenário, o segurado não admite mais a negativa sem saber exatamente o porquê dela e o segurador passou a ter de explicar. O segurador passou a ter de se dedicar à gestão do negócio. E a advocacia passou a ter mais atuação na prevenção (advocacia preventiva) do que no contencioso propriamente dito.

Os tempos foram mudando e a cultura também. Vivemos outros tempos. Melhores.

C. Poupança em uma sociedade de consumo

Março/2012

Sérgio Rangel

Por que poupamos tão pouco? Essa é uma pergunta realmente difícil de ser respondida. Talvez porque a resposta envolva ingredientes comportamentais que, na maioria das vezes, são desprezados pela economia clássica, ao presumir que somos racionais e que conhecemos todas as informações pertinentes às nossas decisões. Penso que poupamos pouco porque somos humanos e, apesar de inteligentes, nem sempre tomamos as melhores decisões financeiras, mesmo sabendo quais são as mais favoráveis. Ou seja, temos os nossos "pontos cegos", aspectos que nos escapam à consciência, mas que influenciam em nossas escolhas. No Brasil, a poupança das famílias representa somente 4,5% do PIB. Como referencial, podemos citar a China e a Índia, onde a poupança das famílias situa-se em um patamar em torno de 25% do PIB. O brasileiro poupa pouco, sim. O fator cultural pode nos ajudar a explicar por que alguns povos poupam mais ou menos que outros. Os norte-americanos, por exemplo, são tradicionalmente mais gastadores que os europeus e os asiáticos.

Historicamente, migramos de uma sociedade de produção para uma sociedade de consumo. Vivemos em uma sociedade do consumo efêmero e excessivo, do ter, do aparentar, da fluidez de valores, das fragmentações, em que se sobressai a falta de políticas públicas e educacionais que estimulem o consumo consciente e previdente. Nossa prioridade acaba sendo o prazer imediato, a satisfação a cada instante. E poupar hoje para desfrutar o amanhã não é algo que nos traga alguma satisfação imediata, indo no contrafluxo da sociedade atual. Privilegiamos o presente e desdenhamos o futuro, incerto e distante. Somos vulneráveis às tentações do curto prazo. Assim, acabamos não dando conta dos novos desafios que nossa época nos impõe, entre os quais a sustentabilidade, o meio ambiente, a responsabilidade social, o consumo consciente e o planejamento financeiro.

Podemos apontar outro “vilão” responsável por esse deslize comportamental: poupar pouco. Temos aversão a perdas e evitamos, a qualquer preço, o desconforto resultante. Por exemplo, de maneira geral, é extremamente angustiante resistirmos ao apelo de trocar nosso aparelho celular (ainda que esteja funcionando bem e adequado às nossas necessidades) quando mais da metade dos nossos amigos já possuem o último modelo super-high-tech. No momento em que surge esse dilema, instala-se o conflito: resistir e continuar com o aparelho antigo ou sacar o dinheiro “virtual” (cartão de crédito) e parcelar em 12 prestações o nosso sonho de consumo imediato, mesmo que para isso tenhamos que mexer na poupança da tão sonhada viagem que programamos há 6 meses? Na maior parte das vezes, diante da frustração em adiar uma gratificação imediata, “sacrificamos” uma reserva futura em prol do ganho/prazer instantâneo. Assim, a aversão a perdas é responsável pela dificuldade em equacionar os dilemas de curto e de longo prazo. É esse viés que faz com que, por exemplo, a contribuição mensal destinada a um plano previdenciário possa ser percebida pelo participante como uma espécie de “perda”. Os impulsos de gastar e usufruir no presente acabam medindo forças com o amanhã.

Os aspectos comportamentais são importantes não só nas questões e circunstâncias que envolvem a previdência complementar e o seguro, mas nas decisões econômicas e financeiras de forma geral. Por exemplo: Por que algumas pessoas são ricas e outras não? Por que compramos tantas coisas de que não precisamos? Por que um remédio caro nos faz sentir melhor do que um barato? Por que algumas pessoas pensam em poupar um pouco hoje para enfrentar o futuro e outras não? Para responder a essas perguntas, precisamos entender como fazemos nossas escolhas relacionadas ao dinheiro.

Simon, Prêmio Nobel de Economia de 1978, nos trouxe a noção de que nossas decisões são realizadas com base em uma “racionalidade limitada”. A partir dessa ideia surgiram novos campos do conhecimento, como a psicologia econômica, a economia comportamental e a neuroeconomia, que buscam explicar o comportamento econômico das pessoas. O ano de 2002 foi um marco para essas novas ciências quando Daniel Kahneman, psicólogo, conquistou o Prêmio Nobel de Economia. O trabalho de Kahneman teve como foco a

descrição dos erros sistemáticos de raciocínio que todos nós cometemos no processo de tomada de decisão. Com a realização de pesquisas experimentais, tornou-se evidente que somos menos racionais do que a teoria econômica clássica presumia. Nossos julgamentos e nossas decisões são influenciados diretamente pela maneira como percebemos determinada situação. Portanto, gastar, poupar, investir e contrair dívidas, entre outros, são comportamentos realizados por seres pensantes, mas falíveis, que cometem erros de pensamento influenciados por emoções e pelo contexto no qual estão inseridos. E, muitas vezes, essa “negligência inocente” acaba cobrando um preço muito elevado no médio e, principalmente, no longo prazo.

4. CONTRATO DE SEGURO

A. Os vinte anos do Código de Defesa do Consumidor (CDC) e os contratos de seguro

Maio/2011

Angélica Carlini

A Lei no 8.078, de 1990, completou vinte anos de vigência em março de 2011 e, certamente, temos mais motivos para comemorar do que para lamentar. O Código de Defesa do Consumidor, como a lei é comumente chamada, provocou mudanças estruturais na relação entre fornecedores e consumidores que paulatinamente garantiram maior quantidade de informações, mais transparência nas transações, maior equilíbrio nos contratos e, principalmente, uma postura mais cuidadosa dos fornecedores em relação à proteção de seus consumidores.

Todos nós somos consumidores e, ocupando essa posição, temos de comemorar que o Código tenha contribuído para a melhora das relações entre consumidores e fornecedores, do mesmo modo como devemos continuar exigindo que a lei seja cumprida em todas as relações de consumo em que um consumidor, hipossuficiente e vulnerável, esteja presente.

É preciso ponderar, no entanto, que as relações de consumo são dinâmicas, peculiares e guardam especificidades que são próprias de cada produto, de cada serviço prestado, de cada contrato e, por essa razão, a aplicação do direito ao caso concreto impõe um trabalho hermenêutico, interpretativo, sempre rigoroso e que demonstre, especialmente, profundo conhecimento do caso concreto que está sendo decidido.

Em outras palavras, a aplicação da lei de consumo não pode ser feita de forma automática, em caráter de pura subsunção, desprezando as características do caso concreto, isto é, do contrato específico, do produto peculiar que está sendo oferecido no mercado.

Um exemplo disso é a condenação solidária da seguradora com a concessionária pela demora na entrega do veículo sinistrado. Como responsabilizar a seguradora pela demora de mais de 30 dias se a concessionária responsável pelos reparos não possui as peças necessárias para efetuar esses reparos?

Nunca é demais relembrar que o segurado foi quem escolheu o modelo de veículo adquirido e, nessa medida, não pode creditar a outrem a responsabilidade de sua escolha. Quando ocorre o acidente e o veículo é encaminhado para uma oficina, se esta não dispõe de peças porque a fábrica está em dificuldades para fornecer em vista do grande número de veículos vendidos, não cabe responsabilizar a seguradora apenas pelo fato de ela haver referenciado a oficina. Afinal, o problema de fornecimento nunca é de uma única concessionária, atinge a todas de forma indiscriminada.

Assim, em que pese o grande avanço que o Código de Defesa do Consumidor significou nos últimos vinte anos, é preciso lembrar que existem normas de mercado que não podem ser ignoradas, como a oferta e a procura. E para essas não cabe responsabilizar ninguém, salvo aquele que realizou a escolha do produto.

B. Danos pela perda de uma chance e reflexos no contrato de seguro

Novembro/2013

Auri Luiz de Morais Rodrigues e Rafael Kalil

As relações interpessoais, especialmente nas grandes cidades, aliadas ao avanço social consubstanciado pela inclusão social, novas regras de consumo (vide Código de Defesa do Consumidor, Lei no 8.078/90) que abrem portas para o cidadão exercer seus direitos, impõem ao Estado o dever de regular as relações jurídicas decorrentes. Dessa realidade emerge a responsabilidade civil para enfrentar o risco de causar danos a outrem e, consequentemente, o dever de indenizar os resultados de atos ilícitos (artigo 186) e a obrigação de reparação (artigo 927 do Código Civil).

A responsabilidade civil parte de três pilares: ato ilícito, dano e nexo de causalidade. Outrora, a preocupação era identificar o culpado e depois se atentava à vítima. Com o passar do tempo e o amadurecimento de uma sociedade mais justa, a evolução da responsabilidade civil passou a focar na necessidade de socorrer primeiro a vítima, depois buscar o causador do dano.

Corriqueiramente, entre os tipos de danos de maior ocorrência, tem-se os danos materiais, morais e estéticos. Nessa evolução conceitual suscitam-se grandes embates jurídicos, sendo parte deles relativos à teoria da perda de uma chance (perte d'une chance), importada da doutrina francesa da década de 1960, na qual o ato ilícito praticado retira da vítima a oportunidade concreta de obter uma condição futura melhor. A perda deve ser da oportunidade de obter uma vantagem e não da própria vantagem.

Por exemplo, um funcionário de uma empresa recebe uma comunicação de seu superior hierárquico dando todo um cronograma de evolução de sua carreira dentro da empresa com promoções salariais para determinado período de tempo futuro. Esse funcionário é atropelado por um terceiro/segurado na via urbana, cujo sinistro interrompe a referida carreira. Surge daí, clara e nitidamente, a perda de uma chance real e indenizável. Imaginemos o sinistro acima ocorrido

com um atleta do nível de Neymar Jr., quando ainda jogava no Santos F. C. Ora, é impossível quantificar financeiramente a indenização decorrente do fato.

O reflexo ameaçador dessas situações, dentro do contrato de seguro, reside na ausência de campo próprio para a cobertura de dano moral entre as coberturas indicadas pelo proponente constantes nas apólices de responsabilidade civil (RC), as quais garantem ao segurado o pagamento de indenização a que venha suportar em decorrência de ato ilícito praticado e a consequente responsabilidade civil quantificada pelos julgadores em valores de antemão desconhecidos.

Ocorre que a jurisprudência tem oscilado bastante, considerando a responsabilidade civil pela perda de uma chance ora como dano material, ora como dano moral, de sorte que essa imprecisão certamente repercutirá no contrato de seguro.

Um dos problemas se dá justamente se a apólice de seguro RC não prever expressamente a cobertura para danos morais, o que muitas vezes ocorre. Explica-se: A Súmula 402 do STJ determina que, não havendo previsão expressa na apólice de cobertura para danos morais, eventual condenação do segurado nesse sentido será abarcada pela cobertura dos danos corporais. Isso quer dizer que, havendo condenação do segurado pela perda de uma chance e se essa responsabilização for enquadrada pelo judiciário como danos morais, indica inserção do dano na cobertura de danos pessoais pela Súmula 402 do STJ.

Essa abordagem também tem o intuito de revelar uma nova oportunidade de negócio para as seguradoras, com a inclusão expressa da cobertura de danos pela perda de uma chance com importância segurada indicada pelo proponente, com o respectivo prêmio devido, assim como exclui o risco de condenações futuras imprevisíveis.

Veja-se o exemplo do julgamento nº 70038949921, do Tribunal de Justiça gaúcho, em que se atribui a indenização pela perda de uma chance como dano material. Caso se tratasse de uma relação securitária, em nada prejudicaria a seguradora, já que o valor estaria contido na importância segurada prevista para

tal. Lado outro, no REsp nº 1.335.622, de relatoria do ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, a indenização pela perda de uma chance é enquadrada como dano moral, o que, transportando-se para a apólice de seguro, seria regulado pela Súmula 402, já citada, recaindo sobre o encargo da seguradora.

Para concluir, a responsabilidade civil pela perda de uma chance já é uma realidade e pode ser trabalhada pelas seguradoras na comercialização dessa nova garantia de RC. Caso não interesse às seguradoras a inclusão de tal garantia, cabe às mesmas, na contratação do seguro de RC, elaborar clausulado específico sobre essa nova modalidade de responsabilidade civil pela perda de uma chance como risco excluído.

C. O pagamento do sinistro pelo segurador não implica reconhecimento de culpa do segurado

Julho/2013

Carlos Josias Menna de Oliveira

Há tempos que sustentamos a tese de que a indenização feita administrativamente pela companhia de seguros não presume culpa do segurado nem autoriza que se aborte, no processo cível por reparação de danos movido pelo terceiro, a discussão e a prova da responsabilidade pela conduta culposa (negligência, imprudência e/ou imperícia) do segurado e/ou seu preposto.

Infelizmente, estávamos convivendo com inúmeros julgados aqui no Rio Grande do Sul que partiam da equivocada premissa de que, se a companhia seguradora pagou parte do sinistro administrativamente, a discussão sobre eventual diferença deve repousar somente sobre ela, pois a responsabilidade já estaria declinada diante do atendimento parcial do reclamo.

Por exemplo: o terceiro reclama danos materiais em seu veículo e a companhia seguradora paga administrativamente. Em seguida, o ofendido afora medida judicial para cobrança de outras parcelas, lucros cessantes, danos morais etc. e alega dispensa da prova da culpa sob o fundamento de que o segurador já havia pago parcialmente a reclamação e, portanto, isso seria reconhecimento da responsabilidade, no que lhe atende o magistrado.

Entre tantas ponderações que suscitamos, uma parece até primária. O pagamento administrativo nada mais é do que uma conciliação na qual o segurador, a fim de evitar o procedimento judicial, indeniza, sem debater a culpa na Justiça, cedendo quanto a este item. Pode até haver cessões de naturezas diversas nesse atendimento (entre elas até questões de valores), mas a primeira que se apresenta é esta: sem ela, não haveriam outras. É como se disséssemos: “Existem mil razões para que os sinos não batam. A primeira razão é que não existem sinos. Logo, as 999 restantes não importam.”

Na verdade, raciocinar ao contrário seria até contraproducente: seria um desestímulo ao segurador atender pedidos de balcão, haja vista autorizar ao terceiro que mais postule sem riscos maiores a correr. A ruína das conciliações em um judiciário que tanto clama por elas.

Pois o Tribunal de Justiça atendeu nossa postulação em demanda na qual tivemos o orgulho de praticar defesa pela Porto Seguro Cia. de Seguros Gerais e insistir na tese (a insistência, às vezes, pode ser uma virtude):

APELAÇÃO CÍVEL. RESPONSABILIDADE CIVIL EM ACIDENTE DE TRÂNSITO.

Ação indenizatória. Caso concreto em que a cobertura securitária do conserto da motocicleta não implica em reconhecimento de culpa. Ausência de prova da culpa da ré pelo ocorrido. Improcedência.

> À unanimidade, rejeitaram as preliminares e deram provimento aos recursos.
>
> Apelação cível
>
> Décima primeira Câmara Cível
>
> nº 70052774577
>
> Comarca de Porto Alegre
>
> Tenho que o fato de a autora ter acionado seu seguro, bem como a seguradora ter autorizado o conserto da motocicleta, não implica em reconhecimento de culpa, já que muitas vezes a instauração de litígio se mostra mais dispendiosa do que o pronto pagamento.
>
> Assim, tenho por indispensável a verificação da culpa, que se mostra inviável diante da limitação imposta na inicial, impondo-se a improcedência da ação.

O acórdão é da lavra da desembargadora Katia Elenise Oliveira da Silva e teve como revisor o desembargador Bayard Ney de Freitas Barcellos (presidente), participando do julgamento o desembargador Luiz Roberto Imperatore de Assis Brasil.

Foi perfeito o “mote” do julgamento, o que evita, como se disse, a ruína das conciliações.

Observação: o acórdão na íntegra está no site do TRJRS.

D. Documento interno e a ação de exibição

Março/2013

Carlos Josias Menna de Oliveira

No passado, havia um clichê no ramo de que os documentos administrativos eram “internos” e, portanto, não podiam ser entregues aos segurados. Era (pelo menos em alguns casos) um equívoco. Isso trazia dificuldades aos consumidores de seguro, que muitas vezes deixavam de fazer valer seus direitos em virtude da ausência de um documento que lhes concedesse a certeza de tê-los.

Sustentada por essa estranha vantagem que o poder concedia, até o blefe virou constante nas empresas de má-qualidade (a minoria), negativa evasiva fundada em meio probatório de existência duvidosa. O Código de Defesa do Consumidor (CDC) amenizou essa prevalecida situação porque, ao considerar os seguradores como fornecedores de produtos, lhes impôs o ônus da prova.

Essa inversão passou a desfavorecer a quem blefa – quem não tem o documento e embasa a negativa referindo tê-lo para amedrontar e conquistar a ideia de que nada deve ser feito, como acontecia no passado em alguns casos, e que não condizia com o comportamento habitual de mercado –, mas também a quem age bem, porém com erro.

Ocorre que não são raras as negativas de exibição de documentos cuja ciência é imperiosa. Questão prática: O segurador nega atendimento de sinistro automóvel ou de transportador sob o argumento de excesso de velocidade, diz que isso se centra em perícia que possui, mas nega-se a mostrá-la. O segurado fica sem saber se a arguição é verdadeira ou falsa (e isso prejudica a imagem do mercado) e fica em dúvida sobre propor a ação.

Os segurados perceberam o remédio jurídico para isso: a ação de exibição de documentos, em que a companhia de seguros, sob pena de multa diária, tem de apresentá-los, e que podem ser sempre manuseados em situações semelhantes, impondo ônus que acumulam custas e honorários de advogado,

às vezes de valor considerável. Com a exibição obrigatória, eis que o documento torna-se “comum” às partes e o segurado se libera para ajuizar ou não a cobrança, com a perfeita imagem do procedimento administrativo.

Esta ação interrompe a prescrição. Mas o que acontece agora é que estão se multiplicando ações preparatórias de cobrança. E os julgadores estão deferindo e dispensando prova da sonegação exatamente por firmarem presunção de que ela existe e é comum. Decorre disso que avolumam-se procedimentos com estupendo ônus às cobranças, encarecendo a sinistralidade, face sucumbência, sempre deferidas.

Ficou tão crítica a questão que alguns segurados, mesmo sem que haja negativa, aforam demandas exibitórias mirando apenas o resultado financeiro disso, ou seja, a sucumbência. É hora de o mercado repensar essa estratégia que depõe contra a imagem, não é inteligente e torna-se onerosa. E essa trilogia é fatal.

E. Contrato de seguro não presencial

Setembro/2013

Dilmo Bantim Moreira

A indústria securitária e o Estado, juntos, caminham na direção de uma mudança significativa na forma e nos meios de comercialização do seguro. Diversos aspectos legais da operação tradicional de contratação de apólices e certificados possuem grande similaridade com o que, já hoje em dia, pode ser realizado em termos de contratação por meios eletrônicos e/ou digitais.

O progresso do comércio por meio de processos de venda não presencial, de modo geral, caminha a passos largos. Isso pode ser observado na utilização de instrumentos como o telemarketing, a televisão, a internet e os telefones celulares. Compramos produtos e serviços de forma remota já faz algum tempo. Então, por que não fazer o mesmo com seguros? O Conselho Nacional de Seguros Privados, por meio da Resolução 285/13, em seu artigo 5o, especifica que no caso de bilhete de seguro a contratação pode se dar por mera solicitação verbal do interessado, abrindo assim caminho para uma extensa discussão de grande interesse às seguradoras, aos corretores e aos consumidores.

Preservados os princípios necessários à perfeita identificação dos proponentes seguráveis, os meios de registro de informações, a validação das operações, comunicação e fornecimento de comprovações formais (de contratação, sinistro, pagamentos etc.), poderíamos estender o princípio da solicitação verbal a outros meios de efetivação de contrato, já consagrados no meio digital e eletrônico.

Trata-se de evolução e adaptação à modernidade, ação necessária e harmonizada com o desejo do mercado de expansão das operações de seguros, permitindo concomitantemente o aumento da disseminação da cultura da contratação de seguros e possibilitando apoio à sociedade nos momentos necessários.

A Susep disponibilizou em seu site o Edital de Consulta Pública no 8/2013, abrindo a possibilidade de, em conjunto com a sociedade, iniciar-se um

importante processo de mudança. O texto básico (em discussão) trata de mudanças no processo de contratação, admitindo assinaturas dos proponentes por meio de login e senha, voz e, ainda, por meio de identificação biométrica. De acordo com o texto sugerido pela autarquia, como forma de familiarizar as pessoas com esse novo ambiente, os segurados deverão enviar mensagens de educação financeira ao longo da vigência das coberturas e na época apropriada a cada situação, utilizando os mesmos meios remotos usados na contratação, abrangendo itens como a confirmação da contratação, coberturas e respectivos valores, alertas sobre vencimento de parcelas e fim da vigência do seguro, entre outros.

É importante frisar que o recente Decreto 7.962/13 regulamenta o comércio eletrônico para os fins do Código de Defesa do Consumidor, estabelecendo assim as bases para o ordenamento jurídico e a proteção ao futuro novo consumidor de seguros por meios não presenciais.

Vale registrar que as pessoas estão cada vez mais confortáveis com os processos de comércio não presencial, que por suas características implicam em vendas mais ágeis. Natural e rapidamente, a indústria de seguros se adaptará aos processos de virtualização dos contratos e utilização de diversos novos meios de contato com seus públicos, permitindo ao mercado continuar a bater recordes de crescimento.

F. Lei do Seguro: Projeto de Lei no 3.555/04

Setembro/2013

Homero Stabeline Minhoto

A polêmica sobre esse projeto de lei me faz lembrar da história daquela jovem que ia a uma festa, quando sua mãe a interpelou: “Mas, minha filha, você vai à festa com essa minissaia tão curta?”. Bem, a jovem saiu mesmo assim. Chegando ao destino, atraiu a atenção de determinado rapaz, que pensou: “Lindas pernas, pena que a minissaia seja tão cumprida”.

Esse Projeto de Lei está tal qual a minissaia dessa garota. Atende aos interesses do rapaz e contraria os interesses da diligente mãe. Esse projeto foi feito sob medida para atender com absoluta parcialidade os interesses do consumidor e de seus advogados. Está totalmente destituído dos princípios de equidade e isonomia.

O projeto é absurdamente burocrático, em primeiro lugar. Seu artigo 58 exige a emissão e entrega ao contratante, em 20 dias, de documento comprobatório do contrato, com mais de 20 informações. Entre elas, o nome do segurado. Já ouvi os interessados no projeto afirmarem que esse documento é a apólice. Imagine-se uma apólice coletiva com cerca de 10 mil vidas. Terá, então, de mencionar o nome dos 10 mil segurados. Em um grupo tão extenso, as exclusões e novas inclusões ocorrem todos os meses. Vamos todos os meses alterar essa apólice.

E a burocracia prossegue: o artigo 22 exige, para caracterizar a mora do segurado, uma notificação por carta registrada, ou outro meio idôneo comprovável, concedendo no mínimo 15 dias para purgação (15 dias para pagar). Só depois desse prazo é que ocorrerá a suspensão da cobertura.

Ora, considerando que o segurado já teve 30 dias para pagar, se a seguradora levar 15 dias para expedir a notificação, o correio mais 10 para entregá-la e mais 15 dias para a purgação, o segurado terá 70 dias para o pagamento, sem a previsão de qualquer multa (destaque para essa ausência de penalidade).

Não se argumente que as decisões dos tribunais já exijam notificações. Primeiro porque muitas decisões não as exigem e quando o fazem contrariam o princípio da legalidade, posto que o prêmio de seguro é uma dívida positiva e líquida e, como tal, o simples inadimplemento já constitui o segurado em mora, conforme o artigo 397 do Código Civil, que diz: “o inadimplemento da obrigação, positiva e líquida, no seu termo, constitui de pleno direito em mora o devedor”. No mesmo sentido, o artigo 12 e seu parágrafo único do Decreto-Lei 73/66.

Fiel a tais disposições, o artigo 763 do Código Civil preceitua que não terá direito à garantia o segurado que estiver em mora no pagamento do prêmio. Afinal, todos nós sabemos as contas que temos de pagar, como condomínio, escola dos filhos, plano de saúde, salário do jardineiro etc. Portanto, é desnecessária essa notificação que o Projeto de Lei quer tornar obrigatória.

No sentido contrário, quando a obrigação for dela, seguradora, terá 30 dias para liquidar determinados sinistros (parágrafo 3º, artigo 92), sendo que descumprido esse prazo, sem que se imponha qualquer notificação ou tempo para purgação, ela estará sujeita à multa de 5% mais correção monetária e juros legais, além de responder pelos danos decorrentes da mora. Como se vê, é notória a diferença de tratamento para a mora do segurado no pagamento do prêmio e da seguradora.

Por outro lado, no que se refere aos prazos prescricionais, o atual artigo 203 do Código Civil confere ao segurado e ao segurador prazos iguais: um ano.

No entanto, prosseguindo na falta de isonomia, o Projeto de Lei concede ao segurado/beneficiário um tratamento mais vantajoso, conferindo-lhe dois anos e ao segurador apenas um ano.

E vai além o Projeto de Lei ao conferir ao segurado nova suspensão do prazo prescricional, se este formular um pedido de reconsideração da recusa da indenização. Atualmente, o entendimento do STJ é que tal pedido de reconsideração não suspende o prazo prescricional.

Ainda mais discricionário e arbitrário é o artigo 23 do Projeto de Lei, pois, mesmo que o segurado já esteja constituído em mora (ou seja, foi notificado por não pagar o prêmio, já decorreu o prazo de 15 dias para purgar a mora, portanto,

inclusive suspensa a cobertura) ainda assim, o segurador terá a obrigação de responder pela indenização nos casos de responsabilidade civil, quando o dano for a morte, a invalidez, ou a necessidade de tratamento médico-hospitalar. Portanto, mesmo sem receber o prêmio, a seguradora terá de pagar a indenização e depois buscar o regresso junto ao segurado, o qual, certamente, está inadimplente por falta de dinheiro, ou seja, o regresso da seguradora não será bem-sucedido.

Por essas e outras razões, o seguro se tornará mais caro, iniciando um progressivo processo de elitização e isso justamente agora, quando se afirma que as classes sociais menos favorecidas ascendem, podem tornar-se consumidoras do seguro e ter seu patrimônio protegido.

Paro por aqui, por falta de espaço, sem esgotar todo o tema, mas oportunamente retornarei com outras considerações.

G. Os desafios da cláusula compromissória nos contratos de seguro

Setembro/2014

Márcia Cicarelli Barbosa de Oliveira e Camila Affonso Prado

1. A importância da cláusula compromissória

A arbitragem tem se revelado uma importante ferramenta alternativa de solução das controvérsias que envolvam a interpretação e execução do contrato de seguro, especialmente em casos complexos envolvendo grandes riscos, que demandam decisões céleres proferidas não apenas por julgadores independentes e imparciais, mas por especialistas em Direito do Seguro, técnica atuarial e regulação de sinistros.

De acordo com o artigo 4º, caput, da Lei nº 9.307/96, é por meio da cláusula compromissória que as partes acordam submeter à arbitragem os litígios eventualmente surgidos de determinado contrato. Essa cláusula, contudo, somente terá eficácia e autorizará a implementação automática da arbitragem se determinados requisitos formais forem cumpridos, como dispõem os § 1º e § 2º do referido dispositivo legal.

Todavia, nos contratos de seguro, a instituição da arbitragem nos litígios entre segurado e seguradora ainda encontra diversos óbices, tendo em vista que as cláusulas inseridas nas apólices, em sua maioria, não atendem aos requisitos necessários.

2. Os principais problemas das cláusulas compromissórias em apólices de seguro

Em primeiro lugar, via de regra, a cláusula compromissória inserida nas apólices de seguro não é vinculante para o segurado. Isso porque, tratando-se o seguro de contrato tipicamente de adesão, a cláusula compromissória, além de ser escrita, deverá contar com sua concordância expressa, manifestada em documento anexo, ou por meio de visto especial na cláusula contida no contrato, redigida em destaque. Também é possível que a anuência do segurado com a cláusula arbitral se dê por outros meios, como o e-mail. O importante é que haja

concordância expressa com essa forma de resolução de litígio, que exclui o Poder Judiciário.

O problema que se coloca é que, na prática, a apólice não é assinada pelo segurado em virtude da própria dinâmica do contrato de seguro, de modo que a cláusula compromissória torna-se meramente indicativa, cabendo exclusivamente ao segurado decidir se quer valer-se da arbitragem para resolver determinado litígio.

Mas, mesmo quando o segurado opta pela arbitragem, as cláusulas utilizadas pelas seguradoras não permitem sua instituição imediata, uma vez que seguem, em geral, o padrão previsto nos artigos 44 e 85 das circulares nº 256/2004 e 302/2005 da Susep, respectivamente, que dispõem sobre cláusulas vazias, inviabilizando a instituição do procedimento por apenas uma das partes. Essas cláusulas apenas estabelecem que eventual litígio será decidido por meio de arbitragem, sem prever as especificidades do procedimento, como a forma de indicação do árbitro, a sede, o idioma e a lei aplicável, assim como o órgão arbitral escolhido para solucionar o litígio, de modo que o início do procedimento fica condicionado à celebração de compromisso arbitral, que exigirá uma negociação entre segurado e seguradora ou a propositura de medida judicial específica para esse fim.

O cenário agrava-se ainda mais porque as apólices, em sua maioria, contêm cláusulas patológicas e conflitantes, que, concomitantemente, dispõem sobre a solução das controvérsias por meio da arbitragem e da jurisdição estatal, impossibilitando, muitas vezes, a compreensão da intenção ali manifesta.

3. Conclusão: da necessidade de revisão das cláusulas compromissórias nas apólices de seguro

Verifica-se, portanto, que, sendo a arbitragem o procedimento mais adequado para a solução dos litígios eventualmente decorrentes de determinado contrato de seguro, as apólices deverão ser revistas a fim de estabelecer tão somente a cláusula compromissória, sem qualquer previsão de foro judicial, salvo se bem delimitados quais litígios serão submetidos à arbitragem e quais serão julgados pelo Poder Judiciário.

As apólices devem, ainda, conter cláusulas compromissórias cheias, em relação às quais o segurado tenha expressamente anuído, viabilizando-se a instituição automática do procedimento tanto pelo segurado como pela seguradora. Neste ponto, ressalta-se que a assinatura isolada do corretor de seguros não produz efeito, já que não atua na condição de mandatário do segurado, sendo necessário que o próprio segurado concorde com a cláusula, seja na proposta do seguro, seja em documento apartado à apólice, já que esta é emitida por ato unilateral da seguradora.

Cumpridos esses requisitos, a cláusula compromissória produzirá efeitos e, em caso de conflito, autorizará a instituição automática da arbitragem por qualquer das partes, assegurando-se seu interesse em obter decisão especializada para litígios que, por sua própria natureza, demandam soluções céleres e especializadas.

H. A proposta de seguro: elemento essencial à aceitação do risco

Março/2015

Voltaire Marensi

O Superior Tribunal de Justiça, em decisão proferida pelo ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, publicada em 9 de fevereiro de 2015, entendeu que a seguradora, a teor da Circular Susep nº 251/2004, tem o prazo de 15 dias a partir do recebimento da proposta enviada pelo segurado para aceitar, ou não, o risco do bem objeto do contrato de seguro. O silêncio importará em aceitação.

Quando se trata de veículo retirado da concessionária, o segurado deve enviar a nota fiscal e a seguradora pode ou não aceitar o risco, independentemente do pagamento do prêmio. Cuidando-se de veículo zero-quilômetro, a vigência se dará a partir da data da recepção da proposta pelo ente segurador, tudo em sintonia com o que estabelece o artigo 8º, caput e § 1º da circular acima aludida.

Embora o segurado tenha pago o prêmio, essa situação não dará azo à cobertura securitária, porque pode ocorrer o sinistro sem que ela, seguradora, tome conhecimento do bem segurado.

O recebimento da apólice e o respectivo prêmio pago não dá ensanchas a que o segurado tenha como coberto o risco, mesmo que se cuide de veículo zero-quilômetro ou de renovação de seguro, já que a cobertura do bem estará condicionada à emissão da proposta.

Tal assertiva se faz mister, uma vez que o segurado pode pagar o prêmio depois da ocorrência do sinistro, como ocorreu no caso concreto, no qual o veículo "segurado" teria sido furtado no dia seguinte ao da retirada da concessionária.

Neste diapasão é o que estabelece o artigo 759 do Código Civil, que tem a seguinte redação: “A emissão da apólice deverá ser precedida da proposta escrita com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco."

O dispositivo legal acima transcrito não guarda correspondência com o Código Civil anterior.

Assim, a conclusão do contrato pode se dar na própria concessionária, desde que haja o envio da nota fiscal, mas sempre contando com a aceitação do risco assumido – proposta aceita – com a posterior remessa ao segurado do carnê de pagamento do prêmio.

Ademais, em se cuidando de seguro automóvel, é bom que se observe a regra do artigo 12º do Decreto-Lei nº 73/66, que condiciona o pagamento da indenização após o pagamento do prêmio à seguradora.

Por tudo, como ressaltou o recurso especial nº 1.273.204-SP, “a proposta é a manifestação da vontade de uma das partes. Um ato jurídico unilateral que por si só não gera o contrato, que depende do consentimento recíproco".

E, ainda, com escólios doutrinários de Amilcar Santos – inserto no voto condutor do julgamento – “é sobre as respostas do segurado às perguntas constantes da proposta que o segurador opera a seleção dos riscos. Conhecendo sua natureza, conclui se deve aceitar ou recusar o seguro proposto".

É o que, em ligeira síntese, se colhe da decisão em pauta.

I. A sub-rogação em sede de contrato de seguro

Maio/2014

Voltaire Marensi

O instituto da sub-rogação significa a substituição nos créditos daquele que solveu a obrigação alheia. Destarte, paga a indenização prevista no contrato de seguro, o segurador, terceiro interessado, que paga a dívida pela qual era ou podia ser obrigado, no todo ou em parte poderá sub-rogar-se nos limites do valor da dívida, visando se ressarcir contra o autor do dano.

Tema interessante ao azo destes comentários diz respeito à notícia levada a cabo pelo Correio Brasilienze de 23 de março deste ano, que afirmou que o índice de seguro mais caro no país é proveniente do Distrito Federal em razão do alarmante incremento da criminalidade.

É de se perguntar como fica essa majoração do prêmio, já que “o Estado” não cumpre sua função social, que é garantir os interesses da coletividade. Será que não se poderia aplicar do mesmo modo esse raciocínio com referência ao segurado que pagou um percentual além do que comumente deveria pagar?

A obrigação do pagamento do prêmio é sempre do segurado, mas o débito em razão desse pagamento exacerbado é oriundo de uma obrigação alheia, já que aquele que deveria prestar segurança não o faz de maneira adequada. Ao contrário, seu dever vai ensejar uma substituição que deve ser efetivada pelo descumprimento de uma norma legal, que, em última análise, esgota-se somente com o cumprimento de uma obrigação.

Moitinho de Almeida, ao comentar o novo contrato de seguro no Direito português comparado, deixa antever esta possibilidade quando afirma que “não existe qualquer razão para que se exclua da sub-rogação do segurador o responsável civil”.

Poderia até se pensar em uma ação civil pública contra o órgão responsável que seria, no caso, a Secretaria de Segurança Pública do Estado competente.

Outrossim, saber se o GDF é um estado ou um órgão anômalo é uma questão que se refere à seara do Direito Administrativo, sem prejuízo do critério imposto pela ordem pública, que não desborda dos interesses da coletividade e, consequentemente, dos segurados que habitam a orbe.

A fórmula apresentada pelo senador Josaphat Marinho, quando revisor-geral do Código Civil de 2002, de que a sub-rogação deve abranger os limites da indenização paga é bastante oportuna, uma vez que a responsabilidade do pagador deve obedecer sempre a um critério de justiça e de satisfação integral.

O leitor deve estar se perguntando: “Estamos falando em sub-rogação legal ou estamos tratando de uma matéria que diz respeito ao pagamento de um prêmio a maior efetivado pelo segurado?”

Creio que, analogamente, a questão está totalmente imbricada, de vez que se cuida no caso de responsabilidade civil, pois tanto o pagamento da indenização quanto o pagamento do prêmio cuidam do mesmo critério, que se arvora, em resumida síntese, no preceito do responsável pelo cumprimento de uma obrigação.

Portanto, tratando-se de responsabilidade civil, a finalidade é sempre a mesma, ou seja, procurar com o pagamento compensar aquele que sofreu o prejuízo.

Destarte, a legitimidade ad processum tanto se poderá conferir aos segurados como, se for o caso, às seguradoras que foram obrigadas a aumentar seus prêmios para não sofrer prejuízos ante o descaso do órgão competente responsável pela obrigação de cuidar da segurança pública.

Fica aí o registro de um tema que merece muita reflexão de parte dos estudiosos do tema da responsabilidade civil.

É o meu entendimento, sob censura.

J. O sinistro no contrato de seguro antes do pagamento do prêmio

Julho/2015

Voltaire Marensi

Dentro das disposições gerais do contrato de seguro, especificamente no artigo 763 do Código Civil, colhe-se a seguinte disposição: “Não terá direito a indenização o segurado que estiver em mora no pagamento do prêmio, se ocorrer o sinistro antes de sua purgação”.

Da mesma sorte, o Decreto-Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966, que dispõe sobre o Sistema Nacional de Seguros Privados, contempla um dispositivo consagrado no artigo 12, parágrafo único, que tem a seguinte redação: “Qualquer indenização decorrente do contrato de seguros dependerá de prova de pagamento do prêmio devido, antes da ocorrência do sinistro”.

Não obstante essas disposições legais, o Superior Tribunal de Justiça, por meio de sua Segunda Seção, consagrou entendimento de que o mero atraso no pagamento de prestação do prêmio do seguro não importa em desfazimento automático do contrato, pois se exige, ao menos, a prévia constituição em mora do segurado pela seguradora, mediante notificação ou interpelação.

A questão posta, a meu juízo, ganha enfoque de uma situação polêmica, quando o segurado, na hipótese de seguro de vida, por exemplo, venha a morrer no período em que se encontram em atraso várias prestações relativas ao prêmio de seguro.

Colocando mais um aspecto relevante por amor ao debate, cria-se uma situação em que a empresa seguradora nos respectivos “boletos de cobrança destes prêmios” apõe no rodapé dessas correspondências de cobrança a informação de que o segurado encontra-se em atraso no cumprimento de sua obrigação, devendo, de consequência, purgar a mora sob pena de cancelamento do contrato de seguro.

Eis aí a relevância do tema, de vez que é necessário saber se, utilizando-se desse mecanismo de informação, o segurador, necessariamente, deverá ainda

notificar/ interpelar, em um ato isolado, judicial ou extrajudicialmente, para que ele – segurado – purgue a mora daqueles prêmios impagos.

O tema em debate ganha relevância ainda maior quando a família do segurado falecido trata imediatamente de adimplir a obrigação em mora para fazer jus ao recebimento da indenização securitária.

É importante ressaltar se houve ou não má-fé de parte dos familiares do de cujus. Essa afirmação encontra eco no que estabelece o artigo 765 do Código Civil, que contém a seguinte redação: "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 eles concernentes".

Nesta linha é preciso enfatizar a questão da veracidade e do conhecimento, ou não, de que o prêmio de seguro encontrava-se atrasado e os familiares do segurado morto não tinham total conhecimento dessa situação fática.

Em um juízo preliminar, toda e qualquer conduta que vise a purgar a mora diante de um sinistro ocorrido leva a crer que tal fato foi efetivado para alforriar-se da negativa da indenização por parte da seguradora no que tange ao montante segurado.

Em comentários ao artigo 763 do Código Civil, James Eduardo Oliveira assim se manifestou:

> Não é incomum atribuir ao art. 763 do Código Civil uma interpretação de tal modo benéfica ao segurado que acaba por ofuscar completamente sua eficácia jurídica. Em que pese a notória disparidade contratual, é preciso distinguir: a mora do segurado não legitima a resilição ou o cancelamento do seguro, porquanto representa incumprimento contratual episódico que pode ser sanado mediante o pagamento devido. **Todavia, malgrado não autorize a extinção da avença, a mora subtrai a cobertura securitária até que seja satisfatoriamente emendada. Dentro dessa ótica, o sinistro ocorrido durante a mora do segurado não enseja cobertura securitária**.[71] (negrito e grifo nosso).

[71] OLIVEIRA, James Eduardo. Código Civil anotado e comentado. São Paulo: Forense, 2009. p. 549.

Sobre o tema, valioso também é o ensinamento da Ilustre Professora, Maria Helena Diniz, no que se refere a suspensão de pleno direito da cobertura de seguro:

> Operar-se-á, tão-somente, uma suspensão pleno iure da cobertura do risco no instante em que se der o atraso do pagamento do prêmio, independentemente de interpelação do segurado faltoso, voltando o contrato à normalidade assim que a situação regularizar-se, mediante a purgação da mora. O atraso no pagamento do prêmio não resolve, portanto, o contrato ipso iure; **o segurador, havendo purgação da mora, deverá indenizar o sinistro, desde que ocorrido depois dela.**[72] (negrito e grifo nosso).

Em sede doutrinária ao analisar o tema em pauta no que se refere ao que está exposto no parágrafo único do artigo 12 do Decreto-Lei no 73/66, assim me manifestei desde a primeira edição do livro O seguro no Direito brasileiro, hoje em sua nona edição, da seguinte forma, verbis:

> É verdade que o rigorismo desta norma, especialmente a do art. 12, parágrafo único, do decreto-lei precitado, trouxe grandes preocupações ao comércio e indústria porque, entre o início da cobertura, o aviso bancário e o próprio pagamento, poderá ocorrer o sinistro sem cobertura securitária, suspensa na forma da lei, até o pagamento do prêmio.
>
> De tal arte, adveio o Dec. 61.589, de 23.10.67, acrescentando dispositivo ao Dec. 60.459, de 13.3.67, o qual regulamentou o Dec-lei 73/66, dizendo em seu art. 4º, § 1º, verbis: "Se o sinistro ocorrer dentro do prazo de pagamento do prêmio sem que ele se ache efetuado, o direito à indenização não ficará prejudicado se o segurado cobrir o débito respectivo ainda naquele prazo. [73]

Nesta linha de raciocínio nos valemos do ensinamento do professor Umberto Pipia, da Universidade de Gênova, quando diz: "Stante la natura bilaterale e commutativa del contratto d'assicurazione, Il premio è 1'elemento essenziale allá sussistenza e validità dell'assicurazione".[74]

---

[72] DINIZ, Maria Helena. Curso de Direito Civil. 23. ed. São Paulo: Saraiva. v. 3. p. 545.
[73] MARENSI, Voltaire. O seguro no Direito brasileiro. São Paulo: Síntese, 1992. p. 74-75.
[74] Pipia, U. Trattato delle Assicurazioni Terrestri. Roma: Società Editrice Laziare, 1905.

E mais, segundo este autor:

> È principio fondamentale che Il premio è único ed indivisibile, nel senso che esso è dovuto per intiero appena 1'assicuratore há cominciato a correre i rischi. Di qui la regola: Il premio d'assicurazione, único ed indivisibile di sua natura, è dovuto per tutta la durata della polizza.[75]

De outro giro, comentando o novo regime legal do contrato de seguro, da lei portuguesa, introduzido pelo DL nº 72/2008, de 16 de abril, Moitinho de Almeida registra:

> Tratando-se do primeiro prémio, a recente VVG alemã estabelece que, verificado um sinistro, a seguradora não é responsável desde que tenha oportunamente chamado a atenção do tomador do seguro para as consequências da mora (§ 37 (1)), regime semelhante ao da lei espanhola que expressamente admite convenção em contrário (artigo 15º, primeiro parágrafo). Na França e na Bélgica, a garantia pode depender do pagamento do primeiro prêmio mas, na ausência de estipulação neste sentido, aplica-se o regime geral: suspensão da garantia após notificação do tomador do seguro, por carta registrada, ou, caso da Bélgica, também por oficial de justiça, decorrido certo prazo a contar do envio (artigos L. 113-3, segundo parágrafo, e R. 113-1 do CA francês e artigos 14º e 15º da lei belga). A lei suíça admite que a entrada em vigor do contrato fique dependente do pagamento do prêmio, mas se o segurador tiver entregue a apólice não pode prevalecer-se de tal cláusula (artigo 19º, no 2). Se esta não existir, aplica-se o regime geral: notificação por simples escrito do tomador do seguro e suspensão da garantia, decorridos 14 dias a contar do envio desde que o tomador do seguro tenha sido informado das consequências da mora (artigo 20º, números 1 e 3).[76]

Neste sentir, a mora, no Direito português, resolve de pleno direito o contrato, salvo convenção em contrário (artigo 61, nº 1 do DL 72/208).

De outra banda, a notificação/interpelação ao segurado se dá de uma forma simples em todas as legislações da União Europeia, tal como se dessume pela leitura acima registrada.

---

[75] Bis in idem, p. 276.

[76] ALMEIDA, J. C. Motinho de. Contrato de seguro: estudos: Coimbra: Coimbra, 2009. p. 231.

Assim, o pagamento efetuado após a ocorrência do fato gerador do benefício será desconsiderado e devolvido, desde que aposto no rodapé em que consta o valor do prêmio a ser pago pelo segurado a informação de que este encontra-se em atraso, sendo suficiente, a nosso juízo, para que se constitua o segurado em mora e se negue a indenização securitária se o evento morte ocorrer neste ínterim.

Este entendimento não pode dar ensanchas no sentido de que o segurado não possa purgar a mora antes da ocorrência do fato gerador, vale dizer, da morte do segurado. Neste pensar, a seguradora que notifica/interpela o seu segurado, quer por simples aviso no documento que enseja a cobrança do prêmio, quer por carta simples informando o atraso da obrigação do segurado, não caracteriza conduta de má-fé da entidade de vez que este fato se encontra em sintonia com as modernas regras legais que preconizam a cooperação nos contratos.

Impende ressaltar, que esta conduta não é a mesma com o que se decidiu, por exemplo, no recurso especial nº 877.965/SP, da relatoria do ministro Luis Felipe Salomão DJe 1º/2/2012, quando no julgamento deste feito, em sua parte final, assim consignou:

> Com efeito, depreende-se que o inadimplemento do contrato – a par de ser desimportante em face do substancial adimplemento verificado durante todo o período anterior – não pode ser imputado exclusivamente ao consumidor. Na verdade, o evitável inadimplemento decorreu essencialmente do arbítrio injustificável da recorrida – entidade de previdência e seguros – em não receber as parcelas em atraso, antes mesmo da ocorrência do sinistro, não agindo assim com a boa-fé e cooperação recíproca que são essenciais à harmonização das relações civis.
>
> A entidade de previdência obstou a purgação da mora por motivo injustificado, antes mesmo da ocorrência do fato gerador, somando-se a isso a inequívoca conduta pautada na boa-fé do consumidor, por isso incabível a negativa de pagamento do pecúlio depois de verificada a morte do contratante.
>
> Incidência do art. 21, § 3º, da Lei no 6.435/77.

Diante dessas considerações, não se pode confundir a obstaculização da seguradora em receber os prêmios em atraso com as informações que ela venha a efetivar por ocasião da entrega postal destas correspondências em cujo corpo se contenha dados indicativos da falta de purgação da mora.

É por isto que colhi ensinamentos de Leandro Martins Zanitelli, quando, ao tratar da reciprocidade dos contratos, assim se manifestou:

> Na doutrina relativa ao equilíbrio contratual, duas características são, em geral, perceptíveis. Primeiro, é comum associar-se a falta de reciprocidade, ou melhor, o desequilíbrio entre as prestações incumbidas aos contratantes, com a inexequibilidade do contrato. Em outras palavras, costuma-se pressupor que a resposta legal à falta de reciprocidade à recursa, senão de validade, ao menos de eficácia legal à totalidade ou parte do contrato. Assim sendo, restam duas únicas alternativas: ou se admite a reciprocidade como mandamento do direito contratual, para então negar exequibilidade aos contratos que, por seu conteúdo, demandem demasiado de uma das partes, ou a fim de negar que a força vinculante de um contrato dependa da equanimidade do seu conteúdo, tem-se de evitar reconhecer a reciprocidade, ao menos no que se refere aos contratos como valor.[77]

Forte nestas razões, concluímos no sentido de que a simples notificação/interpelação ao segurado pelo atraso no cumprimento do pagamento do prêmio, malgrado não autorize a extinção do contrato a mora injustificada no cumprimento da obrigação subtrai a cobertura securitária se o evento morte ocorrer no período em que aquele esteja em mora com o seu segurador.

Referências Bibliográficas

ALMEIDA, J. C. Motinho de. Contrato de seguro: estudos: Coimbra: Coimbra, 2009. p. 231.

DINIZ, Maria Helena. Curso de Direito Civil. 23. ed. São Paulo: Saraiva. v. 3. p. 545.

[77] ZANITELLI, Leandro Martins. A reciprocidade nos contratos: uma análise expressivista. Revista Direito GV, São Paulo, v. 7, n. 1, jan.-jun. 2011, p. 26.

MARENSI, Voltaire. O seguro no Direito brasileiro. São Paulo: Síntese, 1992. p. 74-75.

OLIVEIRA, James Eduardo. Código Civil anotado e comentado. São Paulo: Forense, 2009. p. 549.

Pipia, U. Trattato delle Assicurazioni Terrestri. Roma: Società Editrice Laziare, 1905.

ZANITELLI, Leandro Martins. A reciprocidade nos contratos: uma análise expressivista. Revista Direito GV, São Paulo, v. 7, n. 1, jan.-jun. 2011, p. 26.

5. CULTURA DO SEGURO

A. Oportunidades combinadas

Janeiro/2013

Dilmo Bantim Moreira

A maioria dos brasileiros têm o desejo de adquirir um veículo, principalmente se moram em uma metrópole. Logo após realizar essa meta, um dos primeiros pensamentos que vêm à mente é protegê-lo. É nessa situação que muitas pessoas fazem seu primeiro contato com os corretores e as seguradoras – pelo seguro de automóvel –, mas esse não precisa ser o único, pois a venda de um produto de seguro, necessariamente, não exclui a de outro. Afinal, se o que é importante e precioso tem de ser protegido, o que poderia ser mais importante que a vida e os aspectos ligados a ela?

Quando efetuada uma entrevista direta e abrangente com um possível segurado através de um profissional especializado, ajudando-o a identificar riscos e sugerindo-lhe alternativas securitárias adequadas, a utilidade e vantagem do seguro começam a se tornar evidentes.

Os conhecidos “seguros de benefícios”, abrangendo estes os de pessoas, capitalização, previdência privada e saúde há tempos se fazem presentes no cotidiano das famílias e da economia.

Essencialmente simples, os seguros de pessoas – entre os quais se incluem o de vida e de acidentes pessoais – podem oferecer coberturas que abrangem morte, invalidez (profissional ou não), diárias de afastamento, reembolso de despesas hospitalares, diárias de incapacidade e ainda serviços variados de assistência como funeral, residência, viagem, entre outros.

Já a capitalização e a previdência complementar são instrumentos acessíveis à população em geral, com a capacidade de, assim como os seguros de pessoas, minimizar impactos negativos futuros.

Os títulos de capitalização, sendo inclusive componentes de produtos que substituem a figura do fiador em contratos imobiliários, são documentos de crédito formadores de aplicações passíveis de resgate e que também podem ter agregados a si sorteios.

Quando se fala em futuro, automaticamente pensamos em aposentadoria e, considerando a elevação da idade e a redução progressiva dos valores garantidos pela previdência pública, a consciência da maior parte da população se abre para a necessidade de se preparar para esta fase da vida.

Os planos de previdência privada (ou complementar) podem auxiliar na manutenção da qualidade deste futuro, cumprindo uma relevante tarefa de ajuda à manutenção da estabilidade financeira das pessoas e suas famílias.

Quando se trata de busca de qualidade de vida, planos de saúde e odontológicos ocupam lugares no topo da lista de desejo dos brasileiros. Assim, não é por acaso que apenas 26% da população possui assistência médica privada.

Empresas utilizam esses benefícios de forma isolada ou combinada como parte da estratégia para criar pacotes de vantagens e, até mesmo, reter talentos em seus quadros de empregados.

De toda forma, o conhecimento da realidade do cliente e a empatia com este, a atualização quanto às opções de produtos disponíveis no mercado e a capacidade de comunicação e expansão da rede de contatos impulsionam o sucesso da negociação e geram confiança que pode se espalhar de forma viral.

Estudo realizado pela consultoria McKinsey levantou pontos importantes do mundo empresarial e suas formas de se comunicar com os clientes. Destacam-se:

- A recomendação pessoal de produtos é o fator principal para 20% a 50% das compras, acima da propaganda.
- A influência é ainda maior se é o caso da primeira compra ou quando os produtos são relativamente caros.

- Os meios digitais ampliaram e aceleraram o alcance da recomendação pessoal. No passado, isso era um fato apenas entre pessoas que se conheciam ou eram referência de consumo.
- Muitas vezes, o consumidor opera na base de “um para muitos”, ou seja, opiniões e análises de produtos são divulgadas de forma on-line usando as redes sociais. É comum até mesmo criar sites ou blogs para elogiar ou denunciar a qualidade dos produtos e serviços. Em seguros, especialmente, pela relação de consumo de alta complexidade – pré e pós-venda –, o aspecto da disseminação da informação é provavelmente ainda mais relevante.

Considerando que a aquisição dos seguros aqui tratados envolve pagamentos que se realizam por grandes períodos de tempo, é importante que seus custos estejam alinhados com o orçamento dos indivíduos e/ou das famílias, garantindo dessa forma que sua continuidade de pagamento seja preservada por meio do desenvolvimento da firme consciência de sua necessidade e dos benefícios inerentes.

B. Sociedade e seguro de pessoas

Maio/2014

Dilmo Bantim Moreira

A utilidade da instituição “seguro” é, inegavelmente, uma: reestabelecer o equilíbrio econômico perturbado. Em se tratando de seguros de pessoas, observados seus vários ramos, tratamos de aspectos que podem envolver situações financeiras, profissionais, sociais ou de lazer.

Com uma abrangência tão grande de situações seguráveis e considerando, ainda, seu baixo custo, torna-se importante conhecer o comportamento de consumo desse serviço. Dois grandes estudiosos do assunto – Thorsten Beck e Ian Web – realizaram um extenso estudo abrangendo o período de 1961 a 2000, envolvendo 68 países (“Economic, demographic and institutional determinants of life insurance consumption across countries”) e apontaram que:

- renda per capita, religiões e instituições são os referenciais mais robustos para a contratação de seguros de pessoas;
- educação, expectativa de vida, taxa de dependência (econômica) jovem e o tamanho do sistema de segurança social parecem não ter forte associação com o consumo de seguros de pessoas.

Os resultados deste estudo ressaltam a importância da estabilidade de preços e o desenvolvimento do setor bancário como instrumentos para a disseminação da cultura de consumo de seguros de pessoas em uma economia.

Então, ascender economicamente e adquirir capacidade de viver melhor e não apenas sobreviver, desenvolvendo no ensejo valores mais duráveis que a satisfação de necessidades imediatas é o objetivo das pessoas e, por conseguinte, da sociedade.

Assim sendo, adquirir uma apólice de seguro de pessoas deve ser motivado pelo medo ou por amor?

Curiosa a pergunta? Talvez não.

Lutamos, todos nós, dia a dia, para termos sucesso em nossas empreitadas e, dessa forma, na medida em que vamos conseguindo atingir nossos objetivos, naturalmente lhes damos valor.

Tal valor pode ser traduzido, também, como uma forma de amor ou, se preferir, de valorização de seu sucesso e desejo de protegê-lo, conservá-lo. Nesse enfoque, proteger não é o mesmo que amar? Não protegemos o que amamos?

O amor não pode ser um motivador mais efetivo e de longo prazo que o receio da perda?

Trazendo isso para o universo do seguro de pessoas e tratando de forma exemplificativa:

- garantir que a quitação daquele bem comprado em várias parcelas possa ocorrer, em caso de sua impossibilidade de fazê-lo, garantindo para você e/ou para sua família a tranquilidade necessária;
- poder repor a perda de seus ganhos profissionais e continuar a manter você, seus dependentes e a vida cotidiana protegida;
- ter a segurança de que você e/ou aqueles que ama possam contar com auxílio financeiro em casos extremos, como uma invalidez ou até mesmo a morte.

Todas essas situações tratam de proteção, de cuidar de si e/ou de outros, ou seja, de ações positivas orientadas principalmente pelo amor.

As contratações de seguros de pessoas devem ser ações executadas com planejamento (daí a importância de um consultor em seguros), assim como fazemos em tudo o que nos é importante, de maneira que os resultados sejam os melhores possíveis, não só hoje e amanhã, mas sempre.

Cuidando de nossa proteção e daqueles que queremos bem, contribuímos também para a sociedade, de forma que um círculo virtuoso de prosperidade se forme e possa ser compartilhado por todos.

C. Benefícios no seguro

Março/2015

Dilmo Bantim Moreira

A razão de existir dos benefícios é auxiliar o bem-estar dos trabalhadores e suas famílias. O conceito de “benefícios” no mercado de trabalho refere-se ao sistema de proteção social que, por meio da instituição do seguro, auxilia o sustento do trabalhador e de sua família quando ele não pode trabalhar, de forma temporária ou permanente, por causa de doença, acidente, gravidez, prisão, morte ou velhice.

O Estado, por meio da Previdência Social, mantém treze benefícios diferentes, incluindo aposentadorias, pensão por morte, salário-maternidade e auxílio-doença, devendo o trabalhador, para se beneficiar dessa proteção, estar inscrito na Previdência Social e contribuir mensalmente para fazer jus ao sistema.

Apesar da existência dessa rede de proteção social obrigatória, incluindo dissídios coletivos, a competição do mercado de trabalho entre as empresas faz com que estas procurem atrair e manter empregados produtivos por meio do incremento dos benefícios, utilizando para tanto os instrumentos oferecidos pelo mercado privado de seguros.

Para as pessoas usuárias desse conjunto de vantagens adicionais proporcionadas pelo seguro, preocupações rotineiras como o pagamento de saúde, escola, moradia, água, luz, televisão por assinatura, telefone e tantas outras contas podem ser administradas com menor impacto no caso de dificuldades com a redução da capacidade financeira habitual dos responsáveis por arcar com tais obrigações.

Obviamente vantajosos para os trabalhadores, seja por meio do oferecimento de vantagens tributárias, seja criando um melhor ambiente para trabalhar e possibilitando uma vida mais tranquila ou minimizando as carências de serviços públicos como saúde e aposentadoria, tais vantagens disponibilizadas pelas empresas também atuam positivamente para os empregadores, por exemplo, auxiliando a redução do absenteísmo, minimizando o custo das horas trabalhadas por meio da conversão de pagamentos diretos em salários indiretos

e também auxiliando na melhora do desempenho dos colaboradores de suas organizações.

Contudo, organizar e manter uma rede eficiente de proteção, enquanto empregado ou trabalhador liberal, exige planejamento, disciplina e conhecimento das opções disponíveis no mercado segurador, integrando esse investimento em tranquilidade ao orçamento financeiro e estruturando assim princípios básicos de educação financeira de forma gradual, integrando ao cotidiano temas normalmente evitados como economia, tributos, previdência e finanças pessoais. A realidade de cada pessoa ou empresa em termos de proteção securitária é normalmente um caso à parte, sendo importante entender as necessidades efetivas, sejam estas laborais, individuais ou familiares, bem como o custo inerente ao atendimento destas. Assim, o auxílio de um profissional no assunto é sempre importante.

Uma das formas de implementar essa proteção é o seguro de pessoas, sendo os tipos mais conhecidos o de vida e o de acidentes, que por meio dos pagamentos de capitais segurados por suas várias coberturas permitem às pessoas manter sua condição de dignidade em função de uma invalidez e/ou da perda de um membro da família.

Em termos de seguro de pessoas, há ainda produtos voltados a atividades profissionais específicas, como para motofretistas (motoboys), mototaxistas, médicos e engenheiros. Mesmo situações com aceitação restrita como indivíduos diabéticos, pilotos de avião e incluídos na terceira idade podem usufruir da proteção de apólices especialmente desenvolvidas para tanto.

Ainda que não aplicado necessariamente ao mercado de trabalho, empresas varejistas e ligadas ao mercado financeiro também utilizam o seguro prestamista como instrumento para beneficiar adquirentes de bens e financiamentos no sentido da liquidação de dívidas e/ou no pagamento de parcelas destas, no caso de morte, invalidez, desemprego involuntário e perda de renda.

No segmento da previdência complementar, mais conhecido pelos planos do tipo PGBL e VGBL, ocorre a contribuição significativa para o reforço das necessidades no período de aposentadoria dos profissionais ou mesmo para o

apoio de forma planejada ao futuro de filhos para auxiliar no custeio de estudos ou, ainda, para iniciar um empreendimento pessoal.

A atividade da capitalização com seus diversos tipos de títulos, comercializada de forma conjunta ou separada de seguros, também engorda o leque de vantagens da securitização de benefícios, tanto pela capacidade de oferecer sorteios como pela variedade de aplicações práticas, por exemplo, substituindo a figura do fiador no aluguel de imóveis.

Não menos importantes e inseridos praticamente em todos os planos de benefícios das empresas, os seguros de saúde e odontológico auxiliam no bem-estar dos trabalhadores e não raro de toda a família, figurando muitas vezes como grande diferencial na lista de vantagens de uma posição profissional.

Complementando a proteção dos seguros existem também os serviços assistenciais. Não pretendendo aqui esgotar suas opções, abrangem aqueles orientados a funerais, entrega de cestas básicas, programas de descontos para a compra de medicamentos, obtenção de segunda opinião médica, assistência para pequenos reparos em residências e até para auxílio a estudantes.

Além do efeito positivo para as empresas de seguros, os produtos de capitalização, previdência, saúde e pessoas geram resultados às empresas pela oportunidade de agregar valor aos empregos e diminuir custos com captação e manutenção de colaboradores; aos empregados mais vantagens e bem-estar e ao Estado a possibilidade de redução de despesas com apoio social e complemento de renda aos cidadãos.

D. Conscientizar para proteger

Maio/2015

Dilmo Bantim Moreira

Buscar proteção é algo natural e esse desejo está ligado a nos guardar de danos e infortúnios. Sabiamente, a sociedade inventou e lançou mão da instituição do

seguro, buscando a restauração de desequilíbrios econômicos, aperfeiçoando esse instrumento e universalizando seu uso.

São tantas as aplicações dessa forma de proteção que, para o público em geral, muitas de suas utilizações passam despercebidas, daí a necessidade de divulgação e educação quanto às maneiras pelas quais se pode ter acesso ao auxílio que essa verdadeira instituição pode propiciar.

Profissionais, associações, empresas, fundações, federações, confederações e governos empenham-se no sentido de aprimorar e fazer chegar à sociedade esse benefício, permitindo a muitos seguir em frente quando uma inesperada, contudo possível ocorrência negativa acontece, evidenciando inegavelmente o grande poder de auxílio do seguro.

Algumas das formas mais antigas da atividade securitária são aquelas conectadas à própria vida humana (abrangendo atualmente capitalização, odontologia, previdência, saúde e seguros de pessoas), tratando de aspectos que podem abranger situações financeiras, profissionais, sociais ou até mesmo de lazer.

Entender perfeitamente os aspectos de consumo de seguros ligados a essas situações pode ser uma tarefa extremamente complexa; contudo, algumas conclusões podem ser evidenciadas:

- renda per capita, religiões e instituições podem ser fortes referenciais na contratação;
- educação, expectativa de vida, dependência econômica e a robustez do sistema de segurança social parecem não ter forte associação com o consumo;
- estabilidade de preços e desenvolvimento do setor bancário contribuem fortemente para a elevação do nível de aquisição desses tipos de contrato.

Os tipos de proteção aqui tratados, para que surtam efetivo e benéfico resultado, devem ser contratados por intermédio de entendimento da dimensão das necessidades, caso a caso, bem como da capacidade de manutenção de

cumprimento das obrigações de custo, novamente sendo essencial uma orientação profissional e meticulosa aos adquirentes, de forma que se possa estruturar a melhor relação custo × benefício, de parte a parte, garantindo satisfação e longevidade nos contratos.

Além das próprias pessoas físicas (indivíduos ou famílias), empresas também utilizam esse conjunto de proteções, também chamados de benefícios, de forma isolada ou combinada, como estratégia para atrair e reter talentos.

Conhecer o cliente e encantá-lo parece ser a fórmula do sucesso e, nesse sentido, no universo dos cidadãos ou das empresas, podemos observar que:

- recomendações pessoais tornam-se um fator para até 50% das compras, sobressaindo-se em relação ao uso da propaganda;
- sendo a primeira compra ou em função de o prêmio do seguro ser relativamente elevado, a recomendação pessoal é ainda mais relevante;
- corroborando e exponenciando isso, os meios digitais devem ser tratados com atenção redobrada, tanto no sentido de divulgação dos produtos como de retorno da opinião dos consumidores.

Com a paulatina evolução da condição econômica nacional, novos nichos de mercado surgem e estar atento às suas necessidades e possibilidades de lhes atender é imperativo.

Organizar e manter uma rede de proteção eficiente ao consumidor exige planejamento, disciplina e conhecimento das opções disponíveis no mercado segurador, inclusive com a necessidade de comunicação de princípios básicos de educação financeira, tornando-a parte do dia a dia de todos, abordando desta forma assuntos muitas vezes evitados como finanças pessoais e proteção futura.

A união da utilidade econômica do seguro com o bem social que este produz mais que justifica a importância da necessidade de sua divulgação em função das vantagens de sua utilização.

E. Para fortalecer a cultura do seguro

Julho/2015

Lucio Antonio Marques

"Até que o segurês não seja mais um obstáculo para o entendimento da importância do setor para a sociedade"

Alguns pontos me parecem importantes na análise da necessidade de uma maior disseminação da cultura do seguro.

Até o final da década de 1980, o mercado de seguros encontrava-se praticamente estagnado. Inflação elevada, regulação inibidora da competição e cultura nacional pouco interessada em seguros constituíam os principais entraves.

Com as reformas da década de 1990 (abertura do mercado nacional ao exterior, privatizações e desregulamentação), iniciou-se um período de grande otimismo para os principais atores do mercado, ainda mais acentuado depois do sucesso da estabilização monetária ocorrida em 1994.

Podemos dizer que o mercado de seguros mudou muito desde 1990. As seguradoras tiveram maior liberdade de ação, grandes companhias estrangeiras passaram a operar aqui e grandes resseguradoras, com a quebra do monopólio do IRB, passaram a trabalhar atraídas pelo tamanho de nosso mercado e seu potencial de crescimento.

O mercado cresceu de tal forma que sua participação, que era secular em relação ao PIB em 1%, chegou a 4% em 2013 e deve ficar entre 4% e 5% este ano.

O faturamento do mercado cresceu 8% em relação ao mesmo período de janeiro a setembro de 2014. A sinistralidade também cresceu pouco em relação ao mesmo período do ano anterior, ou seja, ficou em 49,6%, contra 47,6% em 2013. Importante mostrar o quanto se paga de indenizações.

É imperioso mostrar que, quando se diz que é necessária uma maior disseminação da cultura do seguro é porque, ao proteger a situação financeira de indivíduos, famílias e organizações, o mercado de seguros ajuda a garantir a estabilidade financeira nacional.

Sem a existência de seguros, as pessoas e as empresas prejudicadas por eventos incertos podem ir à falência e ter de se apoiar em familiares, em organizações não governamentais e no próprio governo. Creio que os órgãos institucionais do ramo poderiam fazer uma campanha motivacional para a população brasileira e deveriam abordar um aspecto de poupança de longo prazo, ponto crucial no item poupança interna, mostrando que fazer seguro de vida é melhor do que depositar, por exemplo, em caderneta de poupança, apresentando ao investidor as vantagens e as desvantagens de cada opção. O seguro é, sem dúvida alguma, um forte indutor da melhoria de qualidade de vida como um todo.

Uma ideia clara de disseminação da cultura foi o boom verificado nas vendas dos produtos chamados previdenciários, o PGBL e o VGBL, que começaram a suprir a deficiência da previdência social.

Na área de saúde, apesar dos grandes prejuízos enfrentados pelo mercado, houve um crescimento vertiginoso devido à ineficiência do governo na área de saúde pública.

Talvez pela terminologia empregada, o chamado “segurês”, é que temos o distanciamento entre o conhecimento necessário e a realidade existente em relação à cultura do seguro, e precisamos continuar difundindo a cultura do seguro, atividade tão criativa, intrigante e desconhecida, não só do grande público, mas também das camadas mais intelectualizadas do país, seja do Poder Judiciário, seja do Executivo ou do Legislativo, além de empresas e empresários e, óbvio, da população em geral.

As escolas são, em princípio, o caminho natural para levarmos o conhecimento desse segmento ao consumidor de um modo geral. Nas escolas de nível superior, poderíamos fazer palestras, debates e discussões com os alunos do

último ano dos cursos de Engenharia, Direito, Medicina, Economia, Administração e tantos outros.

Ampliar as discussões junto ao Poder Judiciário, levar às autoridades públicas que cuidam da segurança ideias e propostas que poderiam ajudar e muito no combate à criminalidade. Isto é cultura, isto é o aprendizado que podemos dar, isto é a nossa contribuição pela difusão da cultura do seguro.

6. DPVAT

A. Cobertura securitária por morte de nascituro em acidente de automóvel

Março/2011

Voltaire Marensi

O informativo do Superior Tribunal de Justiça, disponibilizado no dia 17 de dezembro de 2010 em seu site, dá conta de um julgamento da Terceira Turma no qual aponta como voto vencedor à tese sufragada pelo ilustre ministro Paulo de Tarso Sanseverino no sentido de acolher como pretensos beneficiários os pais de um nascituro morto em razão de acidente de trânsito. No recurso especial, sob número 120.676-SC, discutiu-se se a morte do nascituro em decorrência de acidente de trânsito gera ou não aos genitores dele o direito à indenização decorrente do seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre (DPVAT).

Para o ministro, cujo voto foi vencedor o conceito de dano-morte como modalidade de danos pessoais, não se restringe ao óbito da pessoa natural, dotada de personalidade jurídica, mas alcança, igualmente, a pessoa já formada, plenamente apta à vida extrauterina, embora ainda não nascida, mas, que, por uma fatalidade, teve sua existência abreviada em acidente automobilístico, tal como ocorreu no caso.

O Egrégio Superior Tribunal de Justiça consagrou o entendimento de que há direito à cobertura pelo seguro obrigatório de danos pessoais, tendo em vista que o fato da morte do nascituro deixaria os pais já fragilizados com a perda de um ente querido, desrespeitando, ademais, a dignidade que o ordenamento deve albergar e reconhecer, inclusive, àquele que ainda não nasceu (art. 7º da Lei n. 8.069/1990, Estatuto da Criança e do Adolescente).

Colhe-se em James Eduardo Oliveira, em escólios de Euclides Benedito de Oliveira, em sua obra A indenização por danos morais ao nascituro, que

> da mesma forma que merece proteção jurídica o amental, a criança ainda na primeira fase de vida ou aquele que esteja em vida comatosa,

> quando se lhes acarrete dano à personalidade, também enseja atenção o nascituro, em face do resguardo dos seus direitos desde a concepção. Não é porque lhe faltem sentimentos, ou capacidade para expressá-los, que possa vir a ser ofendido em sua honra ou em outros aspectos de seu patrimônio pessoal.

No Direito contemporâneo, cabe o registro de Carlos Roberto Gonçalves no sentido de que "defendem a teoria concepcionista, entre outros, Pierangelo Catalano, professor da Universidade de Roma, e Silmara J. A. Chinelato e Almeida, professora da Universidade de São Paulo. Afirma a última: "Mesmo que ao nascituro fosse reconhecido apenas um status ou um direito, ainda assim seria forçoso reconhecer-lhe a personalidade, porque não há direito ou status sem sujeito, nem há sujeito de direito que tenha completa e integral capacidade jurídica (de direito ou de fato), que se refere sempre a certos e determinados direitos particularmente considerados. Não há meia personalidade ou personalidade parcial. Mede-se ou quantifica-se a capacidade, não a personalidade".

Da mesma sorte, ao examinar o atual artigo 2º do nosso Código Civil (antigo 4º), o legislador vislumbrou que

> no suporte fáctico da regra jurídica nasciturus pro iam nato habetur, não há inversão de elementos; a eficácia é que se antecipa: antes do suporte fáctico da pessoa se completar, atribuem-se efeitos ao que é suporte fáctico de agora, portanto incompleto para a eficácia da personalização. Seria desacertado só se reconhecerem todos os efeitos após o nascimento, como desacertado seria admiti-los todos. Procurou-se a melhor solução: "resguardem-se" os interesses desde já.

Deste modo, penso que na esteira destes ensinamentos, continuou o relator do recurso especial em comento,

> a pretensa compensação advinda da indenização securitária estaria voltada a aliviar a dor, talvez não na mesma magnitude, mas muito semelhante à sofrida pelos pais diante da perda de um filho, o que, ainda assim, sempre se mostra quase impossível de determinar. Por fim, asseverou que, na hipótese, inexistindo dúvida de quem eram os

> ascendentes (pais) da vítima do acidente, eles devem figurar como os beneficiários da indenização, e não como seus herdeiros.

De fato. Leve-se ainda em consideração que o Direito Securitário não é um direito hereditário, mas direito próprio que não carece de obediência à regra sucessória.

Por essas razões, penso que o Superior Tribunal de Justiça, por maioria dos membros da Terceira Turma, decidiu acertadamente ao proteger a família, que além de sofrer o abalo da morte de um “futuro filho” decidiu levando em conta o princípio de um direito expectativo plasmado em regras de bom senso e, sobretudo, de equidade.

Ademais, cuidando-se de um seguro eminentemente social, o seguro DPVAT deve proteger toda forma de acidente de trânsito objetivando minimizar os prejuízos pessoais e morais das vítimas, que muitas vezes ficam ao desamparo de qualquer proteção patrimonial nesse tipo de cobertura securitária.

B. Complementação do DPVAT prescreve em três anos

Janeiro/2012

Voltaire Marensi

O prazo de prescrição para o recebimento da complementação do seguro obrigatório por danos pessoais, conhecido pela sigla DPVAT, quando pago em valor inferior ao fixado em lei, é de três anos. Tal entendimento foi consolidado pela Egrégia Quarta Turma do Superior Tribunal de Justiça (STJ) ao considerar prescrito o prazo para pretensão do recebimento de complementação do valor segurado à família de uma menina morta após acidente automobilístico.

Os ministros daquela Colenda Turma, ao examinarem o Recurso Especial, sob número 1220068/MG, no final de 2011, entenderam que o prazo de recebimento da complementação do valor segurado deve ser o mesmo prazo do recebimento da totalidade do seguro, que prescreve em três anos. Esse prazo inicia-se a partir do pagamento administrativo à família do segurado, marco interruptivo da prescrição anteriormente iniciada para o recebimento da totalidade da indenização securitária.

A vítima, no caso sub judice, uma menina, faleceu após um acidente automobilístico, em setembro de 2004. Por conta do ocorrido, seus genitores pleitearam administrativamente a indenização securitária com valor fixado em lei. Menos de dois meses depois, houve o pagamento da quantia do seguro obrigatório em valor inferior ao devido pela seguradora e em razão desse fato os postulantes ajuizaram perante a seguradora a complementação do valor sobejante da indenização securitária.

O relator do caso no STJ, ministro Luis Felipe Salomão, decidiu que existe controvérsia nos tribunais envolvendo a tese sobre a prescrição da pretensão do recebimento de complementação do seguro obrigatório, quando pago a menor em sede administrativa.

O ministro referiu-se a precedentes de outros tribunais, como é o caso do TJMT, para o qual o prazo prescricional é de três anos, com início na data do acidente,

não sendo considerado o pagamento administrativo a menor. Em relação ao Tribunal do Paraná, este teria adotado o prazo de dez anos, enquanto a Justiça do Rio Grande do Sul, Distrito Federal e Rio de Janeiro consideram que a prescrição é trienal, mas contada da data do pagamento a menor e não do dia do acidente.

O ministro relator entendeu que um precedente do STJ, já na vigência do Código Civil de 2002, teria fixado o entendimento de que o seguro DPVAT tem natureza de seguro de responsabilidade civil, sendo aplicado o artigo 206, parágrafo 3°, inciso IX. Segundo esse dispositivo legal, a pretensão do beneficiário contra o segurador, e a do terceiro prejudicado, no caso de seguro de responsabilidade civil obrigatório, prescreve sempre em três anos. O ministro ressaltou ainda que a Súmula 405 do STJ estabelece que "a ação de cobrança do seguro obrigatório prescreve em três anos".

> A questão é saber se o mesmo entendimento deve ser aplicado quando se busca judicialmente apenas a complementação da indenização paga a menor no âmbito administrativo", afirmou o ministro. No caso do seguro DPVAT, segundo o eminente ministro relator, a pretensão ao recebimento da indenização nasce quando começa o infortúnio ou, no máximo, no momento em que se torna inequívoca a incapacidade resultante do acidente: "E a pretensão nascida não diz respeito apenas à parcela da indenização, mas à sua totalidade, considerando os valores previstos em lei.
>
> A pretensão de recebimento do complemento do valor da indenização efetivamente é a mesma pretensão ao recebimento da totalidade prevista em lei, uma vez que o complemento está contido na totalidade", afirmou o ministro relator.

Ademais, segundo o relator, "a pretensão ao recebimento de parte do seguro nasceu quando o beneficiário fazia jus à totalidade do valor devido, iniciando-se aí prazo prescricional". (Sic, Recurso Especial acima citado).

Porém, segundo ele, "não há como desconsiderar o pagamento a menor realizado administrativamente pela seguradora". O Código Civil, em seu artigo 202, inciso VI, aponta como causa interruptiva da prescrição "qualquer ato inequívoco, ainda que extrajudicial, que importe reconhecimento do direito pelo

devedor”. Sendo assim, concluiu, “o pagamento a menor da indenização securitária representa ato inequívoco da seguradora acerca de reconhecimento da condição de beneficiário do seguro DPVAT e, como tal, o valor devido é o previsto em lei”.

Sobre o caso em análise, o ministro relator considerou que houve prescrição. O acidente aconteceu em setembro de 2004 e, em novembro do mesmo ano, foi feito o pagamento administrativo do seguro. Assim, o ministro entendeu que nessa última data – o marco interruptivo da prescrição trienal prevista em lei –, o prazo recomeçou a contar do início e a pretensão ao recebimento da complementação do seguro prescreveu em novembro de 2007, sendo que a ação somente foi ajuizada pela família em agosto de 2008.

Daí, se dessume que o prazo para pleitear a indenização calcada em sede de seguro obrigatório é de três anos depois do evento, sempre levando em conta as causas que impedem e/ou suspendem a prescrição, bem como as causas que interrompem a prescrição, tudo a teor do disposto nos artigos 197 e seguintes e 202, respectivamente, do Código Civil de 2002.

C. Cabe indenização securitária pelo DPVAT em caso de acidente em manutenção de trator

Maio/2012

Voltaire Marensi

Em acórdão publicado recentemente no DJE, vale dizer, em 14 de março de 2012, a eminente ministra Relatora Fátima Nancy Andrighi, no julgamento do Recurso Especial sob no 1.245.817/MG, entendeu que a simples limpeza de um trator pode configurar direito à indenização securitária desde que o veículo automotor seja causa determinante do dano.

As decisões, quer de primeiro grau, quer em sede de julgamento pelo Tribunal de Justiça de Minas Gerais, negaram provimento ao pleito do acidentado de vez que entenderam que o acidente não fora de trânsito, não podendo ser classificado como automobilístico, de vez que o trator sequer estava em movimento. O referido veículo não estaria transportando pessoas e o acidente ocorrido seria unicamente, no entender desses julgamentos, acidente de trabalho.

O acidentado alegou que fazia jus ao seguro obrigatório em razão de amputação de sua perna direita e redução funcional em grau máximo, em acidente envolvendo veículo automotor – trator – ocorrido enquanto ele fazia a sua limpeza.

A ministra relatora em passagem de seu voto, assim se manifestou:

> De fato, a caracterização do infortúnio como acidente de trabalho para fins de indenização previdenciária não impede, necessariamente, que esse também seja considerado como um acidente causado por veículo automotor e, portanto, coberto pelo DPVAT. Há de se ressalvar, contudo, que, havendo condenação à reparação dos danos causados pelo acidente do trabalho, deverá ser deduzido o valor do seguro obrigatório da indenização judicialmente fixada (Súmula 246 do STJ).

A própria ministra relatora reconheceu, contudo, que

> a obrigatoriedade de que o acidente de trabalho configure também acidente de trânsito – esse último entendido como aquele ocorrido nas vias públicas, com o veículo em movimento, para que seja devida a indenização do seguro DPVAT é questionável. (Excerto do voto da ministra relatora).

O seguro DPVAT está previsto na Lei no 6.194, de 19 de dezembro de 1974, com suas alterações legais, que prevê que

> o pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado. (Art. 5 da sobredita lei)

Em seu voto, a ministra relatora utilizou-se de outro precedente de sua lavra, considerando que o uso que se dá ao veículo seria a circulação em área pública e que, em regra, os sinistros cobertos pelo seguro DPVAT ocorrem com pelo menos um veículo em movimento.

Ao azo, sobre o tema a relatora citou em seu voto ensinamentos do ilustre colega Ricardo Bechara Santos, que, “para saber se determinado sinistro está coberto pelo DPVAT, é necessário analisar os critérios de ‘uso’ e ‘nexo de causalidade’”. Com efeito, “o veículo há de ser o causador do dano e não mera concausa passiva do acidente”.

Citando outros precedentes da Corte, verbi e gratiae, Recursos Especiais 1.187.311/MS, 3ª Turma, Rel. Ministro Massami Uyeda, DJe de 28.09.2011 e 1.185.100/MS, 4ª Turma, Rel. Ministro Luis Felipe Salomão, DJe de 18.02.2011, a ministra entendeu que para que seja admitida a indenização securitária, “quando parado ou estacionado, é necessário que o veículo automotor seja causa determinante do dano”.

No caso concreto, o veículo não estava em movimento nem estava transportando pessoas em vias públicas, mas estava funcionando durante a sua limpeza de tal maneira que a esteira do vibro puxou e decepou uma das pernas do acidentado, ocasionando-lhe, de consequência, danos permanentes.

Impende sublinhar que o trator, mesmo que não estivesse em movimento, foi o causador que vitimou o acidentado, razão pela qual a indenização por sinistro

deve ser paga pelo segurador diretamente ao terceiro prejudicado, tudo como se dessume da leitura do artigo 788 do Código Civil de 2002.

7. FRAUDE

A. O que é entendido como fraude contra o seguro?

Outubro/2009

José Roberto Macéa

Considerando que existem vários entendimentos que definem quando estamos diante de uma fraude no mercado de seguros, expressarei aquilo em que acredito baseado nas experiências pessoais em regulação de sinistros. Fraude contra o seguro é algo que ocorre em todo o mundo. Infelizmente, em nosso país ela representa, por estimativa, em torno de 20% das indenizações pagas pelas seguradoras, e é praticada em vários níveis. Isso porque existem as fraudes resultantes da atuação de verdadeiros grupos "profissionais", que montam sinistros frios em carteiras de saúde, vida, transportes, empresas, automóveis, entre outros.

Para essa categoria existe também a necessidade de profissionais, em conjunto com a polícia e seus grupos especializados no combate a esse tipo de crime. Existem aqueles sinistros que também são frios, mas montados por pessoas "comuns" que agem individualmente e de forma amadora. Dependendo do procedimento utilizado no processo de regulação de liquidação de sinistros, eles poderão ter sucesso. Porém, baseado na definição que encontrei para a palavra "fraude" no Dicionário jurídico da Associação dos Juízes Federais do Brasil, que diz: "Subterfúgio para alcançar um fim ilícito; engano dolosamente provocado; malicioso induzimento em erro"; podemos entender que tudo aquilo que é premeditado com o objetivo de ganho ilícito perante uma seguradora é considerado fraude contra o seguro.

Isso envolve toda pessoa que, propositalmente, responde o questionário (perfil) na proposta de seguro de forma a levar vantagem. Aquela que preenche o aviso de sinistro com informações erradas, também no sentido de ganhar algo mais. Aquela que no momento de consertar seu veículo, por razão de um sinistro ocorrido, tenta também reparar outros danos existentes à custa da seguradora.

Enfim, todas essas devem ser consideradas fraudes também. Isso deve ser combatido sem dúvida com maior severidade aos infratores, mas também com melhor divulgação sobre a cultura e importância do seguro (mutualidade) por meio de campanhas institucionais, pois não é difícil presenciar algo do gênero: "Pago o seguro faz 3 anos e nunca usei. Está na hora de ganhar alguma coisa" ou "Seguradora tem muito dinheiro e isso não vai fazer falta". Enquanto essa for nossa realidade, continuaremos tendo constantemente ocorrência das fraudes caseiras, ou seja, aquelas praticadas pelos que compram o seguro, mas não resistem à tentação de ganhar algo a mais no país da impunidade e da "Lei da Vantagem".

B. Fraude: esta praga que existe em todo lugar

Setembro/2011

Lucio Antonio Marques

Fui assistir a um filme chamado Abutres, realizado na Argentina por Pablo Trapero e que trata especificamente de fraude contra o seguro DPVAT, e que, por isso, transforma Abutres em um thriller de relevância social.

Posso dizer que depois de muitos anos lidando com essa praga, o assunto, a forma e tudo o que se relaciona a fraude é igual em todos os países. O filme, na realidade, trata da consciência de um advogado que inventava, criava e ia até as últimas consequências visando receber a indenização da seguradora, mas ao se apaixonar por uma médica resolve agir corretamente e aí aparecem as consequências de se envolver com pessoas inescrupulosas.

O filme denuncia uma máfia que arrola advogados, médicos, enfermeiros, ambulâncias, polícia, com o intuito de fraudar as seguradoras, e isso motivou o Congresso argentino a discutir mudanças na legislação de seguros para acidentes de automóvel.

O planejamento criava situações que levavam o advogado a tentar receber o devido e o indevido das seguradoras. Eram chamados de “abutres” pela polícia, pelos médicos e funcionários de hospitais. Criava-se acidentes, buscava-se com procurações receber altas somas de indenização e repassavam um valor mínimo para o acidentado ou para a família em caso de falecimento. O roteiro, assinado por Trapero e outros três escritores, revela a real função do personagem Sosa: dar assistência a pessoas que dão golpes em seguradoras.

O próprio advogado quebrava a perna do indivíduo com uma marreta, depois ele era atropelado por um carro fazendo com que o acidente tivesse proporções gigantescas e às vezes ao ponto de acontecer o falecimento do indivíduo.

Iria tudo bem, se o caminho dele não cruzasse com Luján (Martina Gusman), uma paramédica que socorre vítimas de acidentes automobilísticos.

O advogado, ao tentar sair desse esquema de corrupção, dentro de um clima de suspense ganha contornos da disputa entre advogados e o embate entre Sosa e Luján, quando ela desconfia que seu novo namorado, não é lá muito idôneo. A máfia entra em ação e, por meio da violência, consegue manter o advogado no esquema sob pena de ser morto.

O filme retrata com realismo o mundo caótico em que vivem esses abutres. Espancam médicos, pessoas ficam reféns desses indivíduos inescrupulosos que manipulam e influenciam desde um simples motorista de ambulância até um policial corrupto. Às vezes a ambulância ia atender um chamado que não existia oficialmente, mas ele já tinha conhecimento e em poucos minutos estava no local.

Na realidade, esse esquema de fraude contra as companhias no seguro obrigatório é bastante rendoso no Brasil e em outros países que adotam o mesmo tipo de cobertura.

Abutres parece uma espécie de primo latino de Crash: estranhos prazeres, de David Cronenberg, lançado em 1996 e que provocou protestos na Argentina por parte da Associação das Vítimas de Acidentes de Trânsito, que conseguiu tirá-lo de cartaz em Buenos Aires. Aqui, no entanto, ao contrário do longa canadense, baseado em J. G. Ballard, as batidas de carro não são formas de fetiche, mas praticamente ferramentas para movimentação de forma ilícita da economia.

A fraude é sem dúvida alguma uma erva daninha que precisa ser extirpada. Pratica-se fraude no seguro de automóvel, nesta modalidade em grande escala, nos seguros de pessoas, onde encontramos desde morte premeditada até assinaturas falsificadas, idades modificadas e uma infinidade de meios de tentar fraudar as seguradoras.

Fraude no seguro de transporte, em incêndio com casos até pitorescos já mencionados por mim em outros artigos. É evidente que o grande problema das seguradoras é provar a fraude, já que indício a Justiça brasileira não aceita.

Nosso principal problema é na contratação do seguro, quando deixamos escapar perguntas e informações que fatalmente inibiriam a prática de fraude. A nossa passividade em relação ao problema é outro entrave para acabarmos com essa

erva daninha. As seguradoras normalmente preferem encerrar o sinistro a abrir um processo criminal contra o indivíduo ou os indivíduos.

Quem sabe uma hora nós conseguimos também realizar um filme mostrando os malefícios da fraude, o que ela representa e o que ela traz de negativo ao segurado, à seguradora e ao próprio mercado de seguros.

8. GERÊNCIA DE RISCOS

A. Planos de emergência, crise e recuperação da atividade nas empresas

Novembro/2012

Andrés Ricardo Holownia

A passagem do furacão Sandy pela costa leste dos Estados Unidos, que deixou um saldo de mortes (por sorte não são muitas neste caso) e perdas econômicas que superarão os US$ 40 bilhões, segundo estimativas – incluindo perdas materiais, perdas por interrupção de atividades e perdas contingentes, entre outras, das quais apenas uma parte será paga pelo mercado segurador/ressegurador –, nos lembra o quão rapidamente nos esquecemos dessas desagradáveis experiências passadas e deixamos, consequentemente, de agir para evitar, se possível, ou ao menos mitigar suas consequências.

Ainda que uma situação de catástrofe caracterize-se por falta de tempo e de recursos humanos e materiais, o que em muitos casos não poderia evitar a ocorrência, na maioria deles poderia limitar suas consequências por meio de um planejamento adequado, recursos e treinamento. A experiência passada, como a do Japão, do Chile, de New Orleans (Katrina) e este caso comentado acima, nos ensina a prever situações similares e preparar os planos de prevenção e mitigação adequados. Esses eventos podem ser fenômenos naturais como os mencionados (furacões, tsunamis, tornados, alagamentos etc.), emanados da tecnologia (contaminação de uma usina nuclear, apagões etc.), incêndios, explosões, derrames, terrorismo etc.

A finalidade desses planos tende a salvaguardar, em primeiro lugar, vidas humanas (principal ativo das empresas), seus ativos físicos, financeiros e o meio ambiente. Os planos referidos seriam:

- Plano de emergência, que é aquele evento súbito com efeito nas primeiras horas, que pode não ter outras consequências se for tratado e resolvido em tempo, ou pode gerar uma crise com implicâncias internas e/ou externas ou um efeito catastrófico maior.

- Plano de gestão de crise, que geralmente ocupa dias ou semanas.
- Plano de recuperação do negócio, que seria, por exemplo, a normalização da atividade produtiva (novas edificações, maquinarias etc.), o que pode demorar meses.

Os planos devem ser o mais simples possível, embora considerando a maior quantidade possível de eventos (mapeados por região), dando prioridade aos de maior risco (probabilidade e consequência). Devem ter um forte apoio explícito da direção da empresa e o coordenador nomeado poderia ser o gerente de riscos, com uma equipe formada por gerências-chave nos processos e suporte técnico necessário tanto interno como externo.

O importante é que os planos sejam treinados por essa equipe frequentemente e ajustados conforme os resultados das recomendações emergentes do treino. A comunicação é um dos fatores mais importantes para o sucesso das ações, tanto internas como externas, e deveria ser realizada por meio de um porta-voz oficial, que terá a função de comunicar aos funcionários, familiares, imprensa e terceiros interessados em geral sobre o evento, consequências, medidas tomadas, planos de ação e sua evolução no tempo.

B. Gerenciamento de riscos

Janeiro/2011

Edmur de Almeida

Risco é um evento incerto, inesperado, aleatório e futuro que, se ocorrer, trará prejuízo econômico para uma pessoa, família, empresa ou país. Portanto, é muito importante conhecer detalhadamente os riscos a que se está sujeito.

O pior risco é aquele não conhecido porque, se ocorrer, o prejuízo será certo e suas consequências poderão perdurar por dias, meses, anos, uma ou muitas vidas inteiras.

Atendo-nos ao mundo corporativo, é comum nas empresas os acionistas e diretores conhecerem bem o retorno de seu capital. Afinal, os acionistas pagam os diretores para que eles trabalhem e consigam o maior lucro possível. Mas, salvo raras exceções, poucos conhecem o nível de risco associado a esse retorno. Regra geral, retornos muito altos estão associados a riscos também muito altos. Essa é uma das leis fundamentais do mercado financeiro, mas plenamente aplicável à administração de riscos, tanto nas empresas quanto em implantação de projetos, por exemplo.

Um dos indicadores para se verificar a melhor relação risco/retorno é dividir o risco pelo retorno. Assim, o acionista ou o diretor têm claro quanto cada unidade de retorno carregou de risco. Quanto menor o resultado, menor o risco e melhor a relação risco/retorno. Quando essa relação for maior que 1, a luz amarela estará acesa. Exemplos:

- Caso 1: risco de 10% e retorno de 12% = 0,8333
- Caso 2: risco de 16% e retorno de 18% = 0,8889
- Caso 3: risco de 16% e retorno de 14% = 1,1428

Assim, fica claro que nem sempre o melhor retorno é o melhor negócio. Lembremos daquela máxima de nossos avós: quando a esmola é demais, o santo desconfia.

Trata-se, antes de tudo, de transparência, um dos pilares da governança corporativa e da ética. Há pessoas conservadoras, moderadas e amantes do risco. Mostrar essa associação não deverá afastar investidores, mas os ajudará a alocar seus recursos em ativos segundo o perfil de cada um.

Fazer gestão de riscos pressupõe identificação das fontes de risco; mensuração das expectativas de perdas relevantes; e definição do tratamento a ser dado: assunção, eliminação, mitigação e sua transferência – por meio de seguro, por exemplo.

Riscos do negócio, como inovações tecnológicas, regulamentação e marketing; riscos não estratégicos, como mudanças no ambiente econômico e político; riscos operacionais, como falhas e fraudes; riscos financeiros, como as exposições financeiras da empresa; e diversos outros. Todos precisam ser muito bem conhecidos e tratados. Caso contrário, o resultado pode ser catastrófico – ainda no mundo corporativo, vide os casos recentes da Aracruz e da Sadia.

Então, disseminar esse conhecimento ao maior número de pessoas, especialmente para gestores de empresas e acionistas, é contribuir para a perenidade dessas empresas, o retorno dos acionistas, a manutenção dos empregos e da renda dos funcionários e para a qualidade de vida de seus familiares. Isso pressupõe também menos prejuízos para o governo e para a sociedade.

C. Fragilidade

Março/2015

Sérgio Rangel

O seguro, em sua essência, existe em função da nossa fragilidade perante o risco. Independentemente de nossa vontade, somos frágeis e vulneráveis a eventos aleatórios. Os recentes acontecimentos em Paris, que tiverem início no atentado contra a sede do jornal satírico francês Charlie Hebdo, evidenciam essa situação. O fato de vivermos em um mundo cada vez mais impermanente, instável e impaciente nos submete a novos e inimagináveis riscos. Mas por que a sombra do terrorismo nos assusta tanto? Por que as consequências desses atos são tão desproporcionais? Vamos tentar esclarecer essas questões por meio de alguns exemplos.

Inicialmente, somos unânimes em concordar que os passageiros dos aviões devem ser revistados antes de embarcarem, pois é imprescindível verificar se estão portando algum tipo de arma ou explosivo. Ou seja, o senso comum parte do pressuposto de que, até que se prove o contrário, enquanto passageiros, somos todos suspeitos em potencial, certo? Errado! Pelos princípios probabilísticos, a possibilidade de existir um terrorista a bordo é ínfima. Então, por que tomarmos medidas preventivas como revistar 100% dos passageiros de um voo? A resposta é porque somos extremamente frágeis a eventos como o terrorismo. Estamos interessados no saldo final, e a consequência de alguém ser terrorista pode ser desproporcionalmente elevada. Recordando os atos criminosos dos terroristas que embarcaram nos voos da American Airlines em 11 de setembro de 2001 ou daqueles que entraram na redação do Charlie Hebdo, em ambos os casos as consequências não foram lineares. Não linearidade significa dizer que a fragilidade não se comporta como uma linha reta. Por isso, as consequências de tais eventos são consideradas desproporcionais.

Em nosso planeta ocorrem, por dia, cerca de 8 mil terremotos. A maioria desses acontecimentos é inofensiva, com magnitude abaixo de dois na escala Richter.

Nossa fragilidade não se situa nos microterremotos, mas nos raros eventos de magnitude maior que seis. Da mesma forma, no seguro de automóveis suportamos os eventos (sinistros) que ocorrem abaixo da franquia estabelecida, porém somos extremamente frágeis diante das consequências desproporcionais decorrentes de eventual perda total do nosso carro.

Outro exemplo sobre o nosso veículo. Se colidirmos a uma velocidade de 50 km/h contra um muro, haverá muito mais destroços do que se colidirmos dez vezes contra o mesmo muro a 5 km/h. Ou seja, o dano gerado pelo evento a 50 km/h não é dez vezes superior ao dano de 5 km/h. É simplesmente muito maior! Isso se deve às consequências não lineares da fragilidade. Portanto, em situações como essas, tal como frente a eventual ameaça de terrorismo, nossa fragilidade acaba se ampliando.

O libanês Nassim Taleb apresenta no seu novo livro intitulado Antifragile: Things that Gain From Disorder um relato interessante, retirado da antiga tradição rabínica, que bem ilustra esse conceito. Certa vez, um rei, bastante chateado com o filho, jurou que a punição a ele imposta seria aplicada por meio de apedrejamento, com uma grande pedra. Passado o momento de fúria, quando se acalmou, o rei deu-se conta de que havia criado um grande problema para si: exagerou na punição e não podia voltar atrás, porque um rei que rompe um juramento não é digno de reinar. Quase à beira do desespero, o rei resolveu consultar um sábio conselheiro, que lhe trouxe uma solução: quebrar a grande pedra em pedaços bem pequenos e apedrejar com eles o filho insolente. Assim, o juramento feito não seria quebrado e a vida do filho provavelmente seria poupada. Moral da história: a diferença entre mil pedras pequenas e uma pedra grande, de peso equivalente, é uma ilustração muito precisa de que a fragilidade é produto de consequências não lineares.

Para o frágil, o efeito cumulativo de muitos impactos de pequenas proporções é menor do que o efeito de um grande impacto. Da mesma forma, o mercado de seguros beneficia-se de nossa fragilidade, utilizando o mesmo artifício sugerido pelo sábio conselheiro do rei: transformar pedras grandes (sinistros) em pedras

pequenas (prêmios), perfeitamente suportáveis pelos segurados dentro dos arranjos mutualísticos.

D. A dieta do petróleo

Setembro/2010

Sergio Ricardo de M. Souza

O clima está mudando radicalmente e não se trata mais de expectativa para o futuro. Todos os dias recebemos notícias de catástrofes naturais como furacões, tornados, chuvas de grande intensidade, alagamentos, inundações e até invasão do mar em vários lugares da costa. As geleiras nos polos estão derretendo e a fauna está comprometida. A temperatura média do planeta está aumentando vagarosamente ano a ano. Ficamos assustados com as consequências de nosso estilo de vida consumista, irresponsável e predatório, mas somos os causadores de toda essa situação.

Precisamos de energia para praticamente tudo, mas utilizamos as fontes erradas. Pautamos nossa matriz energética na extração, no refino e na distribuição de petróleo, que é um combustível fóssil não renovável e poluente. Transformamos o planeta em um crematório da vida ancestral e há quase dois séculos evitamos pensar que isso teria um limite e muitas consequências.

A busca pela substituição de combustíveis fósseis por energias de fontes renováveis e não impactantes ainda é embrionária no planeta. Alguns estudos mostram que, se começarmos a dar maior importância ao assunto e revertermos todo o faturamento da indústria do petróleo para a pesquisa de novas fontes de energia, estaremos prontos para virar a chave, provavelmente, daqui a 30 ou 40 anos.

As reservas mundiais de petróleo não estão caindo radicalmente justamente porque novas descobertas de poços (como os brasileiros e africanos) continuam acontecendo. Com isso, a cada novo barril de reservas descoberto, empurramos por mais alguns milésimos de segundo nossa necessidade de atuar, desde já e de forma consciente, sobre o problema.

Vamos pagar a conta de muitas formas. Seja por meio de catástrofes naturais, seja pelos problemas de saúde advindos das alterações na qualidade do ar e

das águas, pelos efeitos de acidentes industriais de grande porte, como o recente vazamento no Golfo do México, e mesmo pelo crescimento paulatino, mas exponencial, do custo da energia para diversos fins.

Vale lembrar que a indústria do seguro, como algumas outras, deve sentir primeiro o impacto das catástrofes, pois, à medida que as pessoas se tornam conscientes, procuram proteger a si mesmas e ao seu patrimônio contra as adversidades, e é natural que o mercado fique mais exposto. Portanto, por tudo isso, estamos com uma espécie de síndrome metabólica cuja cura virá à medida que conseguirmos alterar nosso estilo de vida. A pergunta que fica é: Quando vamos começar efetivamente a nossa dieta?

9. MERCADO

A. China: oportunidades e riscos para empresários brasileiros

Setembro/2011

Acacio Queiroz

Alguns analistas avaliam a China como a maior parceira econômica do Brasil, portanto é um país do qual devemos nos aproximar cada vez mais. Outros, mais receosos, a veem como ameaça à nossa economia, por exportarmos matéria-prima e importarmos produtos industrializados. As críticas abrangem ainda o sistema político, sua forma de lidar com a suposta democracia e a maneira de aproveitar o melhor de cada um dos sistemas: socialista e capitalista.

É notável a relação econômica entre os países, assim como a interdependência, e que se intensifica na medida em que crescem os números do comércio bilateral entre os dois países: US$ 56,3 bilhões em 2010, crescimento de 52% em relação a 2009. A China, segundo o Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior, já gastou US$ 31 bilhões com produtos brasileiros neste ano.

Quanto aos investimentos chineses no Brasil, a produção de iPads na unidade da Foxcon em Jundiaí deve consumir US$ 12 bilhões nos próximos cinco anos. Durante a visita da presidente Dilma ao país, em abril, empresas chinesas acenaram com investimentos de US$ 1 bilhão em tecnologia e agronegócio, além dos empreendimentos de infraestrutura.

Embora o Brasil seja um dos poucos com superávit nos negócios com a China, enquanto nós concentramos as exportações em commodities como minério de ferro e soja, os chineses exportam para o Brasil principalmente produtos de alta tecnologia, como componentes de informática e telefonia. Essa diferença reflete a política oficial chinesa, que privilegia a importação de matérias-primas para alimentar a indústria nacional e gerar empregos.

A viagem que fiz à China mostrou que a eficiência deles deve ser copiada. Nos últimos 10 anos, o PIB da China cresceu 150%, contra 30% do brasileiro, e os chineses têm-se mostrado superiores em termos de formação bruta do capital

fixo, poupança doméstica (devido ao nível de consumo baixo), gastos em pesquisa e desenvolvimento e infraestrutura. A poupança doméstica em relação ao PIB da China é de 55%, enquanto no Brasil é de apenas 15%, o que nos limita, sem falar na carga tributária que naquele país é muito menor do que aqui.

O mercado segurado chinês gerou, em 2010, um volume de prêmios de US$ 224 bilhões, 30% mais que em 2009, com destaque para a participação dos seguros de vida.

O país asiático vai superar o Japão como o maior consumidor de artigos de luxo em 2012, de acordo com um relatório da Associação Mundial do Luxo (WLA). Eles já ocupam o segundo lugar no mercado global, com 27%, pouco menor que o Japão (29%), e superior aos Estados Unidos (14%) e à Europa (18%).

O país vem se tornando um gigante em seguros. A cultura do seguro está ainda menos consolidada que no Brasil, mas a baixa securitização também é uma ampla possibilidade de crescimento. O mercado segurador chinês gerou, em 2010, um volume de prêmios de US$ 224 bilhões, 30% mais que em 2009, com destaque para a participação dos seguros de vida.

A China constitui um mercado ainda pouco explorado que pode gerar bons negócios. As seguradoras chinesas que crescem podem começar a olhar para além do mercado doméstico. Nesse caso, o mercado de seguros, como outros setores do Brasil, estará na mira. Continuamos com duas possibilidades em aberto, que merecem ponderação. A China, que nos impressiona pelas possibilidades tecnológicas e é um exemplo de como podemos fazer grandes negócios no nosso país, também nos mostra que o crescimento lá funciona com cuidados com o mercado interno. Os brasileiros devem atentar-se para no futuro não serem engolidos pelos chineses, que já mostraram que sabem fazer negócio.

B. Universo seguro

Março/2013

Alexandre Camillo

No ano que passou, vimos o alinhamento dos planetas do Universo e, felizmente, frustrada a previsão de que esse fenômeno seria responsável pela destruição do mundo. Esse campo magnético formado pela união planetária e o nascimento de 2013 podem ser encarados como um recomeço mais harmonioso e profícuo nos relacionamentos.

É esse mesmo pensamento que trago para o mercado de seguros. Acredito que as diversas entidades representativas, que atuam em prol do desenvolvimento desse importante setor para a economia brasileira, devam trabalhar alinhadas e unidas, para juntas emanar uma poderosa força.

Na cidade de São Paulo, contamos com 15 mil corretores de seguros, aproximadamente 23% da força de trabalho nacional, que representam economicamente algo em torno de R$ 25 bilhões por ano. O Clube dos Corretores de Seguros de São Paulo (CCS-SP), ao longo de seus 40 anos de serviços prestados ao mercado e ao corretor de seguros, consolidou-se como interlocutor dessa relevante parcela de profissionais e, por isso, sabe de sua responsabilidade em atender a expectativa dos mesmos. Porém, apesar desses expressivos números, não pode ou deve caminhar isoladamente. Essa é a prova maior de maturidade da entidade, ou seja, saber de sua grandeza, mas trabalhar com a humildade e sublimação suficientes para o entendimento maior e proveito da maioria.

O setor de seguros tem crescido muito em números da economia, nos serviços que oferece à sociedade e na diversificação de produtos. Mas seu crescimento institucional, o reconhecimento da importância de seus produtos, serviços e retorno para a sociedade não estão sendo observados como deveriam, tanto do ponto de vista do indivíduo como do poder público.

Esse trabalho institucional também fica nas mãos das entidades representativas do setor, entre as quais o clube ocupa um lugar de vanguarda. Caminha em parceria com as outras entidades, quer nos momentos de congraçamento, quer nos momentos de trabalho. São Paulo é grande e o mercado de seguros ainda tem muito a crescer. Por isso, são importantes diversas frentes de atuação, interligadas, para o avanço do mercado.

Não se trata de unir forças para imposições, prática inadmissível nos tempos atuais e a mercados maduros, aliás, de parte alguma, sejam grandes interesses econômicos, sejam grandes conglomerados, sejam grandes grupos de profissionais.

Mais do que nunca se faz necessário o diálogo e, nesse sentido, apenas o alinhamento dos atores de toda a cadeia produtiva de cada segmento viabilizará a sobrevivência deste e daquele determinado segmento.

Os interesses nem sempre terão rotas convergentes, mas a discussão sobre as diferenças certamente possibilitará o entendimento, a aproximação e a transparência, práticas necessárias para evitar o extermínio de uma das partes ou de todas, futuramente.

Em 2013, promoveremos encontros com representantes do segmento em diferentes esferas, incluindo o poder público, a iniciativa privada, os consumidores etc., de forma a propiciar o equilíbrio de conhecimento para um debate embasado e virtuoso.

Resgatando o início de minha escrita e falando de maneira análoga, temos pela frente um universo de interesses a serem discutidos e entendidos, dos quais destaco: canais de distribuição, regulamentações, uso de novas tecnologias, microsseguros, resseguros e outros mais, tudo já em movimento, ocupando e buscando seu lugar no espaço.

Portanto, cabe a nós a definição do melhor e ideal lugar a cada um para que todos se completem e se desenvolvam, jamais se aniquilem.

É nosso objetivo trabalhar estas questões, ampliar o debate e focar nossas competências em aproveitar o bom momento que nossa indústria vivencia, propiciando a todos um “universo seguro”.

C. O seguro no Brasil e a economia com seus altos e baixos históricos

Março/2014

Auri Luiz de Morais Rodrigues

A economia mundial oscila historicamente entre períodos prósperos e depressivos. Quando em alta, aproveitamos a maré e crescemos surfando em ondas propícias, esquecidos do amanhã inevitável. A fase de vacas magras, então, se instala exigindo novo posicionamento dos agentes econômicos com a adoção de novos e rigorosos processos visando a superação do momento difícil. O seguro no Brasil não escapa da regra.

Até 1990, a indústria brasileira de seguros patinava diante da elevada inflação, de uma regulação inibidora, da competição e da cultura nacional de desconhecimento dos benefícios do seguro.

A partir de 1990, houve mudanças diretivas que abriram novos horizontes para a indústria do seguro, cujos resultados se estampam nas análises econômicas atuais. Os governos que se seguiram, inobstante erros naturais de todos os governos, propiciaram às seguradoras a fixação de preços e a inserção de condições novas nas apólices; abriram o mercado nacional para as seguradoras estrangeiras, ação que diversificou a oferta de seguros e proporcionou a queda de seus preços; culminando com a estabilização da moeda a partir de 1994, o que gerou a tão desejada intensificação da procura pelas garantias securitárias.

As perspectivas do mercado brasileiro de seguros são boas na análise comparativa ao comportamento da indústria securitária entre os países desenvolvidos que, em relação aos respectivos PIBs, representam aproximadamente 10% dos mesmos. Aqui ficamos com 3,4% atualmente, portanto é possível crescer muito ainda.

Por outro lado, convém observar o comportamento da nossa economia, que vem aumentando os juros básicos a cada reunião trimestral e inibindo os investimentos, enfrentando ameaças da indomável inflação e gerando preocupações legítimas a todos, além de enfrentar uma política governamental

de pequenas intervenções em setores específicos, vide resseguros, o que gera desconfiança e desestímulo ao investimento produtivo.

Portanto, aproveitemos as delícias da boa fase do seguro no Brasil, mas convém, por parte dos nossos líderes, um posicionamento cauteloso e um olhar estratégico quanto ao futuro próximo.

D. É bem-vinda a Agência Brasileira de Garantias

Março/2011

Edmur de Almeida

Ano passado, governo e mercado segurador iniciaram uma queda de braço sobre a criação de uma seguradora estatal, a Empresa Brasileira de Seguros (EBS).

O governo posicionou-se nesse sentido em função, principalmente, da escassez de capacidade ofertada pelas resseguradoras, especialmente para seguros de grandes obras, processo este desencadeado em 2009, fruto da crise financeira global advinda dos “subprimes” americanos.

À época, alguns importantes resseguradores haviam tanto ressegurado o risco de crédito quanto aplicado parte de suas reservas naqueles papéis.

Aliado a isso, as gigantes e recorrentes indenizações por catástrofes climáticas e a queda vertiginosa das cotações de suas ações contribuíram para a redução do patrimônio das resseguradoras e, consequentemente, para sua capacidade de aceitar riscos. Uma coisa é relação direta da outra.

No setor financeiro, quando o dinheiro para emprestar é escasso e os tomadores são muitos, escolhem-se os tomadores com menor risco e que estejam dispostos a pagar mais (juros) pelo dinheiro emprestado. Com o mercado segurador, não foi nem será diferente: quando a capacidade para aceitar riscos está reduzida, buscam-se segurados com menor risco e que paguem mais pelo seguro/resseguro. É o chamado “hard market”. Esse fenômeno atinge em cheio o seguro garantia e é menos sentido nos seguros de riscos de engenharia e responsabilidade civil, por exemplo.

Conceituada a causa da preocupação do governo, o mercado segurador foi bastante hábil em negociar: a questão não seria constituir uma seguradora estatal para disputar mercado com as privadas, o que seria um retrocesso à antiga decisão brasileira de desestatizar diversos setores da economia, além de

desmotivar seguradores e resseguradores estrangeiros a se instalarem no Brasil.

A direção sempre nos pareceu clara: quando o mercado segurador não conseguisse garantir 100% das obras, o governo deveria completar a garantia. Daí a necessidade da constituição de uma Agência Brasileira de Garantias (ABG), e não uma Empresa Brasileira de Seguros (EBS).

A ABG precisará se posicionar muito bem tecnicamente porque, não raras vezes, empresas e consórcios que tocam grandes obras não conseguem 100% das garantias pleiteadas junto às seguradoras porque estão superalavancados, seja operacionalmente, seja em relação ao seu patrimônio ou ao seu capital de giro, ou de tudo isso um pouco.

Mesmo que a obra fosse de interesse nacional, nessa situação, precisariam ser buscadas alternativas como chamar outras empresas para o consórcio construtor que estivessem em uma situação melhor. Essa métrica de risco é fundamental para o processo decisório de suplementar ou não a garantia para a obra. Afinal, no fim do dia, o dinheiro e patrimônio da ABG é fruto da contribuição de nossos impostos.

Nas demais situações, parece oportuna a atuação da ABG, pois outras crises globais virão e afetarão temporariamente a capacidade das seguradoras e resseguradoras em aceitar seguros. Catástrofes naturais estão cada vez mais recorrentes: que volume de indenizações de seguro teremos com o terremoto e o tsunami recentes no Japão?

Atos terroristas já mostraram o tamanho do estrago. Imediatamente após o 11 de setembro, as empresas aéreas dos EUA decidiram não colocar suas aeronaves no ar porque as seguradoras e resseguradoras haviam cancelado a cobertura de seguro para atos terroristas. Foi necessário o governo americano bancar tal cobertura até que a situação se normalizasse. Imaginemos o impacto, por exemplo, no comércio mundial, caso nenhuma aeronave decolasse ou aterrissasse nos EUA durante um ou dois meses.

Por isso, a ABG tem espaço. Mas sempre, sempre complementar ao mercado segurador.

E. Seguros: A bola da vez

Maio/2012

Fernando Silveira

Em 1980, o mercado de seguros do Brasil mal chegava a R$ 1,5 bilhão. Em 1990, embora com todos os planos econômicos, passava um pouco de R$ 2 bilhões. Em 2000, chegava a R$ 32 bilhões. Em 2012, deverá alcançar R$ 200 bilhões.

1980.....1,5 bilhão

1990.....2 bilhões

2000.....32 bilhões

2012.....200 bilhões

O que será que está acontecendo com esse segmento de mercado que, em apenas 32 anos, apresenta um crescimento de 13,333%?

Não se pode esquecer que em 1980 esse mesmo segmento beirava 100 anos desde sua fundação e pelo seu pífio faturamento (R$ 1,5 bilhão) não demonstrava que tinha tanta lenha pra queimar. Mas tinha. E tanto tinha que, a partir de 1994, deu um tremendo salto que fez renascer a esperança de seus operadores.

Quem foram esses sonhadores que nunca deixaram de acreditar nesse segmento de mercado? Em nossa lembrança, surgem alguns nomes que jamais poderão ser esquecidos, principalmente, a partir de 1994. São eles: Lazaro de Mello Brandão, Manuel Sebastião Soares Póvoas, Rony Castro de Oliveira Lyrio, Patrick Antonio de Larragoiti Lucas, Beatriz Larragoiti, Nilton Molina, Luiz de Campos Salles, Luiz Carlos Trabuco Cappi, Marco Antonio Rossi, Acacio Queiroz, Camilo Marina, Jaime Garfinkel, Rosa Garfinkel, Octavio Cesar Nascimento, Affonso Heleno de O. Fausto, José Carlos de A. Rudge, Roberto Pereira de Almeida, Olavo Egidio Setubal, Amilcar Pizzato, Paulo Sergio Tourinho e outros que saíram prematuramente do mercado, além da expoente

figura de João Elísio Ferraz de Campos, que assumindo a presidência da Fenaseg, em 1993, deu início ao grande boom do mercado.

É importante destacar que a posse de João Elísio na Fenaseg foi um fato histórico de grande expressão. Realizado em Brasília e com a presença do Ministro da Fazenda, marcava pioneiramente a grande fase do mercado de seguros, que a partir daquele momento passa a alcançar sua verdadeira importância dentro da área econômica nacional.

As conquistas conseguidas foram fruto da experiência política de João Elísio, que soube como ninguém estabelecer as próximas jogadas no tabuleiro do seguro brasileiro.

Outro fato importante ocorrido em 1993 foi a criação da Academia Nacional de Seguros e Previdência (ANSP), que tanto tem contribuído para a sedimentação da cultura do seguro em nosso país.

Sobre esse assunto, o professor Rafael Ribeiro do Valle afirma: “A ANSP tem origem dos sonhos do jornalista Fernando Silveira, que também foi o autor da primeira revista independente da área de seguros e que circulou por 22 anos consecutivos, divulgando o seguro e a previdência”.

Aproveito para agradecer o reconhecimento e dizer que fico lisonjeado com a referência.

Retrospectiva

Em 1808, inicia-se a exploração do Seguro Marítimo por meio da Cia. Boa Fé – sediada em Salvador (BA), hoje chamada Aliança da Bahia.

Em 1831, com a instituição da Procuradoria de Seguros das Províncias Imperiais, inicia-se a fiscalização da atividade.

Em 1901, é editado o Regulamento Murtinho (Decreto 4.270), criando a Superintendência Geral de Seguros, subordinada ao Ministério da Fazenda.

Em 1939, é criado o Instituto de Resseguros do Brasil (IRB), estimulado por aspirações nacionalistas para proteger o mercado brasileiro das investidas dos mercados estrangeiros de seguros.

Mas será que o mercado brasileiro de seguros está totalmente pronto para disputar outras posições em um mercado internacionalizado e muito mais experiente do que o nosso?

Evidente que não. Há muita coisa a ser feita e muito ainda a realizar, o que prognostica posições mais importantes em termos de conquista de mercado.

O Brasil precisa urgentemente rever seus planos de poupança de longo prazo, já que atualmente está se gastando mais do que deve, deixando de prever-se o futuro, em troca de um consumismo extravagante que em nada ajuda a manter a estabilidade de nossa moeda, que, hoje extremamente valorizada, facilita os gastos dos nossos viajantes em outros países.

Já o setor de seguros e previdência precisa preparar-se para conquistar participações maiores em nosso mercado e em carteiras pouco difundidas junto a novos segurados. Com a expansão do parque industrial brasileiro e a participação de maior número de indústrias internacionais em nosso território, há a necessidade de aumentar sua agressividade comercial por meio de novos canais que sequer foram ainda pensados.

Franchising em seguros?

Esta talvez seja uma alternativa válida para a expansão da oferta de seguros e previdência em nosso país. Criando franquias em todas as cidades, a possibilidade de vendas aumenta progressivamente, podendo, inclusive, dobrar em pouco tempo.

É disso que o mercado precisa para continuar demonstrando suas extraordinárias possibilidades.

F. Fronteiras

Novembro/2012

Lucio Antonio Marques

Uma pergunta certamente sempre deve ser feita na área comercial: “O mundo comercial tem ou não fronteiras?”.

Evidentemente, vamos falar do mundo que nos interessa: o mundo dos seguros. Aliás, é um assunto até inovador com a abertura do mercado de resseguros. O mundo em que vivemos é uma gigantesca mesa de negociações e, queiram ou não, somos participantes. Recente exemplo é a discussão sobre o meio ambiente que está sendo realizada por diversos países ricos, emergentes e pobres, enfim, toda a comunidade mundial preocupada com o aquecimento e as mudanças climáticas do mundo. São objeto de reflexão, por exemplo, a devastação de florestas e a crescente indústria dos países tanto emergentes como industrializados, onde não se fez nada até agora, exemplos típicos dos Estados Unidos e da China.

Fiz este parêntesis para mostrar que realmente nosso planeta não tem fronteiras, a não ser as territoriais. Desde o relacionamento entre pais e filhos até complexas transações internacionais, a negociação está sempre presente. É um processo que você pode entender e prever. É uma habilidade prática que você pode adquirir para aproveitar melhor a vida e aumentar sua percentagem de vitórias. Neste contexto, o mercado segurador brasileiro começou discutindo sua participação no chamado Mercosul e, com isso, na ocasião, abriu suas fronteiras aos países participantes e passou a usufruir das mesmas condições em relação aos países-membros.

Desde o início, vários pontos polêmicos foram amplamente discutidos e analisados para que pudéssemos colocar em prática todos os ensinamentos colocados nas mesas de negociação. Foi lançado o chamado “Carta Verde”, um seguro que deveria ser exigido nas fronteiras dos países integrantes do Mercosul e, com isso, fatalmente outros seguros deveriam aumentar a possibilidade de

conseguirmos um crescimento substancial na arrecadação de prêmios. Mas, evidentemente, isso não aconteceu e o seguro Carta Verde não foi exemplarmente exigido.

Hoje, o Brasil chegou perto dos 3% de produção de prêmios em relação ao PIB, mas o ideal será chegarmos aos 7% ou 8% do PIB, conforme a maioria dos países industrializados. Nós temos condições de crescer, principalmente na área de seguro de pessoas, que só tem entre 16% e 17% dos prêmios totais arrecadados, enquanto em outros países passa de 50%.

O mercado de seguros brasileiro sempre foi muito normatizado e o monopólio que existia do resseguro não conseguiu acrescentar um aumento substancial nos prêmios de seguro e resseguro. Se voltarmos atrás alguns anos, vamos nos lembrar que convivemos anos e anos com o efeito perverso de uma inflação crônica, que provocava retração dos agentes econômicos, já que todos eles se concentravam em objetivos imediatos de produção ou de consumo. A má distribuição de renda e o baixo nível per capita marginalizava expressivo contingente da população, sem recursos para a inclusão do seguro no orçamento individual e, inclusive, para a aquisição de bens duráveis.

Hoje, o Banco Mundial, a Organização Mundial da Saúde, a ONU e demais organismos internacionais estão empenhados em abrir as portas para o microsseguro e para o microcrédito, fazendo com que milhões de pessoas possam ter acesso a esses dois bens tão importantes na vida das pessoas de baixa renda. As fronteiras dos países pobres e das populações com renda ínfima estão se abrindo e vão possibilitar que no Brasil mais de 100 milhões de pessoas possam ter acesso tanto ao crédito como ao seguro a um preço acessível, livre de impostos e de entraves burocráticos.

Desde a implantação do Plano Real, que começou de certa forma a devolver à população a confiança na estabilidade do novo padrão monetário, o mercado segurador brasileiro comemora o crescimento vertiginoso de suas vendas.

De certa forma, após o Plano Real, esse é o primeiro negócio de impacto que vai ampliar as fronteiras para os mais necessitados. Essa assertiva torna-se cada vez mais verdadeira em uma economia moderna, livre de monopólios, de

barreiras alfandegárias e fiscais, permitindo ao empresário do setor privado alavancar seus negócios e projetar seu crescimento de forma ordenada.

É evidente que muita coisa precisa ser feita. Passamos por um momento de mudanças de toda ordem e o mercado segurador precisa começar. A mudança é um processo, não um destino. Ela nunca tem fim. A globalização que ocorreu (e continua ocorrendo) na economia é um processo dessa mudança. É necessário que o mercado de seguros no Brasil se adapte a ela. É evidente que espaço, liberdade e outros condicionantes não estão atrelados somente à nossa capacidade empresarial, mas sim à nossa competência política para induzir mudanças.

O mercado precisa colocar em prática sua competência e mostrar ao público consumidor a importância do seguro e seu crescimento como fonte de recursos de longo prazo, pois as reservas constituídas são aplicadas e consideradas autênticas poupanças que, antes de retornar ao circuito operacional sob a forma de indenização a segurados, tomam a forma de variadas inversões, impulsionando o desenvolvimento das atividades dos mais diferentes setores produtivos por meio de programas sociais em benefício da população brasileira.

Com a abertura do mercado brasileiro de resseguros, podemos ter uma série de novos produtos com preços mais competitivos, ampliando, portanto, as fronteiras que antes estavam monopolizadas pelo IRB Brasil-Re. Vários produtos com coberturas mais abrangentes começam a surgir e dar condições ao povo brasileiro de contar com a proteção do seu patrimônio, de sua vida e de sua família, ter um seguro-saúde condizente com custo acessível, pagar menos pelo seu seguro de automóvel, ampliando com isso a fronteira entre os que podem pagar e os que não têm condições. Os seguros pessoais só têm a ganhar com essa abertura, pois fatalmente teremos melhores produtos a oferecer, coberturas ampliadas, custos reduzidos e uma concorrência que esperamos ser mais leal e competitiva, lembrando sempre do código de ética criado e compromissado por todos sem qualquer tipo de fronteira. Vamos crescer, pois temos espaço. Precisamos ter maior e melhor condição de distribuir os produtos, como a autorização para que os agenciadores de cartão, ou proposta de adesão, sejam

liberados após curso na Escola Nacional de Seguros, onde teriam de ser certificados. Nesta hora, vamos precisar de ousadia e quebrar as últimas fronteiras que podem ampliar, e muito, o mercado de seguro de pessoas.

10. MICROSSEGURO

A. A cultura do microsseguro

Janeiro/2013

Breno Kor

Atualmente, discutimos muito sobre o funcionamento do microsseguro, sobre os produtos que integrarão esse mercado, sua comercialização, os meios de cobrança, os limites de capitais e custos, mas, além disso, ou talvez antes mesmo, é fundamental educar o novo consumidor.

Educação é um tema que preocupa não só o setor de seguros, mas toda a sociedade.

O microsseguro será vendido ou comprado? Não se trata de sofisma, pois sabemos que, para ser comprado, primeiro temos que disponibilizar sua oferta. Mas esse consumidor compreende a necessidade dos produtos que serão comercializados? Campanhas de esclarecimento fazem parte da estratégia de desenvolvimento do novo mercado?

O seguro de automóveis está na mente de todo brasileiro, pois o sinistro é materializado diariamente nos periódicos. Não carece de divulgação, pois a propaganda só estimula a concorrência entre os participantes desse mercado. No seguro de vida, a realidade é outra, existe baixo índice de compra espontânea.

No segmento de baixa renda, foco do microsseguro, o que ocorre muitas vezes é o autosseguro, no qual a comunidade se cotiza para as despesas daqueles que não têm condições de suportar um funeral. A transferência dessa prática para as seguradoras tem de ser muito bem trabalhada.

Nos seguros residenciais ocorre o mesmo. Sendo assim, as indenizações obrigarão à reconstrução da moradia?

Na área de saúde, produtos podem beneficiar – e muito – esse novo perfil de consumidor, com seguros à base de indenização, minimizando o sofrimento de uma grande parcela da nossa população.

Integrar essa nova categoria ao mercado de seguros, além de promover o crescimento da nossa economia, deve ajudar nossa sociedade a adquirir uma cultura previdenciária, encontrada em países mais desenvolvidos.

Enfim, a divulgação do microsseguro fará um bem não somente para os consumidores desse mercado, mas para todo o setor.

B. Seguro para a maioria

Julho/2010

Dilmo Bantim Moreira

Com base em projeções demográficas, a partir do último censo, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Brasil apresenta atualmente uma população de 192.304.735 habitantes. Essa quantia faz do país a quinta nação mais populosa do planeta, ficando atrás apenas da China, da Índia, dos Estados Unidos e da Indonésia.

Em se tratando do produto securitário denominado "microsseguro", a parcela da população-alvo potencial é estimada em mais de 100 milhões de pessoas, as quais não possuem acesso simples à proteção securitária disponível para as classes média e alta. O mercado e o governo apostam na ampliação do acesso dessa camada da população a esses produtos.

Além da potencialidade de negócio, o microsseguro revela-se um poderoso elemento de inclusão social e uma importante ferramenta de proteção às pessoas de baixa renda (com ganhos mensais de até 3 salários mínimos). Chama a atenção o fato de que a participação das chamadas "classes de baixa renda" no mercado de consumo chega a representar 65% dos lares brasileiros, movimentando algo em torno de R$ 512 bilhões de reais por ano.

É grande o espectro de produtos aplicáveis aos microsseguros, envolvendo coberturas que vão do auxílio-funeral à proteção para pequenos negócios. O volume de prêmios comercializados deve somar, ao montante do mercado securitário atual, um volume entre R$ 40 bilhões e R$ 50 bilhões anuais.

A iniciativa governamental na direção da sedimentação da inclusão da população de baixa renda provavelmente ocorrerá por meio do programa Bolsa Família, cujos participantes deverão ter incluso no benefício, já a partir deste ano, um seguro-funeral que, de acordo com cálculos preliminares da Susep, custaria R$ 1,00 por participante e garantiria cobertura estimada em R$ 1.700,00. No ano seguinte, as classes C e D teriam disponível o microsseguro

orientado à cobertura de impactos financeiros, tanto no âmbito das pessoas físicas como para pequenos empreendimentos. Como forma de facilitar a instalação desses produtos, o Ministério da Fazenda e a Receita Federal estudam a possibilidade de redução do IOF e do PIS como ferramenta de incentivo à participação das seguradoras.

Como exemplo de experiências bem-sucedidas orientadas na direção de produtos de baixo custo (ou seguro popular), podemos citar os "seguros massificados", oferecidos por meio de formas de contratação e pagamentos simplificados, utilizando como meio as faturas das concessionárias de serviços públicos (água, luz, correios) e redes varejistas. Não podemos deixar de citar, também, canais de distribuição como bancos, internet, teleatendimento e casas lotéricas, sem esquecer a venda a varejo, a qual consegue, de forma ampla, atingir simultaneamente todas as classes de consumo.

C. Um seguro social

Janeiro/2015

Dilmo Bantim Moreira

Considere que o relato a seguir demonstra uma situação que já pode ter ocorrido, que está ocorrendo ou que poderá ocorrer.

Uma pessoa recém-admitida em uma empresa passou a ter, pela primeira vez, uma cobertura de seguro de vida. A princípio, não deu muita importância. Contudo, dividiu com o cônjuge o fato de poder gozar desse benefício e conversaram um pouco sobre a importância disso para a família.

Tempos depois, tendo ido à casa de um amigo para ajudar na construção, um trágico acidente envolvendo a queda de uma laje aconteceu e o segurado veio a falecer. Um grande choque para todos.

Tomando as providências para o enterro, o cônjuge do segurado localiza entre os documentos o certificado de seguro e entra em contato com a empresa onde ele havia trabalhado, a qual já tomava as providências para requerer a regulação do sinistro junto à seguradora.

O valor do capital segurado pago ao cônjuge sobrevivente equivaleu a cerca de dois anos de salário bruto daquele trabalhador e, graças a isso, sua família foi poupada das dificuldades financeiras imediatas que poderiam ser causadas pela perda de parte da receita familiar. O seguro contribuiu efetivamente para o reequilíbrio, gerando condições suficientes para a família se reestruturar e seguir adiante.

Sem o apoio da instituição do seguro, esse relato poderia ter um fim bastante diferente.

Do ponto de vista social, o apoio proporcionado pelos seguros de riscos pessoais tem a capacidade de auxiliar as pessoas, no mínimo, de forma emergencial. É verdade que no mercado securitário brasileiro a esmagadora massa coberta (e normalmente com pequenos capitais) é oriunda de contas empresariais;

contudo, um mercado ainda pouco explorado tem chamado a atenção das empresas: o do microsseguro.

É importante que ações tanto de marketing quanto institucionais continuem sendo realizadas para conscientização da população, de forma a desconstruir antigos estigmas ligados aos seguros de riscos pessoais (como o de que seguro de vida traz má sorte etc.), fazendo com que o bem mais precioso de todos – a vida – seja a primeira opção a se considerar para a contratação de um seguro, sem prejuízo de coberturas para outras modalidades securitárias.

Considere-se, inclusive, que além da própria e necessária cobertura de riscos, elementos de atratividade como sorteios e serviços agregam mais valor ao seguro, permitindo situações de utilização independentemente da ocorrência de sinistros e fazendo com que a aceitação e percepção de utilidade imediata do produto possam ser experimentadas pelos públicos que até então não contratavam seguros.

Com a melhora progressiva da condição econômica do país, mais pessoas entram no mercado de consumo, criando necessidades, inclusive, a de proteção. É nesse escopo de uma nova e mutante realidade econômica e social que seguradoras e corretores passam a atuar, identificando novos nichos de mercado e adaptando e/ou criando produtos que atendam às necessidades específicas desses consumidores, sem perder de vista as necessárias modificações nas formas de distribuição e cobrança.

O momento é de fusão da utilidade social do seguro com a oportunidade econômica de geração de receitas e toda a movimentação decorrente disso, seja em termos de expansão da atividade securitária, seja pela geração de poupança e distribuição de renda que essa atividade econômica sempre foi capaz de realizar.

D. O apoio dos títulos de capitalização ao desenvolvimento do microsseguro

Julho/2012

Heitor Rigueira

O microsseguro tem sido um tema constante quando se avaliam medidas para o incremento da atividade do seguro no país. O governo já sinalizou apoio explícito ao desenvolvimento do microsseguro com frequentes participações em eventos promovidos pela iniciativa privada sobre o assunto. Há indicação de que as regras para as operações serão simplificadas neste novo mercado, inclusive havendo alternativa da constituição de seguradora específica só para atuação em microsseguro.

Nessa linha de ação, como medida concreta, destaca-se a expedição da recente Circular Susep nº 444, de 27 de junho de 2012, que dispõe sobre a cessão de direitos dos títulos de capitalização para incentivo à aquisição do microsseguro.

Como é de conhecimento público, a Circular Susep nº 365, de 28 de maio de 2008, segmentou o mercado dos títulos de capitalização em quatro modalidades, a saber: tradicional, popular, compra programada e incentivo. A partir daí, os títulos da modalidade incentivo têm sido frequentemente adotados em promoções comerciais e conjugados à venda de seguros e previdência privada aberta.

É, sem dúvida alguma, um atrativo adicional à comercialização, principalmente porque os denominados “números da sorte” do título de capitalização são acoplados aos produtos de seguros, normalmente de forma gratuita, motivando o incremento das vendas.

É isso o que, de forma oficial, a nova circular da Susep disciplina com a implantação do “microsseguro premiável”, que certamente estimulará acordos comerciais entre as seguradoras que operarão o microsseguro e as empresas de títulos de capitalização.

O microsseguro tem como grande espaço a ser explorado as classes C, D e E, que vêm crescendo no mercado de consumo e são sempre ávidas por novidades, aquisição de novos produtos e estimuladas com a promoção de sorteios.

A participação em frequentes sorteios com a possibilidade de premiações em mercadoria e/ou dinheiro certamente será um ponto adicional para o forte incremento do microsseguro. A adoção de meios remotos para comercialização do microsseguro premiável será outro grande estimulador para essa nova atividade.

Portanto, caberá aos operadores do microsseguro, em parceria com as empresas de capitalização, dimensionar seus nichos de mercado e partir na busca do sucesso comercial.

Por fim, para que os objetivos sejam atingidos, é importante a criação e o equacionamento da parte lúdica dos produtos de capitalização formatados em parcerias, em que se destaca a necessidade da efetivação de sorteios criativos que motivem os adquirentes do microsseguro a ter nesse adicional um forte atrativo à fidelização.

11. PREVIDÊNCIA

A. Benefícios de previdência complementar. Imposto de Renda. Isenção personalíssima. Princípio da dignidade da pessoa humana

Setembro/2011

Cesar Augusto Cassoni

Uma das questões em evidência no mercado da previdência complementar é a rigorosa fiscalização da Receita Federal na tributação dos valores dos planos previdenciários.

Permite-se ao participante a dedução dos valores das contribuições aos planos de previdência complementar até o limite de 12% (doze por cento) do total dos rendimentos tributáveis informados na Declaração de Ajuste Anual, desde que o participante do plano também contribua para o Regime Geral da Previdência Social.

Estabeleceu-se a possibilidade de escolha por regimes tributários: o progressivo, com alíquotas de tributação conforme a tabela do Imposto de Renda; e o regressivo, cujas alíquotas são decrescentes com o decorrer do tempo.

A equação tributária se completa quando o participante efetua um resgate de valores do plano ou passa a receber um dos benefícios de renda do plano, cujos valores são tributados na sua totalidade conforme o regime tributário escolhido pelo participante no momento da contratação do plano.

É importante destacar que os planos chamados Vida Gerador de Benefício Livre (VGBL), por sua vez, têm regime diferenciado de tributação, nos quais somente os valores dos rendimentos são tributados.

Apesar de todo o controle institucional, a Receita Federal passou a gerar uma isenção tributária inusitada, voltada à condição da pessoa humana. É a isenção tributária aos portadores de doenças graves. Como em uma reverência a um dos fundamentos do Estado democrático de direito brasileiro, a Receita curva-se ao princípio da dignidade humana para conceder essa isenção.

Dessa forma, os rendimentos aos quais se atribui a benesse fiscal de rendimentos isentos são aqueles relativos à aposentadoria, reforma ou pensão, inclusive as de caráter complementares/privadas, foco deste artigo, recebidos por portadores de doenças graves, assim consideradas a tuberculose ativa, alienação mental, esclerose múltipla, neoplasia maligna, cegueira, hanseníase, paralisia irreversível e incapacitante, cardiopatia grave, doença de Parkinson, espondiloartrose anquilosante, nefropatia grave, estados avançados da doença de Paget (osteíte deformante), contaminação por radiação, síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids), hepatopatia grave e fibrose cística (mucoviscidose).

São também isentos do imposto sobre a renda a pensão especial, mensal, vitalícia e intransferível que seja recebida pelos portadores da deficiência física conhecida como “síndrome da Talidomida”, desde 24 de junho de 2008.

Essa isenção ligada à condição da pessoa não se estende aos beneficiários do aposentado ou do assistido no plano de previdência complementar.

Tanto é assim que a Secretaria da Receita Federal, em ato declaratório interpretativo, já se pronunciou no sentido de que “Sujeitam-se à incidência do Imposto de Renda, devendo ser tributados na fonte e na Declaração de Ajuste Anual ou na Declaração Final de Espólio, os proventos de aposentadoria ou reforma e valores a título de pensão de portador de moléstia grave recebidos pelo espólio ou por seus herdeiros, independentemente de situações de caráter pessoal”.

Tal isenção, porém, aos olhos da Receita Federal, aplica-se somente aos benefícios previdenciários, não contemplando os resgates de valores dos planos de previdência complementar, apesar de caracterizarem, da mesma forma que os benefícios previdenciários, o recebimento de valores das entidades previdenciárias respectivas, seja do Regime Geral, seja do Regime Privado.

Fundamentação legal

- Decreto nº 3.000, de 26 de março de 1999 – Regulamento do Imposto sobre a Renda (RIR), art. 39, inciso XXXIII.

- Instrução Normativa SRF nº 15, de 6 de fevereiro de 2001, art. 5º, inciso XII.
- Ato Declaratório Interpretativo SRF nº 26, de 26 de dezembro de 2003.
- Lei nº 7.713, de 22 de dezembro de 1988, art. 6º, inciso XIV, com redação dada pela Lei nº 11.052, de 29 de dezembro de 2004.
- Lei nº 7.070, de 20 de dezembro de 1982, art. 4º-A, com a redação dada pelo art. 20 da Lei nº 11.727, de 23 de junho de 2008.

B. Plano de previdência complementar. Declaração de Imposto de Renda. Contribuições pagas pelo valor do excedente financeiro. Indedutibilidade

Maio/2010

Cesar Augusto Cassoni

No dia 1º de março de 2010, a Receita Federal disponibilizou na internet os programas de declaração do Imposto de Renda, dando início à maratona fiscal, o que gerou inúmeras dúvidas durante o preenchimento do programa. Apresento aqui minha opinião. Destaco e ressalvo que outras, divergentes até, podem existir. Mas vou me ater ao que considero mais polêmico e interessante.

A questão versa sobre a possibilidade dos valores creditados ao plano de previdência complementar, originários de excedentes financeiros, fazerem parte do cálculo do Imposto de Renda. Lembro que o excedente financeiro é o valor positivo correspondente ao final do último dia útil do mês (a diferença entre o valor da base de cálculo da performance financeira e o saldo da provisão matemática de benefícios a conceder no período de diferimento) ou benefícios concedidos no período de pagamento de benefício, conforme o caso.

Isto é, valor de rendimento obtido no mercado financeiro, superior ao da rentabilidade do índice de atualização do plano. Esse valor, por previsão contratual, pode ser creditado ao plano para a quitação de faturas futuras, passando a integrá-lo no mesmo montante que o valor das parcelas de contribuição devidas, tanto da instituidora como do participante, quando for o caso.

O que ocorre nessa situação é o “plano pagando o plano”. Não há desembolso de valores por parte da instituidora nem por parte do participante, mas o fundo não ficará deficitário, pois receberá créditos de excedente financeiro, como se fossem aportes. A movimentação financeira é contábil.

Assim sendo, se não houver contribuição por parte do participante nem por parte da instituidora, não há de se falar em utilização desse valor (pago ao plano pelo próprio plano, via excedente financeiro) como dedução na base de cálculo do

Imposto de Renda pelo participante até o limite de 12% de seu salário anual. Também não poderá ser utilizado pela instituidora como despesa operacional, até o limite de 20% do total da remuneração dos dirigentes e dos salários dos participantes vinculados ao plano, na determinação do lucro real e da base de cálculo da contribuição social sobre o lucro líquido.

C. Melhor aposentadoria: do sonho à realidade

Março/2013

Daisson Portanova

Em recente decisão do Supremo Tribunal Federal (STF), foi garantido o direito a revisão das aposentadorias programáveis (tempo de contribuição, especial e idade), possibilitando alterar as aposentadorias concedidas aos segurados – homens que tenham mais de 30 anos de atividade e mulheres com mais de 25 anos de serviço – no sentido de proteger o direito adquirido e o acesso ao melhor benefício.

O julgamento, iniciado em 2011, possibilitou que o segurado, que recebe aposentadoria e possua mais tempo que o necessário para jubilação, possa produzir nova concessão de benefício em data anterior, mesmo sendo esse benefício proporcional.

Na síntese da pauta, assim resumiu o STF: “Em discussão: saber se, ainda que sob a vigência de uma mesma lei, teria o segurado do INSS direito a eleger, com fundamento no direito adquirido, benefício mais vantajoso, consideradas as diversas datas em que o direito poderia ter sido exercido, desde quando preenchidos os requisitos mínimos para a aposentação".

No exemplo julgado pelo Supremo, o segurado, aposentado em outubro de 1980, com 34 anos e dois meses de serviço, pretendeu a revisão para outubro de 1979. Mesmo com tempo menor, a renda inicial a ser gerada nessa data seria, após reajustada, maior que a concedida originariamente, conforme resultado abaixo:

BENEFÍCIO INSS EM 10/1980 REAJUSTADO ATÉ HOJE	DATA PRETENDIDA	NOVO BENEFÍCIO	DIFERENÇAS EM PERCENTUAIS
R$ 1.661,98	(10/1979)	R$ 1.992,88	19,91%

O STF consagra a proteção ao benefício previdenciário como direito fundamental e como tal deve ser preservado diante das condições objetivas ao valor mais representativo da aposentadoria.

Como cada caso é um caso, diferente de outras revisões devidas pelo INSS, neste há notória complexidade na apuração da renda mais vantajosa, sendo indispensável identificar as situações para haver acesso à decisão lançada pela Corte Suprema, que mostra estar atenta às perdas sofridas ao longo do tempo, reparando claros prejuízos, injustos e ilegais, praticados contra os beneficiários da Previdência Social.

12. RESSEGURO

A. Novas regras de seguros e resseguros: uma mudança de rumo

Setembro/2015

João Marcelo dos Santos

Ambientes regulatórios, em geral, e em especial em mercados menos maduros, como o mercado brasileiro de seguros e resseguros, dificilmente evoluem de forma linear. Diferentemente, quando avançam, o fazem cambaleantes, com passos à frente e atrás e períodos de silêncio.

A publicação da Resolução CNSP nº 322/2015 parece enquadrar-se positivamente nesse cenário. Isso na medida em que, após mudanças muito criticadas, foram flexibilizadas as restrições a operações intragrupo e a reserva de mercado. O regulador de seguros e a Susep mostraram, assim, a preocupação em tentar aproximar a legislação brasileira, pelo menos no que se refere ao grau de abertura, da existente em mercados mais desenvolvidos.

1. A abertura do mercado de resseguros brasileiro

O dia 19 de dezembro de 2007 foi uma data histórica para o mercado brasileiro de seguros. Foram publicadas as normas do Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP) por meio das resoluções 168 a 173, que, nos termos da Lei Complementar nº 126/2007, regularam a atividade de resseguro e a forma de atuação, no Brasil, das resseguradoras locais e estrangeiras (admitidas e eventuais) e de corretoras de resseguro.

Voltando no tempo, o primeiro grande marco do mercado brasileiro de seguros foi a criação do então denominado Instituto de Resseguros do Brasil (IRB), em 1939. Aquele foi um momento de grande relevância para a economia do país, no qual a forte industrialização e a modernização das relações sociais demandavam uma maior oferta de seguros e resseguros como instrumento de proteção.

Nesse contexto, a atuação do IRB como regulador e ressegurador monopolista foi fundamental para o mercado de seguros brasileiro e para o fortalecimento das empresas aqui atuantes.

Algumas décadas depois, em 1967, foi criada a autarquia cuja função era regular e supervisionar o mercado brasileiro de seguros, a Superintendência de Seguros Privados (Susep), permanecendo a regulação do resseguro a cargo do IRB. Iniciou-se a separação entre as funções de agente econômico e de ente regulador e supervisor da iniciativa privada, embora a Susep tenha efetivamente se integrado em uma estrutura na qual predominava o dirigismo estatal.

A partir da década de 1980, ficou evidente a necessidade da mudança, pois a sociedade somente tinha acesso a produtos caros e rigidamente regulados, inclusive no que se refere a preços. Já se sentiam claramente os efeitos negativos de um mercado de seguros fechado tanto para a participação do capital estrangeiro como para o contato direto com o mercado internacional de resseguros.

No final da década de 1980, a regulação passou por grandes transformações. Houve um primeiro surto de desregulamentação (com a liberação dos valores de prêmios e comissões de corretagem, entre outras medidas), a Susep ganhou maior relevância e a crescente modernização da atividade de seguros tornava ainda mais evidente (I) o arcaísmo da visão que confundia a regulação com o planejamento pelo Estado da atividade econômica; e (II) a inadequação do monopólio do resseguro.

De fato, nosso arcabouço legal e o IRB monopolista e regulador começavam a representar um fóssil da era em que o Estado "era" a economia e eventualmente permitia, em parcerias ou sob sua vigilância muito próxima, a atuação de agentes privados.

Nesse contexto, aceleraram-se as transformações, cujos principais elementos foram:

- 1997 – Permite-se a entrada do capital estrangeiro no mercado de seguros.

- 1999 – Tenta-se, pela primeira vez e sem sucesso, a privatização do já então denominado IRB Brasil Resseguros S. A., com a edição da Lei nº 9.932.
- 2003 – Inicia-se um intenso processo de adoção de padrões internacionais de regulação e supervisão, cuja fase inicial terminou com a edição das novas regras de capital.
- 2005 – Envia-se ao Congresso Nacional a proposta de lei complementar de abertura do mercado de resseguros.
- 2007 – Aprova-se a Lei Complementar nº 126 e sua regulamentação, finaliza-se a primeira parte da história de um mercado de seguros (I) estritamente regulado; e (II) fechado ao capital estrangeiro e ao mercado de resseguro internacional.

A partir de 2008, com a nova regulação, abaixo comentada, o mercado de seguros passou a incluir a atividade de resseguros. A proteção e o dirigismo estatal deram lugar à competição e à busca da eficiência e a sociedade passou a ter à disposição um arcabouço legal e regulatório mais coerente e moderno, imprescindível para o desenvolvimento do seguro e do resseguro.

2. Da regulação original do resseguro no mercado brasileiro – um bom começo

As resoluções 168 a 173 do Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP), aprovadas no final de 2007, resultaram em um processo de audiência pública no qual a sociedade e os agentes do mercado tiveram ampla oportunidade de participação.

Foram previstos três tipos de resseguradores para os quais os riscos do mercado brasileiro de seguros podem ser transferidos: locais, admitidos e eventuais.

O ressegurador local deve ser uma empresa constituída no Brasil, cujo funcionamento deve obedecer à legislação securitária brasileira (com estrutura semelhante a uma seguradora e diferenças pontuais em relação ao valor do capital e outros aspectos) e cujo objeto deve ser exclusivamente o resseguro.

Já os resseguradores admitidos e eventuais são empresas estrangeiras cadastradas perante a Susep, com patrimônio líquido no valor mínimo de, respectivamente, US$ 100.000.000,00 e US$ 150.000.000,00, que devem ter um procurador domiciliado no Brasil. No caso do ressegurador eventual, esse procurador pode ser uma seguradora ou um ressegurador local.

O ressegurador admitido deve, adicionalmente, constituir um escritório de representação no Brasil, previamente autorizado pela Susep e denominado como tal, cuja atividade exclusiva deve ser a representação do ressegurador admitido.

O ressegurador admitido deve também manter uma conta vinculada à Susep no valor mínimo de US$ 5.000.000,00 ou, no caso de atuar exclusivamente no resseguro de vida, de US$ 1.000.000,00. Esses valores poderão ser maiores, conforme o rating do ressegurador e o volume de operações mantido no país. Nessa categoria foi cadastrado o Lloyd´s.

As cedentes brasileiras (seguradoras e resseguradoras locais) somente poderão ceder riscos em operações de resseguro e retrocessão para resseguradores locais, admitidos e eventuais, com ou sem a intermediação de corretores de resseguros.

As operações em que a cedente seja ligada ou pertença ao mesmo grupo da empresa cessionária deveriam ser informadas à Susep, que supostamente deveria ter editado regulamentação tratando do tema (o que nunca ocorreu).

A Susep deveria ser informada sempre que a cedente alcançasse determinados níveis de concentração de riscos colocados em um único ressegurador admitido ou eventual.

No que se refere à colocação de riscos em operações de resseguro, foi estabelecida, entre outras, uma regra de preferência, que não se aplicava a retrocessões feitas por resseguradores locais.

Não se tratava de "reserva", e sim, efetivamente, de "preferência". Isso significava que o ressegurador local somente tinha direito preferencial a subscrever riscos de resseguro na medida em que, havendo aceitação do risco

por resseguradores admitidos e eventuais, aceitasse condições de contratação e preço iguais ou mais favoráveis do que as condições dos resseguradores admitidos e eventuais.

A seguradora brasileira devia oferecer os percentuais de 60% (até 16/01/2010) e 40% (após aquela data) de cada cessão de risco a resseguradores locais. Esses tinham 5 dias (para contratos automáticos) e 10 dias (para contratos facultativos) para formalizar a aceitação total ou parcial de oferta, sendo o silêncio considerado uma recusa.

Passados os primeiros 3 anos da abertura, como não poderia deixar de ser, imperfeições e necessidades de ajustes surgiram, e a reação, totalmente errada na forma, no conteúdo e na força, foi a edição das Resoluções CNSP no 225 e 232.

3. Resoluções nº 224 e 225 do CNSP: um retrocesso

No fim de 2010, foram publicadas as Resoluções nº 224 e 225 do Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP). O impacto dessas novas regras, em razão tanto do conteúdo como do prazo para entrada em vigor e especialmente da forma como foram elaboradas, não poderia ter sido pior para a imagem do Brasil e do mercado de seguros e resseguros brasileiro.

A abertura do mercado brasileiro de resseguros foi um evento muito importante, tanto em nível nacional como global. E a forma como se deu, bem como os resultados, foram excepcionais, graças principalmente à capacidade e à dedicação da Superintendência de Seguros Privados (Susep) e à sua abertura para o diálogo como os agentes do setor privado.

Nesse contexto, o Brasil aproveitou o momento de grande exposição para mostrar ao mercado global de resseguros o amadurecimento de nossa estrutura de supervisão e regulação e mesmo do país como um todo.

Tal fato, juntamente com as perspectivas de crescimento econômico do Brasil, transformou o interesse do mercado internacional em ato e decisão de investimento. Assim, diversos resseguradores registraram-se no Brasil como

locais, admitidos e eventuais, gerando empregos e dinamizando o mercado de seguros.

Contudo, tudo isso foi severamente prejudicado pelas Resoluções CNSP nº 224 e 225, as quais, respectivamente, (I) vedaram a realização de toda e qualquer operação intragrupo de resseguro ou retrocessão com resseguradores domiciliados no exterior (posteriormente, a Resolução CNSP nº 232 estabeleceu um limite máximo de 20% para “cada cobertura contratada”); e (II) eliminaram o sistema de preferência, substituindo-o por uma reserva de mercado.

Sem entrar no mérito de sua legalidade, em face dos termos da Lei Complementar nº 126/2007, tais regras alteraram a estrutura básica da legislação que deu base ao planejamento e à constituição e registro de todos os resseguradores locais, admitidos e eventuais.

Além disso, tais mudanças, que não foram objeto de qualquer discussão com os agentes privados do mercado de seguros e de resseguros, passaram a ter efeito em menos de 4 meses após sua publicação.

Chegou a ser noticiado que se buscava evitar a realização de operações supostamente irregulares ou abusivas, tanto no que se refere às operações intragrupo como à oferta preferencial aos resseguradores locais.

Nesse contexto, se existiam operações que violavam a legislação, os agentes ativos dessas operações poderiam ter sido objeto de fiscalização por parte da Susep, que detém, para tanto, todos os instrumentos e poderes.

Por outro lado, embora se compreenda que a atividade de regulação pode estar sujeita a urgências e a uma dinâmica de discussão própria, é extremamente preocupante a edição de normas tão estruturais e com impacto praticamente imediato e sem qualquer discussão.

O resultado foi a perplexidade dos agentes privados e a quebra da segurança jurídica e da confiança que se estabelecera ao longo dos anos antecedentes.

Não se pode deixar de dizer que o mercado de resseguros vinha se consolidando também como instrumento de efetivo desenvolvimento do mercado de seguros. Isso com efeitos diretos sobre o valor que o seguro agregava à dinâmica da

economia, inclusive quanto ao oferecimento de capacidade, desenvolvimento de novos produtos, aumento de oportunidades de trabalho e qualificação dos profissionais que vinham sendo treinados, repatriados e trazidos para o país.

Tão grave quanto o método utilizado para a edição das normas em questão é a pouca clareza de seus objetivos.

Não se pode sequer imaginar que o objetivo era o benefício ao consumidor final de seguros, seja ele pessoa física ou jurídica, pequena ou grande. Isso porque o fim da preferência e sua substituição por uma reserva de mercado resultaram em aumento geral de custos para a indispensável colocação de riscos no exterior.

Se, por outro lado, a pretensão era a proteção do mercado local de resseguros, a proibição das operações intragrupo de retrocessão indicou incompreensão, por parte do governo, da atuação dos grupos globais que aqui se instalaram e/ou investiram mais intensamente nos últimos anos. Tais grupos confiaram nas regras anteriores, com base nas quais desenharam seus planos de negócios (previamente apresentados e aprovados pela Susep) e projeções de rentabilidade no longo prazo. Não faz sentido imaginar que as operações de retrocessão e resseguro desses grupos eram desconhecidas, abusivas ou de qualquer forma reprováveis, na medida em que foram permitidas justamente como incentivo à instalação e ao investimento deles aqui.

Não é demais lembrar que, embora o mercado brasileiro tenha enorme potencial, o peso da economia brasileira e, principalmente, da atividade de seguros e resseguros no mercado global ainda é pequeno, não se comparando, por exemplo, com o mercado chinês.

Logo, a estabilidade e a confiabilidade das regras são extremamente necessárias para a atração do capital e da capacidade internacional, sem os quais perdemos a capacidade de acelerar nosso desenvolvimento.

Obviamente, nada obstante as questões acima colocadas, o mercado de seguros sobreviveu. Contudo, como ocorreu diversas vezes em nossa história, perdemos a oportunidade de aproveitar seu potencial de crescimento, desenvolvimento e agregação de valor às relações econômicas em geral.

4. Resolução nº 325 do CNSP: uma tentativa de passo à frente

A publicação da Resolução CNSP nº 325, em julho de 2015 (que ratificou e ajustou a redação da Resolução CNSP nº 322) pode ser considerada uma tentativa de retorno da Susep à busca de racionalidade e segurança em suas ações.

Os limites para colocações de risco em operações intragrupo serão progressivamente aumentados. Até 31 de dezembro de 2016, o limite de 20% será mantido. Esse limite será aumentado para 30% a partir de 1º de janeiro de 2017; 45% a partir de 1º de janeiro de 2018; 60% a partir de 1º de janeiro de 2019; e 75% a partir de 1º de janeiro de 2020.

Além disso, a reserva de mercado foi substituída por um sistema dual de (I) uma oferta preferencial de 40% dos contratos para os resseguradores locais; e (II) a redução progressiva da reserva de mercado (40% até 31 de dezembro de 2016; 30% até 31 de dezembro de 2017; 25% até 31 de dezembro de 2018; 20% até 31 de dezembro de 2019; e 15% até 31 de dezembro de 2020).

Um elemento positivo claro é o estabelecimento de prazos longos de adaptação (4 anos), algo comum em mercados mais desenvolvidos e raramente adotado no Brasil.

Pode-se até duvidar da manutenção da norma ao longo de tantos anos e eventualmente enxergar aqui o risco de se tratar de medida cuja eficácia futura não foi a maior preocupação do regulador (mas tão somente a produção de uma "boa notícia").

De qualquer modo, acreditando que o objetivo da norma é realmente garantir uma transição suave entre o regime existente e as futuras regras, o estabelecimento de prazo tão excepcionalmente longo (para os padrões brasileiros) é, no mínimo, a tentativa de mudar nosso paradigma.

A redução da restrição às operações intragrupo é também elogiável. Conforme acima exposto, a restrição de 20% para operações entre companhias ligadas foi

uma tremenda quebra de expectativa e a possibilidade de aumento do volume e do valor das operações intragrupo é sem dúvida positiva.

Fica a crítica de que a manutenção da restrição no longo prazo, ainda que em percentual menor, mas incidente sobre cada cobertura, obriga as cedentes à manutenção de esquemas complexos de controle e colocação de risco no exterior. Mais um exemplo do chamado "custo Brasil", com o que não deveríamos nos acostumar e conformar. De qualquer forma, trata-se de cenário melhor do que o anterior.

O mesmo se pode dizer da redução da reserva de mercado. Se o regulador entende que a reserva de mercado não é positiva, nada obstante os seus piores efeitos tenham sido mitigados pela edição da Resolução CNSP nº 241 (que regulou situações de falta de capacidade e/ou interesse do mercado local para aceitação de determinados riscos), então o ideal teria sido eliminá-la.

A manutenção da reserva de mercado, em conjunto com a preferência (não podem ser eliminadas ambas, em razão do que dispõe a Lei Complementar nº 126), estabelece, entre tantos, mais um controle a ser mantido pelas cedentes brasileiras. Não é desprezível o custo associado a esses controles, tanto no que se refere à sua compreensão como à sua implementação e manutenção.

Vale notar ainda a incerteza quanto à forma de implementar a oferta preferencial, já que todas as regras existentes na primeira fase da abertura do mercado de resseguros, inclusive, por exemplo, condições para a oferta e prazo de resposta dos resseguradores locais foram revogadas pela Resolução CNSP nº 225 e não foram repristinadas pela Resolução CNSP nº 325. Isso criou o que pode ser considerado, em certos aspectos, um espaço de excessiva indeterminação.

Por fim, a criação de uma Comissão Consultiva no âmbito do CNSP com a finalidade de propor medidas voltadas a corrigir eventuais assimetrias entre a regulação brasileira de resseguros e as melhores práticas globais, independentemente dos resultados que vier a ter na prática, evidencia a intenção do regulador de escutar o mercado e respeitar suas instituições, particularmente a Federação Nacional de Empresas de Resseguros, constituída como resultado do novo ambiente regulatório trazido pela abertura do mercado de resseguros.

5. Conclusão

Entre aspectos positivos, negativos e dúvidas, a edição da Resolução CNSP nº 322 evidenciou a disposição da Susep e do governo de ajustar a legislação, corrigindo erros e avançando na implementação de regras para o mercado de resseguros compatíveis com a prática internacional, em especial promovendo uma maior abertura do mercado local.

Certamente, isso não será suficiente para, por si só, recuperar o grau de confiança e segurança existentes imediatamente antes da edição, no final de 2010, das Resoluções CNSP nº 225 e 232. Entretanto, pelo menos, trata-se de um primeiro passo e do aparente reconhecimento de que aquelas mudanças abruptas na direção do fechamento do mercado mereciam alguma espécie de revisão.

B. As novas resoluções do CNSP: legalidade e operacionalização

Maio/2011 e Julho/2011

Márcia Cicarelli Barbosa de Oliveira e Daniel Ferri de Menezes

Em dezembro de 2010, foram publicadas várias resoluções do Coelho Nacional de Seguros Privados (CNSP) tratando dos mais diversos temas, a maioria previamente discutida em audiências públicas. Duas delas, porém, eram desconhecidas do mercado de seguros e resseguros: as resoluções no 224 e 225, ambas modificando e/ou acrescentando dispositivos substanciais na Resolução no 168/2007, que regulamentou a Lei Complementar no 126/2007, marco da abertura do mercado de resseguros no Brasil.

Em suma, a Resolução CNSP no 224 vedou a transferência das operações intragrupo, enquanto a Resolução no 225 determinou a obrigatoriedade de contratação de 40% das cessões de resseguro com os resseguradores locais, ao mesmo tempo em que dispôs sobre a cláusula de controle de sinistro.

Diante da recepção negativa de tais normas pelo mercado nacional e internacional, seja no que tange à forma, seja em razão de seu conteúdo, o CNSP, em um primeiro momento, adiou o início de vigência da Resolução no 224, inicialmente previsto para 31/01/2011, a fim de que entrasse em vigor apenas em 31/03/2011, mesma data estipulada para a Resolução no 225.

Por fim, às vésperas da vigência prevista, o CNSP publicou a Resolução no 232, que revogou a Resolução no 224 (que sequer chegou a viger), substituindo a vedação total das operações intragrupo por uma transferência limitada a 20% do prêmio correspondente a cada cobertura contratada. Apenas os ramos de garantia, crédito interno, exportação, rural e riscos nucleares, estratégicos e dependentes de crescente capacidade do mercado não se submetem ao teto fixado.

As resoluções no 225 e 232 entraram em vigor em 31/03/2011, trazendo consigo uma maré de incertezas sobre sua legalidade e operacionalidade.

1. Resolução 225: obrigatoriedade de contratação

A Resolução CNSP no 225/2010 impôs à sociedade seguradora estabelecida no Brasil o dever de contratar com as resseguradoras locais pelo menos 40% de cada cessão de resseguro em contratos automáticos ou facultativos. O regime estabelecido pela Resolução no 168/2007 determinava a oferta preferencial por meio de consulta formal a um ou mais resseguradores locais, em procedimento de oferta e aceitação claramente especificado.

O fundamento do órgão regulador é o de que a Lei Complementar no 126/2007 lhe faculta definir, por meio de resolução, se os 40% de cessão de resseguro serão de contratação obrigatória ou de mera oferta preferencial ao ressegurador local, como até então praticado. Tal entendimento, porém, não parece se alinhar com uma interpretação lógica e sistemática do Artigo 11 da mesma lei, que traz a clara noção de que o cedente está obrigado apenas a formular a oferta de contratação, que somente se concretizará se o ressegurador local aceitá-la. Por isso, justamente, é que o texto da lei faz uso subsequente dos verbos "contratará" ou "ofertará", com o escopo de garantir que haja, no mínimo, a oferta preferencial. Daí a razão de ser do abrangente regramento previsto na Resolução no 168/2007 para dispor sobre a colocação da oferta preferencial no mercado, bem como para estabelecer padrões de conduta para que essa obrigação seja considerada como cumprida pelo cedente.

A intenção é que, de fato, haja contratação dos 40% com os resseguradores locais, mas, para que isso ocorra, estes devem aceitar ou não a cessão do risco nas condições ofertadas. Na ausência de aceitação, o dever do cedente se encerra com a oferta.

Além disso, é de se questionar sobre os impactos econômicos e operacionais de querer obrigar o cedente a contratar com um ressegurador local. O regime de oferta preferencial garantia a concorrência de preços e previa, como não poderia deixar de ser, a recusa do risco, em obediência aos princípios da livre-iniciativa, livre concorrência e isonomia de tratamento que regem a atividade econômica do país.

2. Resolução no 225: cláusula de controle a favor do ressegurador local

A Resolução CNSP no 225/2010 traz ainda dispositivo de considerável inocuidade, ao acrescentar um parágrafo único ao Artigo 39 da Resolução CNSP nº 168/2007, que previa a possibilidade de segurador e ressegurador estabelecerem cláusulas relativas à regulação de sinistros, deixando claro, porém, que não afetariam a responsabilidade da seguradora-cedente perante o segurado.

Já o parágrafo único acrescido pela nova legislação mostra-se incompreensível, ao assim determinar: “Os contratos de resseguro, automáticos ou facultativos, poderão prever cláusula de controle de sinistro a favor do ressegurador local, quando este detiver maior cota de participação proporcional no risco”.

O parágrafo acrescido, mais do que desnecessário, dá margem a interpretações que não se coadunam com a regra geral estabelecida no enunciado do Artigo 39, que não foi revogado. Liberdade contratual é a regra do resseguro, pois nele não há hipossuficiência dos contratantes. E o Artigo 39 da resolução CNSP no 168/2007 já previa a possibilidade de participação do ressegurador na regulação do sinistro.

Não há, assim, razão aparente para uma suposta necessidade de disciplinar a participação do ressegurador local na regulação do sinistro. Mas, com a nova redação do artigo, é possível interpretar que há uma restrição para a inserção de cláusula de controle de sinistro, quando o ressegurador local não detiver maior cota de participação proporcional no risco. Trata-se, todavia, de uma contradição com a regra estabelecida no enunciado, ou seja, de que é livre o acordo sobre a participação do ressegurador na regulação de sinistros, independentemente de ser local, admitido ou eventual, ou ainda do percentual de cessão de resseguro. Ademais, não há sentido criar uma restrição apenas para o ressegurador local, permanecendo a regra geral para os demais resseguradores.

Portanto, a solução é encarar a inserção do parágrafo como produção normativa atípica e supérflua, que não tem o condão de modificar a regra estabelecida no enunciado. Por vezes, a função regulatória do Estado diz menos do que deveria e, por outras, mais do que o necessário.

3. Resolução CNSP no 232/2011: limitações às operações intragrupo

A Resolução nº 232 permite as operações intragrupo até o limite de 20% do prêmio correspondente a cada cobertura contratada (com exceção dos ramos já mencionados acima).

O abrandamento da proibição é visto pelo mercado como um mal menor do que a vedação total, mas ainda gera dúvidas sobre a operacionalização. É que, justamente para cumprir a função de gerar capacidade ao mercado e de proteger os resultados das seguradoras, o resseguro assume diferentes formas de contratação, principalmente nos contratos automáticos (tratados), que vêm apresentando notável e positivo desenvolvimento desde a abertura do mercado. O cálculo do prêmio, portanto, não é uma operação simples, pois a precificação depende do tipo de proteção e do desempenho da carteira, entre muitas outras variáveis. Não há, por isso, um consenso sobre o que significa a expressão "cada cobertura contratada", o que em tese permite a adoção de critérios diferentes para o cumprimento do limite fixado.

4. Resolução CNSP no 232/2011: conceito de "empresas ligadas"

A conceituação de "empresas ligadas ou pertencentes a um mesmo conglomerado financeiro" é inserida e nomeada como "§ 5º" do Artigo 14 da Resolução no 168/2007. Mas, curiosamente, essa conceituação é desautorizada pelo parágrafo 2º do mesmo artigo, que prevê que a definição de "empresas ligadas" deve ser buscada em outras normas do CNSP, mais precisamente nas que dispõem sobre os critérios para a realização de investimentos pelas sociedades supervisionadas pela Susep, remetendo à Resolução no 226/2010.

Assim, temos agora duas definições diferentes (ainda que com certa semelhança) para empresas ligadas, fato que certamente causará dúvidas na aplicação do próprio limite estabelecido no parágrafo 4º. Como se não bastasse, a criação do parágrafo 5º passa ao mercado nacional e internacional a desagradável sensação de que o ente regulador sequer analisou a própria Resolução no 168/2007 quando se propôs a inserir-lhe alterações. Cria justamente a insegurança que se deveria evitar.

5. Resolução CNSP no 232/2011: dupla fiscalização

A Resolução CNSP no 232/2011 também cria uma forma alternativa (e inusitada) de patrulhar o mercado. Além do próprio ente regulador, os comitês de auditoria das sociedades seguradoras e resseguradoras locais, assim como os auditores independentes, deverão fiscalizar o cumprimento do limite de 20% de transferência do prêmio.

Cabem, então, algumas perguntas. Quais consequências sofrerão os auditores privados se o CNSP entender que não fiscalizaram o cumprimento do limite de 20%? Como se pode pretender responsabilizá-los se a expressão "cada cobertura contratada", sobre a qual incidem os 20%, já nasceu suscitando tantas dúvidas sobre seu significado e se não há consenso nem mesmo sobre a definição de "empresas ligadas"? É lícito impor essa obrigação ao ente privado, por meio de mero ato administrativo e não por meio de lei, como determina o Artigo 5, inciso II da CF? Não é do agente regulador a função de fiscalização, a ser exercida na forma da lei, como prevê o Artigo 174 da CF? O tema é extenso e sem dúvida muito discutível, mas, a priori, parece ilegal a atribuição pretendida pelo ente regulador.

6. Resolução CNSP no 232/2011: regras de incidência para as novas imposições regulatórias

Por fim, a Resolução CNSP no 232/2011 traz regras para a aplicação de suas limitações, bem como das limitações impostas pela Resolução CNSP no 225/2010. Em suma, dispõe que as novas regras serão aplicáveis aos contratos já em vigência quando de sua renovação ou a partir de 31/03/2012, o que acontecer primeiro.

Trata-se de um dos pontos mais polêmicos do novo regramento. Os contratos de resseguro, em especial os automáticos, muitas vezes têm vigência superior a um ano e/ou previsão de renovação automática. E os contratos celebrados antes do início de vigência das novas resoluções contam com a proteção

constitucional inerente à sua condição de ato jurídico perfeito. Imune, portanto, a lei posterior e, com maior razão, ao ato regulamentar editado após sua celebração.

7. Conclusão

Muita discussão terá lugar até que se chegue a um consenso sobre a aplicação das novas regras. O que se deve ressaltar é que a ambiguidade e a ilegalidade não poderiam permear instruções normativas que possuem tamanho impacto no mercado. A insegurança jurídica é sempre maléfica e prejudicial à sociedade como um todo.

Segundo consta no próprio site da Susep, o objetivo das novas resoluções é "fomentar o mercado local de resseguro". Argumenta-se que o mercado ressegurador local, em especial o IRB (cuja privatização foi recentemente anunciada), era prejudicado por práticas que buscavam burlar as regras então vigentes.

Todavia, o diálogo com a sociedade tornaria mais fácil, para todos, a obtenção dos desígnios pretendidos. Acima de tudo, permitiria a construção de texto normativo mais claro, estável e próximo à realidade dos governados. De toda forma, permanece aberto o caminho para que regulador e sociedade possam ampliar o debate sobre a normatização do resseguro, agindo de forma clara e transparente, pois somente assim haverá verdadeiro desenvolvimento da atividade seguradora e resseguradora no Brasil.

C. Cláusulas fundamentais em resseguro: conditions precedent, diferença entre o Direito inglês e o Direito brasileiro

Maio/2013

Márcia Cicarelli Barbosa de Oliveira e Thales Dominguez Barbosa da Costa

Para que a condição precedente tenha efeito similar àquele do Direito inglês, é necessário que a cláusula seja redigida de forma a explicitar com clareza as

obrigações a cargo da ressegurada e os efeitos decorrentes de seu eventual descumprimento.

A definição legal do resseguro é a de uma operação de transferência de riscos de uma seguradora-cedente para um ressegurador, de acordo com a Lei Complementar nº 126/2007. Essa lei, bem se sabe, foi a responsável pela abertura do mercado ressegurador depois de quase 70 anos de monopólio estatal do Instituto de Resseguros do Brasil (IRB-Brasil Re). A transferência de riscos processa-se de modo semelhante ao que ocorre na operação de seguro. A cedente paga um valor de prêmio de resseguro ao seu ressegurador, equivalente ao risco transferido. Mediante o pagamento desse prêmio, a seguradora transfere parte do risco ao ressegurador. Este último recebe o prêmio e garante seu capital por meio das mesmas operações de estatística e probabilidade praticadas nas operações de seguro.

Analisando essa relação, é possível identificar diversas funções no resseguro. Uma delas é a de aumentar a capacidade de retenção de riscos pelas seguradoras por meio da transferência de determinados riscos de forma isolada (em contratos facultativos) ou por carteiras e grupos de emissões (em contratos automáticos).

Outra função é homogeneizar as carteiras de operação das próprias seguradoras. Isso é feito de forma que, ao determinar critérios de tarifação de prêmio para cada tipo de resseguro, a resseguradora acaba por exigir que a seguradora adeque seus produtos para que possa encontrar cobertura ressecuritária, o que acaba culminando em uma maior padronização da oferta de seguros na origem.

Além disso, o resseguro visa ao compartilhamento de know-how e tecnologia de operação, já que a resseguradora, ao elaborar critérios de subscrição, demonstra às seguradoras como o mercado global lida com esses riscos.

Da análise prática e econômica da operação de resseguro é que decorre sua complexidade contratual. Para que a operação funcione, é necessário que a resseguradora se comprometa a indenizar o risco securitário que lhe foi cedido. De outra forma, toda a cadeia de cessão de riscos perderia sua base e a

seguradora tornar-se-ia insolvente, o que quebraria a relação de confiança entre seguradora e segurados e colocaria em cheque toda a operação securitária e ressecuritária.

Para que isso não ocorra, o contrato de resseguro é regido por princípios que garantem a indenização ressecuritária e reforçam a relação de confiança e boa-fé entre seguradora-cedente e resseguradora-cessionária. São os princípios de mercado chamados follow the fortune (seguindo a sorte) e follow the settlements (seguindo as condutas).

Nesse sentido, a resseguradora deve seguir a sorte (fortune) da seguradora-cedente e indenizar os sinistros a que esta se sujeite, respeitando e seguindo os atos de declínio ou aceite de cobertura (settlements) por parte da seguradora-cedente quando da análise das reclamações de sinistro e durante a tomada das decisões envolvidas no processo.

É nesse contexto que se inserem as conditions precedent (condições precedentes) no mercado de resseguros. Em contrapartida à confiança inerente aos princípios de seguir a sorte e a conduta das seguradoras-cedentes, os contratos de resseguro no mercado internacional (principalmente nas apólices subscritas no Reino Unido) preveem determinadas cláusulas que servem para salvaguardar a resseguradora de pagamentos ou negativas de sinistros em desacordo com os termos pactuados.

São cláusulas de notificação e controle ou cooperação no tratamento de sinistros, que exigem do ressegurado notificação de circunstâncias que possam dar origem a uma reclamação e à obtenção da anuência do ressegurador para a liquidação de sinistros. As mais comuns são as claims control e claims cooperation clauses (cláusulas de controle de sinistros e cooperação em sinistros). Na prática de mercado, tais cláusulas, quando alçadas à qualidade de condições precedentes à responsabilidade da resseguradora no âmbito de um contrato de resseguro, se inobservadas, podem ensejar o declínio da indenização ressecuritária.

A cláusula de controle de sinistros já é prevista em nosso ordenamento, ainda que não como condição precedente, no Artigo 39 da Resolução CNSP nº

168/2007 (com o acréscimo do parágrafo único por meio da Resolução CNSP nº 225/2010):

> Art. 39. Poderá ser prevista a participação do ressegurador na regulação de sinistros, sem prejuízo da responsabilidade da seguradora perante o segurado.
>
> Parágrafo único. Os contratos de resseguro, automáticos ou facultativos, poderão prever cláusula de controle de sinistros a favor do ressegurador local, quando este detiver maior cota de participação proporcional no risco.

O conceito de conditions precedent já está consolidado nos mercados internacionais, em especial no Direito inglês, segundo o qual a violação de uma condição precedente desonera automaticamente a resseguradora da obrigação assumida no contrato de resseguro, independentemente de ter ocorrido algum prejuízo pelo descumprimento de tal condição.

Entretanto, no Brasil, a despeito de diversos clausulados de contratos internacionais de resseguro já conterem tais disposições, a condição precedente não tem o mesmo efeito. Aqui, a análise quanto ao descumprimento de uma condition precedent pelo Poder Judiciário tende a ser resolvida em perdas e danos, de acordo com o prejuízo demonstrado, e não com a desoneração automática da obrigação assumida pela resseguradora.

Isso porque o Código Civil não contempla o conceito de "condição precedente", mas apenas o de condição suspensiva (os efeitos do negócio jurídico ficam suspensos até que ocorra a condição) e resolutiva (o negócio jurídico vigora até que esta se implemente), que não se confundem com a "condição precedente".

Para que a "condição precedente" tenha efeito similar àquele do Direito inglês, é necessário que a cláusula seja redigida de forma a explicitar com clareza as obrigações a cargo da ressegurada (notificação imediata do sinistro, envio de informação, concordância prévia para o pagamento ou negativa de indenização etc.) e os efeitos decorrentes de seu eventual descumprimento. Não basta, portanto, a simples inserção de tais obrigações como "condição precedente", como tem sido praticado pelo mercado.

Por fim, a efetiva compreensão desses institutos e dos motivos de sua adoção pela prática internacional de seguros e resseguros seria um estímulo ao crescente investimento de empresas estrangeiras em nosso país, com a reafirmação da segurança jurídica que esses conceitos imprimem aos contratos no âmbito global nesse ramo.

13. RISCOS

A. Porto Alegre: cidade de risco

Março/2014

Carlos Josias Menna de Oliveira

Os gauleses, na criação de Uderzo e Goscinny, tinham um único receio: que o céu lhes caísse na cabeça. Não, não é o nosso único receio, temos todos os receios, mas este é só o que nos falta.

Sabe-se que o seguro tem seu valor – o prêmio –, fixado por estudo atuarial que persegue medir o risco que será assumido pelo segurador. Muito se discutiu, e talvez aqui e ali ainda se discuta, a taxação "perfil" no seguro de automóvel, mas o fato é que todos os contratos são cobrados pelo perfil do segurado, diretamente vinculado a diversos fatores, como o objeto e o local. E a questão é singela, precisa: conforme o risco, maior ou menor, será o prêmio mais caro ou mais barato. Não há magia nem mistério, é assim que é e será. Nessa linha me deparo a refletir e me deparo com a situação bastante delicada da capital gaúcha.

Os assaltos em Porto Alegre se multiplicam geometricamente, com ou sem arma, com ou sem invasão de domicílios, com ou sem vítimas – feridas inclusive de morte (o que aumenta assustadoramente) e por toda a cidade. Dos mais modestos aos mais abastados. Dos simples cidadãos em paradas de ônibus, desimporta a idade e o sexo, aos mais luxuosos condomínios fechados. Roubam Lambreta (a do Damião, aquele atleta que gostava de fazer gracinhas, parece que também levaram...), Uno Mille e Porsche.

Os incêndios viraram uma constante. Incendiou uma boate na Independência, um hotel no centro da cidade, uma cobertura no luxuoso bairro da Bela Vista, pelo menos dois clubes de esportes e lazer e dezenas de estabelecimentos menores. Sem contar com operários soterrados em obra pública, mas esse já é um risco menor.

Quando chove, a cidade fica literalmente debaixo d'água, com carros boiando, casas e prédios alagados. Na última enchente, soube-se que no estado 120 mil

famílias ficaram desabrigadas, sem contar que a falta de energia elétrica e a queima de aparelhos eletrônicos virou pipoca na entrada e saída de cinemas – faz parte do show. Nesse recente episódio de chuvas, o poder público se entregou e revelou que as bombas de água da cidade estão esgotadas e vencidas há 10 anos e, por isso, não há como evitar a invasão aquática que nos submetem a cada tormenta.

Vendavais tornaram-se parte da semana tanto quanto a missa para quem é católico e a frequenta. É de lembrar a frase eternizada nos quadrinhos dos antológicos R. Goscinny, A. Uderzo, que atribuía aos gauleses um único receio: que o céu lhes caísse na cabeça.

Não, não é o nosso único receio, temos todos os receios, mas este era só o que nos falta.

Diante desses fatos indesmentíveis, fico me indagando até quando a capital gaúcha – que é, ou já foi tida, como a de melhor qualidade de vida do Brasil – irá suportar a manutenção de preços aceitáveis de riscos e garantias securitárias. Urge uma providência da administração pública. Ou vamos pagar logo ali mais esse preço.

B. Regulamentação e nichos mercadológicos

Março/2010

Dilmo Bantim Moreira

Já falamos anteriormente nesta coluna sobre os produtos securitários especiais, ou seja, focados na observação das necessidades de potenciais públicos-alvo. As necessidades securitárias advêm, usualmente, da percepção das empresas e das pessoas acerca da chance de perda de valores ou do desequilíbrio econômico provocado pela perda de alguém. Entretanto, há também atendimento a essas necessidades em função de exigências de ordem contratual e/ou legal. É sobre esta última abordagem que trataremos neste artigo.

Em 30/07/2009, foi publicada no Diário Oficial da União a Lei no 12.009, de 29/07/2009, que regulamenta o exercício das atividades dos profissionais em transportes de passageiros, mototaxista, em entrega de mercadorias e em serviço comunitário de rua, e motoboy com o uso de motocicleta, e dispõe sobre regras de segurança dos serviços de transporte remunerado de mercadorias em motocicletas e motonetas (motofrete), estabelecendo a regulação desses serviços.

De acordo com essa lei, a pessoa natural ou jurídica que empregar ou firmar contrato de prestação continuada de serviço com condutor de motofrete é responsável solidária por danos cíveis advindos do descumprimento das normas relativas ao exercício da atividade e da profissão. Além disso, os condutores que atuam na prestação do serviço de motofrete, assim como os veículos empregados nessa atividade, deverão estar adequados às exigências previstas nesta lei.

Claro que o dispositivo legal, além de regulamentar em âmbito federal a atividade, gerou a necessidade de pessoas e empresas que trabalham no segmento desenvolverem mecanismos para lidar com as consequências dos danos civis eventualmente provocados. Assim, o que antes era tratado

localmente por alguns sindicatos em função da existência de legislação municipal ou da ética responsável de empresas, agora deve ser administrado de forma mais contundente.

A existência de produtos de riscos pessoais especificamente desenvolvidos para as atividades econômicas do motofrete e mototáxi não são novidade no mercado securitário nacional, mas agora temos um cenário diferente e que exige o envolvimento dos players que o compõe, de uma forma mais ativa.

Temos então três grupos envolvidos profundamente nesse cenário:

Em primeiro lugar, o próprio governo, que deve atuar no sentido de fazer cumprir a lei, a qual é oportuna tanto no sentido profissional quanto social, protegendo os trabalhadores que atuam nesse segmento econômico e em suas ramificações, bem como as pessoas e empresas que utilizam esses serviços.

Em segundo lugar, o mercado de seguros, tanto por meio dos corretores, que devem atender as empresas e pessoas na intermediação e consultoria para a escolha de produtos adequados às necessidades de seus clientes, quanto por meio das seguradoras que operam no segmento e disponibilizam tais produtos.

Em terceiro lugar, mas não menos importante, a sociedade, que deve exigir o cumprimento dessa regra tão importante e, para isso, consumir serviços de empresas e de profissionais motociclistas que respeitem as suas obrigações, tanto no campo ético quanto no profissional e legal.

C. Subscrição de riscos pessoais

Novembro/2011

Dilmo Bantim Moreira

A subscrição pode ser definida como o conjunto de ações que envolvem seleção de riscos, desenvolvimento de suas condições contratuais, atribuição de preços e mensuração de resultados.

Por meio da subscrição pretende-se aplicar coberturas adequadas às apólices, especificar e acompanhar a padronização desenvolvida para a seleção dos negócios com os quais se pretende operar e buscar a manutenção da estabilidade do universo segurado com resultados que reflitam as projeções de lucro estimadas.

O subscritor tem por meta determinar as decisões quanto à seleção de risco por meio da análise de um conjunto de fatores que têm como ponto de partida os dados pessoais e econômicos dos seguráveis, a relação entre o objetivo do seguro e suas garantias, bem como entre capitais e prêmios relativos ao risco, determinando sua aceitação ou não.

Existem algumas definições básicas quanto às categorias de enquadramento do risco, sendo usualmente utilizadas as classificações de “declinado”, “agravado”, “normal ou padrão” e “preferencial”, sendo possível a aplicação de outras designações, bem como subclasses para cada uma destas, a critério de cada seguradora.

Excetuados aqueles riscos classificados como declinados (ou não aceitos), é também usual a aplicação de escalas de “pesos” aos riscos aceitáveis, por exemplo, aplicando-se peso 1 ao risco padrão e valores superiores a riscos que impliquem em maior probabilidade de ocorrência de sinistro, agravando-os de forma que possam ser aceitos, naturalmente observada a política de subscrição de cada seguradora.

O formato usual de subscrição utiliza informações obtidas por meio de propostas, formulários de análise de risco, exames e laudos médicos, bem como informações trazidas pela área comercial.

Com o passar dos anos e o acúmulo de experiência quanto aos diversos tipos de risco, passou-se a aplicar mais variáveis de medição na análise de aceitação/precificação dos proponentes, acrescendo-se à usual precificação por idade outros fatores, como índice de massa corporal (IMC), consumo de tabaco e sexo dos seguráveis.

Além dos fatores de análise já citados, deve-se determinar os fatores de incremento de mortalidade para os riscos, por exemplo, o estado de saúde e a funcionalidade de membros e órgãos e a prática de atividades que proporcionam maior exposição quanto à integridade física dos seguráveis.

Analisados todos os itens determinados previamente para a coleta de dados, determinar-se-á a exposição adequada segundo a tabela de classificação de riscos predeterminada pelo subscritor.

Atualmente, temos também a utilização do método da telesubscrição, que se vale de entrevistas aplicadas por meio telefônico, as quais são realizadas por intermédio de profissionais da área médica que passaram por processos de capacitação para execução desse tipo de análise, ressaltando-se que alguns países como França, Itália e Portugal já aplicam com sucesso a telesubscrição. Normalmente, esse método se adequa mais a produtos com aceitação simplificada.

Quanto menor for a prática sistemática da subscrição, maior será a sinistralidade, uma vez que se distorcerá ou não se proporcionará a adequada análise dos fatores de risco.

Assim, a subscrição adequada resulta na diminuição significativa dos riscos, na aplicação mais adequada dos prêmios, no aumento de competitividade e na melhora dos resultados das carteiras de riscos pessoais.

D. Só ter o seguro não basta

Julho/2014

Lucio Antonio Marques

“O principal objetivo do negócio deve ser ‘fazer negócios’”

(Professor P. Druker)

Em uma época em que o mundo vê acontecer uma série de catástrofes, climáticas ou não, lembro-me de que nas décadas de 1970-1980, para não ir mais longe, o mercado de seguros possuía ótimos técnicos que faziam as vistorias dos riscos e ao longo do tempo foram preteridos pela tecnologia cada vez mais rápida e facilitadora.

É evidente que os problemas de sobrevivência em determinado negócio não resultam somente da competição do mercado. Um sinistro que cause sérios prejuízos a uma fábrica, a um depósito ou até a um escritório pode tirá-lo do mercado permanentemente, pois quando você se recobrar o suficiente para voltar à produção, seus competidores podem ter-se apossado de sua faixa de mercado e criado uma barreira quase intransponível.

Portanto, na sobrevivência e também na mortalidade, o mercado de seguros usa tábuas que até pouco tempo eram só as americanas (AT49, AT83, AT2000 etc.), e hoje já temos, de forma incipiente, do meu ponto de vista, a tábua brasileira. Esse exemplo procura mostrar que um negócio qualquer, para sobreviver, precisa de muita coisa, principalmente no que concerne ao sinistro que afete seu negócio, pois, para taxar um risco é necessário ter uma avaliação preliminar do mesmo. Se no seguro de pessoas usam-se tábuas que permitem estimar a idade média, a sobrevivência e o risco do indivíduo, não é diferente nos grandes seguros de bens.

Se voltarmos, por exemplo, aos primórdios do século passado, o seguro industrial era bastante falho, sob diversos aspectos. Geralmente, as seguradoras

não faziam distinção entre os bons e os maus riscos. Uma indústria equipada com extintores, hidrantes e mangueiras era tratada da mesma forma que uma totalmente desprotegida. Além disso, havia uma precariedade na análise feita nos sinistros ocorridos em fábricas e não se determinavam suas causas. Quando aumentavam os sinistros, as taxas também subiam e a situação agravava-se com as crises de ordem financeira, já que os preços caíam e as indústrias fechavam.

Do meu ponto de vista, as seguradoras que cuidavam e ainda cuidam de grandes riscos não deveriam fornecer unicamente o seguro. Em primeiro lugar, elas deveriam oferecer um bem elaborado programa de prevenção de acidentes e, a partir daí, fornecer a proteção necessária. Entendo que essa seria a principal arma de defesa contra os grandes sinistros e as grandes catástrofes e, por via de consequência, a melhor maneira de ajudar os empresários a continuar fazendo negócios.

As seguradoras, portanto, deveriam montar seus departamentos técnicos com a possibilidade de classificar uma indústria ou um grande negócio como um risco altamente protegido, fazendo com que o segurado tenha certa tranquilidade contra sinistros que poderiam interromper sua produção e, por consequência, seu negócio.

O mercado segurador nunca se preocupou em formar técnicos especializados em prevenção de acidentes que pudessem fornecer uma vistoria completa dos bens de um cliente. Esses mesmos técnicos deveriam estar perfeitamente qualificados para aconselhar sobre novas obras, cooperar com arquitetos e engenheiros, com o setor de plantas e indicar os perigos em potencial. Poderiam indicar, antes da execução da obra, onde deveriam ser colocados os dispositivos de segurança. Após uma minuciosa vistoria, poderiam sugerir medidas que minimizassem os riscos em potencial. As taxas para calcular o prêmio, provavelmente, teriam um custo mais acessível. Com a nova regulamentação tornando obrigatória a autovistoria dos prédios com laudos técnicos de engenheiros, o mercado de seguros poderia fazer um acordo com a prefeitura e com o Corpo de Bombeiros visando ter acesso a esses laudos quando fosse

taxar um risco. O Corpo de Bombeiros poderia fornecer seus laudos de vistoria com as sugestões e pedido de providências para sanar as irregularidades. Isso seria um ganho no item segurança do risco e serviria de maneira eficiente para que as áreas técnicas do mercado pudessem taxar bem e sugerir mudanças aos segurados que estivessem contratando suas apólices.

Com base nos estudos técnicos e vistorias constantes, as seguradoras poderiam fornecer cobertura de contrato de risco, permitindo ao cliente receber os benefícios dos serviços de prevenção de acidentes, colaborando também na redução de acidentes do trabalho entre seus empregados.

Atualmente, com a velocidade crescente nas mudanças tecnológicas, vários produtos que não existiam, por exemplo, há 5 anos ou 10 anos podem mudar o perfil de coberturas e produtos. Com a abertura do mercado de resseguros e a privatização do IRB-Brasil Re, os resseguradores poderiam criar um sistema que beneficiasse a todos, tanto seguradoras, como segurados e resseguradoras, oferecendo meios de chegar a um custo real condizente com a cobertura feita e eliminar, portanto, as famosas divergências que ainda existem entre eles.

Hoje, cada vez mais empresas buscam o controle de qualidade e isso passa a ser fundamental na análise e uma fábrica ou indústria, pois até um depósito mal-acondicionado, com mercadorias empilhadas muito alto, poderia atrapalhar o funcionamento de splinkers, ocasionando um sinistro de grandes proporções.

Da mesma forma que na área de pessoas, falta um centro de estudos científicos que analise todas as formas de sobrevivência, hoje cada dia maiores. Estude os genomas e formas cada dia mais amplas e que permitem cada vez mais uma sobrevida, que deverá chegar a mais ou menos 3 milhões de pessoas com idade superior a 100 anos de vida em 2050. A área de bens poderia, em esforço conjunto dos resseguradores, das seguradoras, da Associação Brasileira de Gerência de Risco, criar um centro de estudos, pesquisas e investigação das causas de grandes sinistros e catástrofes e contribuir no desenvolvimento de equipamentos de proteção e segurança que beneficiem a todos os envolvidos e, principalmente, clientes, minimizando custos e, em consequência, as taxas aplicadas. O mercado mudou amplamente nos quesitos precaução, vistoria e

análise do risco, pois deixou de usar técnicos especializados na área de seguros. Tenho ouvido reclamações constantes de corretores de que o atendimento que tem sido feito pelo mercado está cada dia pior e isso é ruim para todos, então, precisamos mudar para melhorar este negócio que se chama Sua Excelência, “O Seguro”.

14. SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS

A. Barato e providencial: o seguro de acidentes pessoais

Julho/2011

Dilmo Bantim Moreira

Como uma das modalidades mais simples de seguro de pessoas, mas não por isso de menor importância, temos o seguro de acidentes pessoais (ou simplesmente AP).

O objetivo desse tipo de seguro é garantir ao segurado ou aos beneficiários o pagamento do capital segurado ou custeio de tratamento médico, limitado à importância segurada e coberturas contratadas, em decorrência de evento coberto, podendo o âmbito da cobertura abranger desde determinado local até todo o globo terrestre.

É importante ressaltar que esse tipo de seguro difere do seguro de vida, porque neste o evento é certo (morte), enquanto o evento gerador de pagamento de capital segurado no seguro de acidentes pessoais decorre da incerteza ou aleatoriedade (acidente). Além disso, também não se pode confundir o seguro de acidentes pessoais com o de acidentes do trabalho (AT), porque neste há cobertura para doenças profissionais, e no AP, não. Além disso, o seguro de AT é obrigatório, e o AP é de contratação facultativa, exceção feita aos casos de sua inserção em dissídios coletivos ou exigência contratual.

Desenvolvido atualmente em duas modalidades, o coletivo (ramo 82 – APC) e o individual (ramo 81 – API), sua origem data de tempos muito antigos.

Registros históricos apontam sua primeira aplicação por volta de 4500 a.C. no baixo Egito, época em que, dada a importância de solução de continuidade das monumentais construções do período, foi criada uma espécie de fundo para os trabalhadores de pedras para atender as ocorrências acidentais envolvendo esses indivíduos.

Com o advento da Revolução Industrial, os países criaram legislações para proteger os trabalhadores, tendo a Alemanha e a Inglaterra se destacado nessa época.

No caso da Alemanha, o Estado bismarckiano pretendia ser o grande árbitro de todos os conflitos, por isso as leis começaram a tratar dos acidentes pessoais trabalhistas, obrigando as empresas a se responsabilizar pelos operários. Aí nasceu a primeira legislação do mundo a respeito da invalidez no trabalho.

Na Inglaterra, a regulamentação consolidou-se com o objetivo exclusivo de cobertura para o transporte de pessoas em linhas ferroviárias.

No Brasil, sua regulamentação surgiu em 1954, pelas portarias 19/1954 e 25/1954 do antigo Departamento Nacional de Seguros Privados e Capitalização (DNSPC), adaptado à realidade brasileira pela Circular Susep no 43/1968, de 21/11/1968, alterada pela Circular Susep no 29, de 20/12/1991 e, mais recentemente, pela Circular Susep no 302/2005.

A definição de acidente pessoal, em termos securitários, é bastante específica, sendo que o enquadramento de uma situação como tal deve observar que o evento gerador tenha data caracterizada, seja exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte ou a invalidez permanente, total ou parcial, do segurado, ou que torne necessário tratamento médico.

Inclui-se no conceito de acidente pessoal o suicídio, ou sua tentativa, que será equiparado para fins de pagamento do capital segurado a acidente pessoal, observada a legislação em vigor; os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto; os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores; os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

Por outro lado, não são considerados acidentes pessoais as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, os estados septicêmicos e as embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto; as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto; as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: lesão por esforços repetitivos (LER), doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho (DORT), lesão por trauma continuado ou contínuo (LTC) ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como invalidez acidentária, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal.

Além disso, hérnia, aborto e suas consequências e choque anafilático, quando não resultantes diretamente de acidente pessoal, não são cobertos, bem como as despesas de acompanhantes; estadas de convalescença (após alta médica); órteses de qualquer natureza e próteses permanentes, salvo pela perda de dentes naturais.

As coberturas passíveis de aplicação, nos termos da legislação atual desse tipo de seguro são: morte acidental, invalidez permanente por acidente (total e/ou parcial), diárias por incapacidade, despesas médicas, hospitalares e odontológicas e, ainda, diárias por internação hospitalar. Pode-se, ainda, combinar as diversas coberturas com os mais variados tipos de serviços, bem como com sorteios por meio de títulos de capitalização, tornando o produto mais atrativo em termos de comercialização.

O seguro de acidentes pessoais tem diversas aplicações, garantindo desde participantes em exposições, feiras e eventos (esportivos, culturais etc.),

passando por seguros de empresas, classes trabalhistas e até hóspedes e pessoas em períodos de viagem, entre outras situações, podendo ser contratado por períodos de vigência extremamente flexíveis.

Em 2010, o seguro de APC obteve bom desempenho, registrando crescimento de 18,08% (9,58 pontos percentuais acima do crescimento do seguro de vida em grupo) e movimentando R$ 2,5 bilhões no período. Em janeiro deste ano, o seguro de API registrou R$ 27,5 milhões em prêmios de seguros, com expansão de 31,5% em relação aos R$ 20,9 milhões arrecadados no mesmo período do ano anterior.

15. SEGURO DE PESSOAS

A. Oportunidades em seguros para pessoas

Janeiro/2013

Dilmo Bantim Moreira

Examinada a disponibilidade de produtos securitários, nota-se que as seguradoras têm se esmerado na orientação no sentido da inovação, seja em resposta a necessidades legais, seja em função de oportunidades oriundas de novos ou renovados segmentos mercadológicos.

O grupo de seguros abrangidos pelos riscos pessoais (excluídos o VGBL e o PGBL) contabilizou lucro líquido agregado de R$ 840 milhões no primeiro semestre de 2012, ou seja, 23% acima do resultado do mesmo período do ano anterior.

As aplicações em planos de previdência complementar atingiram aproximadamente R$ 15 bilhões no primeiro trimestre de 2012, significando esse montante 26% a mais que o volume do mesmo período de 2011.

O faturamento do primeiro semestre das empresas de capitalização chegou a R$ 9,2 milhões, com elevação de 19,5% sobre o mesmo período de 2011.

No seguro-saúde, o crescimento real projetado do número de beneficiários em planos coletivos e individuais em dezembro de 2012, em comparação com dezembro de 2011, é de mais de 13%.

As atividades do setor securitário em riscos pessoais, previdência complementar, capitalização e saúde no mercado nacional cada vez mais atentam às necessidades específicas de sócios, empregadores, empregados e funcionários.

Estudos apontam que a decisão pela aquisição de seguros nas famílias e destinados à proteção da continuidade de estudos dos filhos, de vida e/ou acidentes pessoais dos responsáveis pela manutenção financeira dos lares, para

cuidados odontológicos, previdência complementar e saúde são resultado, principalmente, da decisão das mulheres.

É importante ressaltar também que, no universo empresarial, a representatividade da contribuição salarial feminina rivaliza com a contribuição masculina. Ante tal mercado potencial, produtos especiais destinados ao público feminino abrangem desde as mais usuais coberturas do seguro de vida até situações especiais como ocorrência de alguns tipos de câncer e, ainda, variados tipos de serviços, entre eles convênios com spas, salões de beleza, clínicas estéticas, brindes e outros tipos de complementos.

Não nos esqueçamos do público masculino, que (para apaziguar eventuais ciúmes) também tem produtos disponíveis e que foram desenvolvidos com base em características específicas de interesses e risco.

Neste ponto, vale aparte para um comentário sobre uma recente decisão da Corte de Justiça Europeia determinando que empresas seguradoras cobrem taxas idênticas no seguro de automóvel para homens e mulheres.

É importante lembrar que a instituição do seguro tem como balizador primordial de sua atividade a análise dos riscos, não se confundindo isso com qualquer princípio discriminador ou antagonista ao tratamento igualitário de gêneros. Assim, taxas de risco são resultados de criteriosos processos de observação e medição, tendo seus resultados aplicados de acordo com cada situação específica segurável, e não para benefício intencional e deliberado de uns em detrimento de outros.

De forma geral, em referência a produtos diferenciados, encontramos ricos exemplos de capacidade criativa e pioneirismo. Há disponibilidade de seguros para situações que, em muitos casos, são tratadas como não aceitáveis, por exemplo, seguros para diabéticos e para pessoas na terceira idade. Ainda como exemplos, mas sem exaurir a multiplicidade de opções diferenciadas, há oferta de seguros para perda de certificado de habilitação de voo e, ainda, para casais homossexuais.

Se observarmos as oportunidades disponíveis junto às empresas e corporações, os benefícios securitizados, cada vez mais, são componentes de estratégias

para atração e retenção de profissionais, sem que se relegue a segundo plano o atendimento a determinações para contratação de seguros inseridas em acordos sindicais ou o atendimento de necessidades específicas de contratos de trabalho.

Ainda em relação a necessidades securitárias do universo das relações profissionais, podemos citar como exemplo produtos voltados às atividades de motofrete e de mototáxi, as quais, dado o crescente caos rodoviário urbano, têm se desenvolvido progressivamente e demandado auxílio que a indústria securitária pode garantir.

O segmento da previdência complementar, incluindo-se neste os planos correlatos ao PGBL e VGBL, contribuem fortemente para o universo dos produtos destinados às pessoas, seja por meio de contratação empresarial coletiva, seja por meio de aquisição de forma particular, gerando reservas multimilionárias que contribuem significativamente não só para o reforço das necessidades no período de aposentadoria dos profissionais, mas também fazendo circular investimentos em toda a cadeia de valor do mercado financeiro e produtivo.

Ainda que não agregue situações de proteção a riscos seguráveis, a atividade da capitalização, com seus diversos tipos de títulos, comercializada de forma conjunta ou separada de seguros, cada vez mais tem agradado os consumidores desse tipo de produto, tanto pela capacidade de oferecer sorteios como pela variedade de aplicações, por exemplo, substituindo a figura do fiador no aluguel de imóveis.

O segmento de seguros orientado à saúde está virtualmente inserido em todos os planos de benefícios das empresas, seja por força de acordos sindicais, para a melhoria da qualidade de vida de colaboradores, seja com a intenção de reter talentos.

A estabilização econômica e a formalização do mercado de trabalho são fortes elementos criadores de oportunidades comerciais e impulsionadores desta atividade.

Em conjunto com a atividade de seguros, há de se notar, também, a presença constante dos serviços assistenciais, considerando em seu grande universo de opções desde aqueles mais tradicionais, como serviços orientados a funerais e cestas básicas, passando por programas de descontos na aquisição de medicamentos, até tipos mais complexos como assistência residencial, segurança no lar, auxílio a estudantes e segunda opinião médica, entre outros.

O espaço para crescimento, de acordo com diversos especialistas em análise de mercado, ainda é bastante grande. A inovação na criação de produtos por meio de análise de segmentação das necessidades securitárias e reconhecimento do potencial dos públicos-alvo, a criatividade na comercialização/distribuição, assim como a formação continuada dos integrantes da indústria securitária no campo técnico e comercial por meio de formação profissional específica são imprescindíveis para o aproveitamento das oportunidades.

16. SEGURO DE RESPONSABILIDADE CIVIL

A. Responsabilidade civil profissional do advogado, seus efeitos indenizatórios e a reparação pelo seguro

Novembro/2012

Auri Luiz de Morais Rodrigues

Este tema reveste-se da máxima importância porque a profissão de advogado exige progressivamente mais informações gerais e jurídicas, mais atualizações, conhecimentos crescentes das novas relações sociais, de informática e outros, além da dependência da capacidade, do talento e da honestidade de terceiros.

Os riscos da profissão, em decorrência de erros no seu exercício, avolumam-se diante da progressiva procura por reparação, em razão de que a população vem compreendendo que tem direitos e precisa exercê-los, motivados pela Constituição Federal do Brasil, de 1988; pelo Código de Defesa do Consumidor, de 1990; e pelo Código Civil, de 2002, que modificaram o quadro anteriormente vivido, enfatizando seus direitos fundamentais.

Nesse contexto, sobressai o seguro de responsabilidade civil a amparar o profissional do Direito no seu andar cotidiano lidando com demandas jurídicas de seus clientes e exposto ao risco de erros humanos que todos podem cometer.

Esse seguro visa à proteção do advogado, seus clientes e terceiros. Seu objeto é reembolsar o segurado das quantias pelas quais vier a ser responsável civilmente em sentença judicial transitada em julgado ou em acordo autorizado de modo expresso pela seguradora, relativas às reparações por prejuízos involuntários causados a terceiros e decorrentes de erros e omissões cometidos pelo segurado no exercício da profissão de advogado ou consultor jurídico, exclusivamente.

Os corretores de seguros são importantes na divulgação dessa proteção de largo uso nos EUA e na Europa. Para tanto, precisam desviar um pouco seu foco de comercialização dos ramos automóveis, vida, residências ou outros com os quais se acostumaram.

Os clientes de RC profissional, ao considerarem as características do contrato que oferece retroatividade de cobertura ao início do primeiro contrato, além da nova vigência oriunda da renovação, ficam ligados ao seu corretor por um elo longevo, o que pressupõe que realizarão seus demais seguros com o mesmo profissional.

Como resultado desse esforço, o cliente fica bem atendido e o corretor amplia sua clientela e projeta o seguro, de forma positiva e necessária, na sociedade brasileira.

B. Eventos seguros

Julho/2013

Dilmo Bantim Moreira

Quando o realizador de um evento executa os preparativos para sua ocorrência, seja ela voltada a acontecimentos profissionais, sociais ou esportivos, tem sempre em mente que tudo irá transcorrer na mais perfeita ordem e segurança. Seu objetivo é propiciar aos participantes o máximo aproveitamento da ocasião, garantindo-lhes segurança e que ninguém, inclusive ele mesmo, seja prejudicado por qualquer situação negativa. Contudo, sabemos que todo evento oferece riscos.

A natureza de tais situações, em sua grande maioria, pode ser prevista e relaciona-se a organizadores, agências, projetistas, fabricantes, expositores, promotores, montadores, patrocinadores e participantes. No entanto, a responsabilidade da eventual ocorrência de riscos atua sobre os organizadores, que, além da responsabilidade sobre a execução do evento em si, devem ter em vista aquelas atreladas aos riscos decorrentes do exercício dessa atividade.

Para a minimização dos efeitos negativos da ocorrência dos riscos, pelo menos três tipos de seguro devem fazer parte da lista de obrigações securitárias, observada a determinação de coberturas e importâncias seguradas adequadas, caso a caso. São eles: seguros de responsabilidade civil, patrimonial e de acidentes pessoais.

Os profissionais do segmento de eventos têm consciência do fato de que, ainda que todas as providências possíveis sejam tomadas, imprevistos podem acontecer. Alguns exemplos recentes podem ilustrar isso:

- Em janeiro de 2012, uma greve de policiais quase impediu a realização do Carnaval de Salvador.
- A falta de iluminação no estádio Bicentenário, em outubro de 2012, obrigou ao cancelamento da partida de futebol entre Brasil e Argentina.

- O Corpo de Bombeiros interditou a festa de formatura dos alunos de Administração da Universidade Estadual de Minas Gerais, em fevereiro de 2013.

Há, ainda, situações que, apesar de menor impacto coletivo, podem gerar prejuízos consideráveis, como problemas na realização de cerimônias de casamento e outros eventos sociais.

Em São Paulo, está em vigor a Lei no 11.265/2002, que instituiu no estado a obrigatoriedade de cobertura de seguro de acidentes pessoais coletivos em eventos artísticos, desportivos, culturais e recreativos com renda resultante de cobrança de ingressos, abrangendo as pessoas jurídicas ou físicas. A lei tipifica como evento, entre outros: exibições cinematográficas, espetáculos teatrais, circenses e de dança, parques de diversão (inclusive temáticos), rodeios e festas de peão boiadeiro, torneios desportivos e similares, realização de feiras, salões e exposições.

Como exemplo do norteamento que se dá ao assunto, já foi aprovada pela Comissão de Constituição e Justiça, em setembro de 2012, e está tramitando a votação de lei que determina a obrigatoriedade de seguro privado em grandes eventos em todo o território nacional. A proposta determina a contratação da cobertura de responsabilidade civil por pessoas físicas ou jurídicas que promovam eventos recreativos, artísticos ou culturais nos quais haja cobrança de ingresso, com o objetivo de ressarcir eventuais danos ao público.

Outro exemplo de situação que exige a cobertura securitária está contido no Código Nacional de Trânsito, especificando que são de contratação obrigatória coberturas para os espectadores de evento e para o patrimônio público que está sendo utilizado pelo organizador.

Como se pode deduzir, a organização de eventos abrange diversos tipos de responsabilidades, envolvendo seus organizadores, fornecedores de equipamentos e alimentos, espaço físico e eventuais atrações incorporadas a este, além de outros fatores.

Longe de caracterizar-se como mero gasto adicional, a contratação do seguro adequado demonstra a atitude responsável, a observância às leis e o respeito à

própria atividade profissional do organizador, bem como aos patrocinadores, colaboradores e ao público participante de eventos.

C. Aspectos relevantes do seguro de responsabilidade civil

Julho/2010

Voltaire Marensi

1. Origem dessa modalidade de seguro

Segundo o relato dos doutrinadores versados em sede de contrato de seguro, um dos primeiros casos de seguro de responsabilidade civil foi o de abordagem. Essa era uma figura do direito marítimo que, no dizer do professor Raul Varela, consistia no “choque de dois navios no mar”.

O saudoso jurisperito Pontes de Miranda aduz que nos contratos de seguro em caso de incêndio costumava-se inserir a cláusula de seguro da indenidade ao locatário, ao locador ou aos vizinhos.

Donati diz que o seguro contra a responsabilidade civil tem uma origem recente, estando os primeiros gérmens ligados com o seguro marítimo. Afirma, outrossim, “que os seguros de responsabilidade civil surgem em princípio do século passado na França e Inglaterra (responsabilidade civil – tráfego de veículos de tração animal) e se ampliam mais tarde na Alemanha e em outros países, por riscos sobre o trabalho industrial, aos transportes ferroviários, à responsabilidade profissional e, por último, à circulação automobilística e aérea”.

O Brasil teve sua primeira regulamentação sobre responsabilidade civil com o Decreto nº 2.681, de 07/12/1912, que disciplinou a matéria das estradas de ferro, embora nossa legislação tenha-se filiado nesta seara à teoria do risco, desenvolvida na França por Josserand. No Brasil, o instituto da responsabilidade civil, salvante o disposto no Artigo 788 do Código Civil de 2002, caput, que cuida dos seguros legalmente obrigatórios, a responsabilidade subjetiva ou culpa aquiliana é consagrada também no caput do Artigo 787 desse diploma legal, ao dizer que o segurador garante o pagamento de perdas e danos devidos pelo segurado a terceiro. O Código Civil de 1916 não contemplou, de modo expresso, em nenhum de seus artigos que tratou desse instituto, o seguro da responsabilidade civil.

De lege ferenda, o substitutivo apresentado pelo deputado Leandro Sampaio ao Projeto de Lei nº 3.555, de 2004, que “estabelece normas gerais de seguro privado e revoga disposições em contrário”, em tramitação na Câmara dos Deputados, sob análise da Comissão Especial, “abre” um capítulo específico que cuida do tema nos artigos 104 a 108 de uma maneira mais minudente do que a atual legislação inserta em nosso Código Civil, que versa esta matéria na Seção II, sob o título “Do seguro de dano”.

2. Definição

Para José de Aguiar Dias, encontramos a sua definição no direito pátrio, referindo-se ao Código Civil anterior de 1916, adaptando o Artigo 1.432 daquele diploma legal nos seguintes termos:

> Seguro de responsabilidade é o contrato em virtude do qual, mediante o prêmio ou prêmios estipulados, o segurador garante ao segurado o pagamento da indenização que porventura lhe seja imposta com base em fato que acarrete sua obrigação de reparar o dano.

Atualmente, essa definição está expressamente prevista nos artigos 787 e 788 do Código Civil de 2002.

A garantia é a tônica dessa definição, cuja subsunção legal arrosta a condicionalidade e a álea como elementos principais de sua característica.

Camilo Viterbo formula uma definição, que denomina de “provisória”, assim exposta: “O seguro da responsabilidade civil (haftpfichtverzicherung – assurance de la responsabilité civile) é aquela espécie de seguro na qual o segurador se obriga a indenizar o segurado do dano patrimonial que este sofra como consequência legal de uma responsabilidade civil – não penal – em que haja incorrido”.

É, de início, a seu juízo, uma definição imprecisa. Já Vivante usa por demais a expressão “seguro contra o risco locativo”, tratando-se de um verdadeiro e próprio seguro de responsabilidade civil.

Para os clássicos da responsabilidade civil Mazeaud e Tunc, o seguro de responsabilidade “é um contrato pelo qual o segurador se compromete a garantir o segurado contra as reclamações das pessoas com respeito às quais poderia ser exigível a responsabilidade desse segurado e contra as resultantes dessas reclamações, em troca do pagamento, pelo segurado, de uma soma fixa e antecipada, o prêmio, devido geralmente por vencimentos periódicos”. E arrematam: “Formam, assim, parte dos seguros contra danos, que garantem o segurado contra os riscos que ameaçam seus bens ou sua fortuna”.

Nesse pensar, a análise acurada de Savatier, muito bem lembrada por Sílvio Rodrigues, “se consegue evitar que o dever de indenizar faça do responsável uma outra vítima”.

3. Seguro de responsabilidade civil e seus efeitos jurídicos no novo Código Civil

O seguro de responsabilidade civil, como já me referi alhures, está inserto no novo diploma material dentro da Seção II, “Do seguro”, que cuida do seguro de dano, especificamente no Artigo 787, que dispõe: “No seguro de responsabilidade civil, o segurador garante o pagamento de perdas e danos devidos pelo segurado a terceiros”.

Da exegese desse tipo contratual se dessume que:

> O interesse exposto ao risco de imputação de responsabilidade civil não decorrente de dolo do segurado, trate-se de responsabilidade civil contratual, trate-se de responsabilidade civil aquiliana, pode ser objeto mediato do contrato de seguro. (TZIRULNIK; CAVALCANTI; PIMENTEL, p. 132)
>
> No que toca, entretanto, à cobertura de responsabilidade civil facultativa, sustentável quer nos parecer, no dizer de Ricardo Bechara Santos, a recusa sem maiores indagações, de modo que as vítimas dos danos causados pelo veículo, materiais ou pessoais, sejam suportados por quem diretamente os causou, no caso aquele que o conduzia, sem qualquer relação de preposição com o segurado.(SANTOS, 2006, p. 307)

De outra banda, honrado pelas citações doutrinárias a mim dirigidas pelo ilustre ex-ministro José Augusto Delgado, em sede de seguro de responsabilidade civil, diz o emérito doutrinador:

> Lembra, ainda, Voltaire Marensi, ob. cit., p. 344, que, para Mazeaud e Tunc, o "seguro de responsabilidade civil é um contrato pelo qual o segurador se compromete a garantir o segurado contra as reclamações das pessoas com respeito às quais poderia ser exigível a responsabilidade desse segurado e contra as resultantes dessas reclamações, em troca do pagamento, pelo segurado, de uma soma fixa e antecipada, o prêmio, devido geralmente por vencimentos periódicos. E arrematam: formam, assim, parte dos seguros contra danos, que garantem o segurado contra os riscos que ameaçam seus bens ou sua fortuna. (DELGADO, 2004, p. 563)

Vale dizer, via de regra, enquanto os prejudicados não reclamam os danos, o segurado não poderá pleitear o pagamento da indenização junto ao seu segurador. É um seguro com beneficiário indeterminado que se determinará quando houver o pagamento da indenização prevista na apólice. Por outro lado, não mais se questiona como outrora o debate que envolvia a licitude, ou não, deste instituto jurídico. Todos sabem que, quando da elaboração do Código Beviláqua, se questionava da possibilidade de se dar cobertura a um ato ilícito, pois se o seguro de responsabilidade civil visava acobertar atos danosos praticados pelo segurado estes não seriam atentatórios à ordem jurídica? A doutrina à época acabou por pacificar que se estes atos não fossem resultantes de dolo de quem o praticou, a cobertura seria plenamente aceita pelo Direito. Tal entendimento perpassou no tempo e hoje está corporificado no Artigo 762 do novo Código Civil, que preceitua: "Nulo será o contrato para garantia de risco proveniente de ato doloso do segurado, do beneficiário, ou de representante de um ou de outro".

Assim, forte nessa linha de conduta, o legislador ao disciplinar o instituto, disse que o seguro de responsabilidade civil garantirá o pagamento de perdas e danos devidos pelo segurado a terceiro. É inquestionável nesta ótica que a garantia se refere a culpa em sentido estrito, não abarcando o dolo do segurado.

Picard et Besson, renomados tratadistas franceses na área securitária, afirmaram “que o seguro de responsabilidade civil é um seguro de danos, não de uma dívida”.

A garantia coberta neste seguro se limita ao valor fixado na apólice de seguro resultante do negócio jurídico subjacente no contrato.

Antes da abordagem dos parágrafos do Artigo 787 do Código Civil de 2002, que tratam dos procedimentos que o segurado deve tomar quanto à sua seguradora, é conveniente que se ressalte que estes são cópias do que já preveem os códigos estrangeiros mais modernos ao tratarem desse instituto jurídico.

O primeiro parágrafo do caput deste dispositivo legal diz: “Tão logo saiba o segurado das consequências de ato seu suscetível de lhe acarretar a responsabilidade incluída na garantia, comunicará o fato ao segurador”.

Exige o código que o segurado dê ciência de seu ato danoso ao seu segurador visando minimizar os riscos e suas consequências daí advindas. Esta atitude objetiva permitir que a seguradora, de posse das informações de seu segurado, possa avaliar melhor a extensão do risco e suas consequências.

Impende sublinhar que este entendimento encontra-se adequado com a leitura do segundo parágrafo deste artigo (787 do CC), quando determina: “é defeso ao segurado reconhecer sua responsabilidade ou confessar a ação, bem como transigir com o terceiro prejudicado, ou indenizá-lo diretamente, sem anuência expressa do segurador”.

Este dispositivo coíbe que o segurado reconheça sua culpa. Uma hipótese que ocorre com frequência, na prática, diz respeito em matéria de acidente de trânsito quando o segurado se diz culpado, diretamente, perante o terceiro ou preenche boletim de ocorrência policial neste sentido. Da mesma forma, quando paga os danos resultantes de seu ato ilícito, sem ciência de sua seguradora. Todas essas situações, sem conhecimento prévio da seguradora, agravam, teoricamente, o risco previsto no contrato de seguro.

O parágrafo terceiro, em exame, que se comenta, preceitua: “intentada a ação contra o segurado, dará este ciência da lide ao segurador”.

A dicção deste dispositivo legal não carece de maior exegese. Assim, caso o terceiro se volte, de imediato, contra o causador do dano – o segurado – caberá a este dar conhecimento da demanda, sem tardança, ao seu segurador.

Por fim, no último parágrafo deste dispositivo legal, isto é, no quarto, se lê: “Subsistirá a responsabilidade do segurado perante o terceiro, se o segurador for insolvente”.

Nesta hipótese legal preconiza o legislador que a insolvência, rectius, a falência da seguradora não isentará o causador do ato ilícito perante o terceiro prejudicado. E isto por uma fácil compreensão, de vez que a quebra do segurador não pode pôr cobro a uma situação resultante de um ato autônomo ocorrido entre partes distintas, vale dizer, segurado e terceiro. Cuida-se de res inter alios que em nada prejudica o vitimado pelo evento danoso.

No segundo e último dispositivo do Código Civil de 2002, que disciplina o seguro de responsabilidade civil, isto é, Artigo 788, o legislador assim se exprimiu: “nos seguros de responsabilidade legalmente obrigatórios, a indenização por sinistro será paga pelo segurador diretamente ao terceiro prejudicado”.

Significa dizer que, nos casos previstos no Decreto-Lei no 73, de 21 de novembro de 1.966, Artigo 20, que tratam dos seguros obrigatórios, a indenização será paga diretamente pelo segurador ao prejudicado, sem necessidade que o segurado causador do sinistro participe “da negociação” da indenização do terceiro prejudicado. Aliás, esta redação está plasmada, atualmente, no caput do Artigo 788 do nosso Código Civil. Uma vez mais, se poderá exemplificar com o seguro automóvel, quando por intermédio do seguro DPVAT a seguradora indeniza a vítima, diretamente, sem necessidade da participação do segurado, ou até mesmo de seu advogado.

No entanto, duas rápidas colocações se fazem presentes neste caso exemplificado, isto é, do seguro DPVAT. Uma diz respeito à falta de conhecimento da população na liquidação deste sinistro, aliado ao fato de que parte significativa da frota de veículos nacionais não paga o prêmio malgrado ele esteja imbricado com as quotas do IPVA. Esses fatores dificultam o pagamento da indenização a milhares de vítimas mutiladas em acidentes de trânsito, embora

o STJ entenda que a indenização, mesmo assim, será devida. A outra mais gritante, mas, certamente, não a última causa de perplexidade na sistemática deste seguro, refere-se ao pequeno montante da indenização coberta por este tipo securitário. As indenizações, quer em caso de morte ou de atendimento médico-hospitalar ficam bastante aquém dos sofrimentos das vítimas. Certamente tudo isto é uma questão que envolve um aspecto político-cultural, que deverá ser mais conscientemente considerado pela autoridade pública afetando a área de atuação dessas atividades do mercado securitário.

Por fim, o comentário que se faz diz respeito ao parágrafo único do Artigo 788 do Código Civil de 2002, que reza, verbis:

“Demandado em ação direta pela vítima do dano, o segurador não poderá opor a exceção de contrato não cumprido pelo segurado, sem promover a citação deste para integrar o contraditório”.

Pela leitura e redação do dispositivo acima transcrito, o legislador consagra de vez a possibilidade, algumas vezes objeto de acessos debates jurisprudenciais, da ação direta do terceiro contra a seguradora do segurado causador do ato ilícito. É verdade que o Egrégio Superior Tribunal de Justiça já vinha admitindo em sede de seguro de responsabilidade civil a ação do terceiro prejudicado contra a seguradora que o segurado tinha seu contrato de seguro. Tal situação expressa ipsis verbis pelo novo estatuto material coloca uma “pá de cal” em qualquer entendimento, que outrora ensejava algum tipo de discussão acadêmica. Certamente, trata-se de uma conquista pretoriana que acabou incorporada pelo legislador civilista.

Dessarte, a ação direta da vítima contra o segurador abrevia o iter processual com célere prestação jurisdicional, fazendo com que os prejudicados obtenham uma mais pronta indenização pelos danos sofridos. Assim, mesmo quando o segurado por hipótese deixa de pagar uma prestação do prêmio (que é sua contraprestação para receber a indenização do seguro), o terceiro vitimado não ficará ao desamparo da ordem jurídica. Caberá, neste caso, apenas como procedimento processual à seguradora quando acionada promover a citação do

segurado, em caráter de litisconsórcio necessário, a fim de integrar o contraditório na demanda da vítima contra o segurador.

Questão interessante que tem ocorrido na prática, com relação a ação direta movida pelo terceiro contra as partes – segurado e segurador – diz respeito à possibilidade, ou não, de o terceiro vitimado aforar ação indenizatória com caráter de solidariedade contra ambos.

Note-se que o instituto da solidariedade faz com que do lado passivo dois devedores estejam equiparados no mesmo grau de corresponsáveis pela obrigação assumida perante um ou mais credores, ex vi legis, Artigo 275 do Código Civil de 2002. Em outras palavras, seria possível que o terceiro pudesse pleitear o pagamento de uma dívida oriunda de um ato ilícito, do segurado e do segurador no mesmo plano de angularidade processual? Acredito que isso não seja possível, de vez que a indenização a cargo do segurador estará adstrita aos termos do contrato, vale dizer, dentro dos limites previstos na apólice de seguro. Assim, se o terceiro prejudicado tiver seu veículo totalmente destruído em razão de um ato danoso praticado pelo segurado, poderá aquele aforar, solidariamente, uma demanda contra o causador e seu segurador? A questão posta, a meu juízo, sofre restrições de vez que a seguradora só estará obrigada a reembolsar – garantir – os danos dentro do limite contratual previsto na apólice de seguro, nada mais do que isto, sob pena de exceder o que se contratou. Ao azo, calha à espécie o exemplo colacionado por Theotonio Negrão, ao comentar o Artigo 783 do Código Civil, assim exposto:

> p. ex., segurado por R$ 500,00 (quinhentos reais), bem de valor equivalente a R$ 1.000,00 (mil reais), sua perda pela metade ensejará o pagamento de indenização equivalente a R$ 250,00 (duzentos e cinquenta reais) (NEGRÃO, 2010, p. 248).

4. Licitude do seguro de responsabilidade civil

Uma das grandes preocupações da doutrina era saber se o seguro de responsabilidade civil encontraria condenação no Código anterior. O novo diz: “Nulo será o contrato para garantia de risco proveniente de ato doloso do

segurado, do beneficiário, ou do representante de um ou de outro" (Artigo 762, Código Civil de 2002).

O emérito Clóvis Beviláqua entendia que não era necessário que o próprio objeto fosse ilícito, bastaria apenas o risco tomado. Aguiar Dias ressalva que nem ele nem Carvalho Santos tiveram em vista o seguro de responsabilidade. Daí não terem esclarecido o problema que agora enfrentamos: os atos ilícitos cujas consequências não podem ser seguradas, por disposição que aplica ao seguro o princípio geral do Artigo 166, II, do novo Código Civil, abrangem o ato ilícito definido no Artigo 186 do mesmo Código?

Registre-se que, no passado, houve entendimento no sentido de encarar o seguro de responsabilidade civil como atentatório da ordem pública e da moral. Havia, certamente, confusão entre a culpa em sentido estrito e as consequências advindas desta.

O seguro da responsabilidade civil, porém, vai acobertar os danos ocasionados a terceiros sempre que houver culpa stricto sensu do segurado. O dolo, excepcionalmente, também tem cobertura quando o ilícito é perpetrado por terceiro não segurado, dando azo à sub-rogação por parte da seguradora até quando aquele ato doloso tenha sido causado pelo cônjuge do segurado, seus descendentes ou ascendentes, consanguíneos ou afins, tudo como se dessume da leitura do § 1º do Artigo 786 do atual Código Civil.

A culpa em sentido estrito, na definição de Enrico Altavilla, origina o dano derivado de uma conduta ilícita, contrária às normas genéricas da vida civil, que se poderá chamar de "culpa aquiliana". Aliás, esse preceito acha-se no caput do Artigo 186 do nosso novo Código Civil, verbis: "aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito".

A redação do dispositivo legal precitado provém do Artigo 1.382 do Código Napoleônico, que, na opinião dos doutos, coloca como básica a exigência expressa da caracterização de uma violação injusta ou ilícita de quem o pratica, tal como o fez o direito alemão.

Sílvio Rodrigues observa de modo diverso, quando diz: “seria preferível que o preceito não usasse a expressão ‘violar direito’, e seguisse, desse modo, mais de perto, a regra do Artigo 1.382 do Código Civil francês, onde o legislador brasileiro certamente se inspirou”.

A responsabilidade que se pode segurar – diz mestre Pontes de Miranda – “é a do ato culposo (não doloso) da pessoa segurada, ou a de fato, ou de ato-fato de outrem, culposo ou doloso, ou de animal. Somente não é segurável responsabilidade do segurado por fato oriundo de dolo”. Hoje, atendendo expressamente a dicção do atual Artigo 762 do nosso Código Civil.

A responsabilidade derivada de multas impostas ao segurado, bem como as despesas de qualquer natureza, relativas a ações ou processos criminais, são riscos excluídos, conforme se depreende das condições gerais deste seguro. Nesse diapasão se inclina o Direito francês, embora os autores que comentam a matéria não vislumbrem obstáculo à inclusão, nas apólices de seguro, de uma cláusula de defesa do segurado na esfera penal.

Mazeaud e Tunc dizem “que se assegurar não é tão-só prever a própria culpa e descarregar-se dela por antecipação, mas prever ao mesmo tempo a sua insolvência e garantir-se frente a ela e aos eventuais credores”. Essa modalidade de seguro tem um domínio muito importante – a cobertura das responsabilidades nascidas das diversas atividades humanas, sobretudo profissionais. Por isso, afirma Mazeaud, “o seguro de responsabilidade, ato de prudente previsão, não choca com a ordem pública”.

Merece um lugar à parte a menção de que os países desenvolvidos já estão dando cobertura aos seguros nucleares (inclusive o Brasil), bem como contra os riscos da poluição de qualquer espécie em sede de seguro ambiental, que não é objeto destes comentários.

5. Caracterização do seguro de responsabilidade civil

Henoch D. Aguiar, citado por Aguiar Dias, recorda que dá lugar ao nascimento da obrigação do segurador não a ocorrência de um fato fortuito ou de força maior,

mas a superveniência de acontecimento incerto, previsível, e, por isso mesmo, evitável, o que não importa afirmar que o caso fortuito ou de força maior (imprevisível e, se possível, inevitável) não possa constituir a fonte da obrigação do segurador, ex vi legis, Artigo 393 do Código Civil atual.

É Pedro Alvim quem adverte: “No seguro, p. ex., de responsabilidade civil o segurado fica à mercê da vítima ou de seus beneficiários; enquanto estes não reclamam os danos, nada poderá fazer aquele para pleitear o pagamento do segurador”.

A situação acima caracterizada não encontra casuísmos nos seguros de vida, vez que, incerta quanto à data, é certa com o decurso do tempo, constituindo-se um fato jurídico a morte do próprio segurado.

6. Seguro de responsabilidade com objeto determinado e com objeto indeterminado

O seguro de responsabilidade civil garante o patrimônio do segurado. Assim, para Picard e Besson, “o seguro de responsabilidade civil é um seguro contra danos, e não de uma dívida”. O dano causado no patrimônio do terceiro afeta diretamente o do autor, que, na hipótese da não existência de seguro, terá de pagar uma soma com base em ato ilícito perpetrado por ele ou seus dependentes.

Segundo a classificação dos seguros privados apresentada por Pedro Alvim, em sua monografia O contrato de seguro, a responsabilidade civil faz parte integrante dos seguros de danos, os quais, conforme Mazeaud, dividem-se, também, segundo seu objeto em: a) determinados; b) indeterminados. Picard e Besson elucidam a questão dizendo

> que o próprio seguro de responsabilidade civil pode ter o objeto determinado. Aventam a cobertura do detentor, no caso, segurado, em razão da coisa que estiver em sua posse e que deveria ser restituída ao seu proprietário, vindo, oportunamente, a se perder ou deteriorar. Exemplificam com o locatário, o destinatário e o transportador.

Mas aqueles tratadistas reconhecem dizendo:

> os mais importantes dos seguros de responsabilidade civil são os objetos indeterminados, porque não se tem apreciação, visto que não se conhecem as pessoas ou os bens aos quais o segurado causará eventualmente um dano e, consequentemente, torna-se impossível avaliar o montante exato da responsabilidade passiva.

Ilustram com a responsabilidade do vizinho em caso de incêndio, a do motorista e os seguros de responsabilidade profissional.

7. Cláusulas permitidas e cláusulas proibidas

A cláusula de não reconhecer responsabilidade tem, segundo Pontes de Miranda, de ser considerada em duas espécies: a) cláusula de não reconhecer fora de juízo; b) cláusula de não reconhecer em juízo, aliás, hoje, expressamente prevista no § 2º do Artigo 787 do Código Civil de 2002.

A primeira, em resumo, seria o seguinte: ninguém tem o dever de dizer a verdade. Alega-se que tal cláusula atentaria com a moral e a ordem pública. Ao segurador caberá o ônus de provar que tal reconhecimento importou em seu prejuízo.

Quanto à cláusula de não reconhecer em juízo, entende o saudoso jurisperito "que a ninguém é lícito proibir à pessoa não dizer a verdade perante a Justiça, principalmente, quando, agora, há expressa disposição legal".

Este problema (o de não reconhecimento de culpabilidade) suscita alguma controvérsia na legislação alienígena. O antigo Artigo 52 da Lei de 1930 do Código de Seguros francês, alterado com o advento da Lei nº 81-5, de 07/01/1981, no Artigo L. 124.2, estabelece: "O segurador pode estipular que nenhum reconhecimento de responsabilidade, nenhuma transação, em que não tenha intervido, lhe serão oponíveis".

Neste diapasão colhem-se excertos do Code des Assurances, nos comentários a esse dispositivo legal, notadamente no item 3, sob o título "Sanction Légale":

> L' inobservation par l 'assuré de la clause prohibant la reconnaissance de responsabilité entraîne l' inopposabilité à l' assureur de cette reconnaissance. En effet, selon la Cour de cassation "Une telle

> reconnaissance ne peut produire aucun effet à l' encontre de l'assureur" si elle a été contractuellemente prohibée" (Cass. 1 re civ., 12 mars 2002, n° 98-22.434: Juris-Data n° 2002-013484; Bull. Civ. 2002, I, n°83)
>
> (Code des Assurances, Commenté sous la direction de Bernard Beignier et Jean-Michel do Carmo Silva, LexisNexis, Litec, 2008, Deuxiéme Édition, p. 97).

Na opinião dos autores franceses Picard et Besson e Yvonne Lambert-Faivre, essa cláusula não deve ser interpretada equivocadamente, ou seja, o reconhecimento da materialidade de um fato não pode ser encarado como reconhecimento da responsabilidade. Assim não entendem Mazeaud et Tunc, afirmando que reconhecer os fatos materiais é, às vezes, reconhecer necessariamente a própria responsabilidade. Porém, em um ponto todos são uníssonos, quando afirmam que essa cláusula não poderá referir-se a atos de humanidade, como o fato de levar a vítima a uma farmácia ou a um hospital e entregar a ela certa soma para os primeiros cuidados, ou informar-se sobre o seu estado. São os conhecidos atos de caridade, que remontam às raízes do cristianismo.

No Direito italiano, Donati assevera a não existência de uma proibição expressa, desde que seja facultada ao segurador a possibilidade de averiguar o andamento da lide.

8. Crítica ao atual sistema

Via de regra, todas as modalidades concernentes ao seguro de responsabilidade civil acentuam que nos riscos cobertos

> esta cobertura garante, até o limite máximo de garantia contratada, o reembolso ao segurado das quantias pelas quais vier a ser responsável civilmente em sentença judicial transitada em julgado ou em acordo autorizado de modo expresso pela seguradora, relativas a reparações por danos involuntários, corporais ou materiais causados a terceiros ocorridos durante a vigência da apólice decorrente de acidentes

Com referência ao aspecto do reembolso, houve manifestação de Viterbo, asseverando:

> frente ao texto das apólices que usam a expressão de ‘reembolso’ ou a de ‘pagamento’, não há mais que um remédio: interpretar estas expressões não com respeito a seu significado literal, senão tendo em vista o que acontece, porque não poderia ser de outro modo a intenção das partes.

Nesse sentido, estribado em Ascarelli em nota de rodapé, acrescenta: “o termo ‘reembolso’, usado pelo segurador na apólice, não exclui que haja dano ressarcível e obrigação do segurador de pagar a indenização antes de que o segurado tenha pago”.

As condições gerais desse seguro – ora objeto de apreciação –, não guardam, na verdade, uma perfeita sintonia com o vigente Código Civil italiano, que, em seu Artigo 1.917, alínea 2ª, estabelece a outorga de faculdade ao segurador, mediante prévia comunicação ao segurado, de pagar diretamente ao terceiro prejudicado as indenizações devidas, estando obrigado ao pagamento direto se o segurado requerer.

Não se pode, preleciona Elcir Castello Branco, no Direito brasileiro, afirmar a existência de regra jurídica que permita ao segurador pagar diretamente, ou ao terceiro pedir tal pagamento, como prevê o Código Civil italiano no artigo supramencionado. Porém, na prática, esse item, em parte, já constitui letra morta, vale dizer, uma vez que o segurado se declare culpado à seguradora, em processo administrativo, com a posterior constatação desta assertiva pela companhia, caberá a ela (seguradora) efetivar, de imediato, a indenização diretamente ao terceiro prejudicado (vide item anterior).

Na esfera judicial, a sistemática é distinta. Pontes de Miranda, tecendo comentários a este respeito, declara que

> a cláusula vedativa de transação com o terceiro é permitida (hoje, admitida com anuência expressa do segurador, como se viu alhures), porque de certo modo retiraria ao segurador o seu direito de entrar na lide e poder o contraente transigir com o terceiro a respeito da liquidação da sua dívida.

De modo nenhum, obtempera o saudoso mestre, “se pode argumentar, como faz Vittorio Salandra, com a afirmação de que se trataria de disposição de coisa alheia”.

“Tratando-se de uma inovação da lei processual civil – discorre Pedro Alvim – os comentaristas não se entenderam sobre seu alcance”. A verdade é que os nossos magistrados deferem a denunciação da lide, com fulcro no nº III do Artigo 70 do CPC. Essa, no entanto, não era a opinião do saudoso Celso Agrícola Barbi, em seus Comentários ao Código de Processo Civil (1ª ed.), verbis:

> Ora, no caso do seguro, a seguradora não cedeu ou transferiu qualquer direito ao denunciante. Apenas se obrigou a indenizá-lo, em caso de ser ele constrangido a pagar prejuízo a outrem. Não existe, portanto, o direito de garantir que, normalmente, justifica a denúncia da lide; por esses motivos, entendemos que a norma do nº III não se aplica ao segurado que for acionado, pela vítima, para pagamento de quantias por dano que causou. Não é ele obrigado a denunciar a lide à companhia onde se segurou para a hipótese de ocorrer aquele pagamento.

Todavia, a denunciação à lide deverá decidir somente a relação jurídica existente entre as partes contratantes. Se o julgador prolatar sentença que envolva, diretamente, o terceiro com o segurador, exacerbando o valor estabelecido na apólice de seguro em detrimento do segurado, penso ser cabível a ação rescisória, com fundamento no Artigo 485, V, do CPC.

Do mesmo modo, a meu sentir, a expressão “involuntariamente”, consignada nas condições gerais da apólice de seguro, verbia e gratia, em sede de responsabilidade civil – guarda de veículos de terceiros –, é desnecessária. Assim entendo, pois a garantia do pagamento de perdas e danos devidos pelo segurado a terceiros é coberta até mesmo em virtude de atos dolosos que os dependentes ou prepostos do segurado venham a ocasionar, significando, em última análise, na opinião de Aguiar Dias, o dolo ou culpa do próprio segurado. Hoje, aliás, como se disse em atenção à redação do § 1º do Artigo 786 do atual Código Civil.

Neste tópico, por derradeiro, cabe salientar que, quanto à cláusula de não revelar o seguro, as legislações dos diversos países estão perfeitamente sintonizadas no sentido de que se trata de matéria superada. Para Donati, essa cláusula desapareceu com o advento do Código Civil italiano. Viterbo a considerou inadmissível.

Quanto à transmissão de documentos, o tema é também pacífico no direito alienígena, inclusive com prazo de entrega prefixado. No Direito francês é de cinco dias, orientação seguida pelas companhias seguradoras brasileiras.

9. Relação entre segurado-seguradora e segurado-terceiro

Na interpretação do jurista chileno Alfredo Prieto Bafalluy, existem duas relações jurídicas diferentes que envolvem o contrato de seguro. Uma entre o segurador e o segurado, cujas regras norteadoras são: a) a da responsabilidade contratual; b) as estipulações expressas das partes; e outra entre o segurado e terceiro, sendo esta regida pelas normas aplicáveis à responsabilidade extracontratual.

Um mesmo fato, um só evento, faz que entrem em jogo as normas da responsabilidade contratual entre segurador e segurado e as da responsabilidade extracontratual entre segurado e terceiro. Poder-se-á dizer, invocando Sílvio Rodrigues, que, enquanto o Artigo 186 disciplina genericamente as consequências derivadas da responsabilidade aquiliana, o Artigo 389 do Código Civil cuida dos efeitos resultantes da responsabilidade contratual. Este jurista, com apoio em Henri e Léon Mazeaud, esclarece:

> Na hipótese contratual, antes de a obrigação de indenizar emergir, existe, entre o inadimplente e seu cocontratante, um vínculo jurídico derivado da convenção; na hipótese da responsabilidade aquiliana, nenhum liame jurídico existe entre o agente causador do dano e a vítima, até que o ato daquele ponha em ação os princípios geradores de sua obrigação de indenizar.

Ao ensejo, no encarte “Direito do Consumidor”, datado de 21 de junho de 2010, no que tange ao seguro de responsabilidade civil de automóvel, publicado no Correio Brazilliense, em reportagem assinada por Naiobe Quelem, existe

> o entendimento de que a relação de consumo ocorre somente entre a seguradora e seu cliente. Portanto, os terceiros não podem usufruir dos direitos estabelecidos para os segurados, como por exemplo a livre escolha da oficina ou até mesmo a possibilidade de levar o carro a uma concessionária. No entanto, essa falta de normas mais rígidas para o cumprimento da cobertura por responsabilidade civil acaba por fragilizar o próprio segurado. Afinal, quando o terceiro não é atendido a contento, ele entra com uma ação contra o motorista que provocou o dano, ou seja, o consumidor que contratou o seguro com cobertura para terceiros, segundo o entendimento de José Geraldo Tardin, do Instituto Brasileiro de Estudo e Defesa das Relações de Consumo.

Na oportunidade dessas colocações, cabe o registro de um Projeto de Lei que tramita na Câmara dos Deputados sob o nº 2.607/2007, a ser analisado pela Comissão de Constituição e Justiça, que tem a seguinte redação:

> Art. 1º. É assegurado aos contratantes de seguros de automóveis o direito de escolha da oficina mecânica que prestará os serviços de reparos, em caso de sinistro do veículo objeto do seguro, desde que o valor do serviço não ultrapasse o orçamento de oficina credenciada pela seguradora".
>
> Art. 2º. Será considerada não escrita qualquer cláusula contratual que disponha em contrário ou que de alguma forma restrinja o direito estabelecido no art. 1º.

Afinal, em verdade, a diferença substancial existente entre o seguro de responsabilidade civil e o de danos é que neste se configura uma relação jurídica só entre segurado e segurador, ao passo que no seguro de responsabilidade civil a indenização é paga tendo em vista a lesão a um terceiro prejudicado pelo segurado.

10. Obrigações do segurado

As obrigações do segurado, no seguro de responsabilidade civil, obedecem aos preceitos gerais dos artigos 787 e 788 do Código Civil de 2002, salvantes algumas particularidades ínsitas neste contrato de seguro.

Uma das obrigações básicas, se não a principal, consiste no pagamento do prêmio. Sobre esse assunto já nos manifestamos alhures, na RT 551/288, lembrando, destarte, algumas colocações ali expendidas:

> Tirante melhor apreciação, a eficácia, nesta modalidade de seguro (no caso, automóvel), só se aperfeiçoa com o pagamento do prêmio. Antes, o segurado terá, somente, expectativa de direito, e não direito adquirido, conforme a melhor doutrina, inclusive esposada pelo mestre Pontes de Miranda: 'Se a condição suspensiva vem a falhar, lembra Giorgio que é justa a aplicação deste princípio: actus conditionalis, defecta conditione, nihil est. Falha a condição, não há obrigação; o contrato é como se não tivesse existido'

Essa teoria encontra apoio legal no Artigo 763 do novo Código Civil, embora haja, dependendo de caso concreto, decisões divergentes do STJ, particularmente quando se cuida do cumprimento substancial da obrigação.

Com amparo em Pontes de Miranda, acentuei: "o contrato de seguro é contrato consensual: conclui-se com o só encontro das manifestações de vontade dos figurantes. A prestação do prêmio é o adimplemento – portanto, ato de execução; e não de conclusão do contrato".

Adverte Montessori, de outra banda, referido na esplêndida obra de Trajano de Miranda Valverde, que cumprir o contrato é uma declaração de vontade unilateral, que não necessita, portanto, de aceitação da outra parte. Basta que chegue ao conhecimento do contraente in bonis. Não depende de forma especial e irrevogável.

Na acurada observação de Pedro Alvim:

> [...] a resolução do contrato de seguro não importa qualquer indenização para o segurador, e sim a devolução de parte do prêmio pago antecipadamente. Não havendo, pois, aumento de despesas para a massa, só excepcionalmente o síndico cancelará os seguros, feitos geralmente pelo prazo de um ano. E finaliza: o segurador, todavia, é obrigado a manter o contrato, ainda que não se interesse por sua manutenção, por entender que a falência venha a agravar o risco com as alterações administrativas da empresa segurada. Preconiza a

solução adotada pelo direito francês: o direito de resolução das partes contratantes.

Por sua vez, a angariação de risco constitui um problema crucial para as seguradoras, que, via de regra, terão o ônus de provar em juízo para se libertarem de pagar a indenização estipulada ao segurado. Tal circunstância é figurada por Viterbo quando o risco é agravado de um modo anormal e não previsível. Seria, no exemplo por ele previsto, a aplicação à máquina segurada de um compressor que multiplicasse a sua potência, ou o anormal abandono no estado dos freios.

A comunicação à seguradora, dentro do prazo de quinze dias (item 3º) da data do seu recebimento, de qualquer reclamação que se relacione com o sinistro também é prevista na novel legislação francesa, isto é, no Artigo L. 113.2 (antigo Artigo 15, Lei de 1930), conforme foi anteriormente aduzido.

A ciência à seguradora da contratação ou de cancelamento de qualquer outro seguro referente aos mesmos riscos previstos neste contrato é uma obrigação do segurado, vez que aquela participa na indenização, na razão direta entre a importância segurada a seu cargo e a soma das importâncias seguradas de todos os seguros existentes. É a aplicação da regra da contribuição proporcional, prevista nas condições gerais do seguro de responsabilidade civil.

11. Obrigações do segurador

A obrigação principal do segurador já foi exposta no decorrer deste trabalho, ou seja, o reembolso da indenização devida à vítima pelo segurado, respeitado o limite máximo de responsabilidade da seguradora por sinistro ou série de sinistros resultantes de um mesmo evento, assim como o total máximo indenizável por este contrato de seguro.

É evidente que o segurado poderá ter sofrido outros danos. Mazeaud, exemplificando, lembra a possibilidade de o segurado ter sido perseguido pela vítima ante os tribunais e condenado nas custas. A hipótese referida, bem como o pagamento de honorários de advogado nomeado de acordo com a seguradora estão a cargo desta, salvo pacto em contrário, observando, no entanto, sempre

o limite máximo de responsabilidade. Ao revés, se a vítima nada reclama do segurado, o segurador não poderá estar obrigado a pagamento algum.

O prazo previsto para o pagamento da indenização devida pela seguradora ao segurado é de quinze dias, a contar da apresentação da sentença transitada em julgado, ou de acordo extrajudicial com o terceiro prejudicado, seus beneficiários e herdeiros, desde que exista, evidentemente, a prévia anuência daquela. Esse prazo não é peremptório, mas pode acarretar consequências de ordem material ao segurador, tais como a propositura da ação de ressarcimento pelo segurado visando à cobrança judicial da dívida despendida, acrescida de todas as cominações legais, a partir do prazo acima previsto. Cabe, outrossim, o pedido de danos morais como vem entendendo o egrégio STJ, a teor do Artigo 772 do Código Civil de 2002, que trata da “mora do segurador”. A legislação francesa também prevê idêntico prazo, como acima se ressaltou, para o cumprimento do reembolso da obrigação.

12. Ação direta de terceiro contra o segurador

Ascarelli afirma que o problema da posição do terceiro no seguro de responsabilidade civil em geral e em especial o da ação direta do terceiro contra o segurador seria um dos mais graves de quantos se trata nesta matéria.

Segundo Camilo Viterbo, é um problema em torno do qual se escreveu mais na França e Itália nos últimos tempos.

A dúvida perpassa quando se perquire da eventual possibilidade de a vítima prejudicada ingressar diretamente em juízo contra a seguradora que detém uma relação contratual com o autor do ato ilícito.

A doutrina e a jurisprudência brasileiras, assevera Teresa Ancona Lopes de Magalhães, na Enciclopédia Saraiva do Direito, estavam totalmente divididas quanto a esse aspecto. Autores como Aguiar Dias e Wilson Melo da Silva eram totalmente favoráveis a essa ação direta; outros, como Martinho Garcez Neto, Márcio Moacyr Porto e Andrade Figueira, negavam à vítima esse direito.

Como já se viu, esta matéria está, hoje, superada com o advento do parágrafo único do Artigo 788 do Código Civil de 2002.

Dessarte, apenas como registro histórico-doutrinário, adicionam-se abaixo as teses que foram desenvolvidas em relação à possibilidade, ou não, da ação direta de terceiro contra a seguradora do segurado que vitimou ou lesou terceiro prejudicado.

Na doutrina estrangeira, Camilo Viterbo posicionou-se radicalmente contra a ação direta. Eis algumas de suas razões:

> a) Uma coisa é ter um privilégio sobre um crédito – se é que se pode falar de privilégio neste sentido – e outra é ter o direito de reclamar diretamente o pagamento ao devedor.
>
> b) O seguro de responsabilidade civil não é um seguro a favor de terceiros.
>
> c) É necessário dizer que o direito de pagar o terceiro corresponde para o segurador só dentro dos limites da quantidade máxima.

É J. G. de Andrade Figueira (RT 139/440) quem afirma que, de uma maneira geral, pode-se dizer ser ela inadmissível. Entre vítima e seguradora, continua ele, não existe qualquer vínculo contratual. Nem se trata de uma estipulação em favor de terceiro, uma vez que o segurado não contrata em benefício da vítima, e sim para resguardar-se das consequências civis, patrimoniais, que possa sofrer por ter causado dano a outrem. E arremata: é essa a opinião de Nicola Gasperoni, Mazeaud et Mazeaud, Planiol e Ripert Godart, Charmentier, Viterbo, Willy Von Eeckout e Ascarelli.

Para Aguiar Dias, a ação direta não pode ser equiparada ao privilégio, porque são institutos distintos. É condição do exercício do privilégio o estado de insolvência ou o concurso de credores sobre os bens do devedor. Ao consagrado jurista a ação direta independe da insolvência, assim como do fato de estarem os bens no patrimônio do devedor.

Mário Moacyr Porto, em sua obra e em artigo publicado na Revista Forense, aduz:

> Não há, pelo visto, lei alguma, entre nós, que autorize a ação direta em exame como um procedimento principal e independente em relação à ação do ofendido contra o segurado. Não vinga, por outro lado, o argumento de que o ofendido seria o beneficiado de uma estipulação em favor de terceiro (art. 1.098 do Código Civil de 1916), pois, repete-se, no seguro de responsabilidade o beneficiário da garantia é o próprio segurado.

A matéria encontra-se versada no atual Artigo 436 e seguintes do Código Civil de 2002.

Depois de afirmar que não estaria correto o entendimento de tratar-se de uma estipulação a favor de terceiro, Ernesto Tzirulnik, Flávio Cavalcanti e Ayrton Pimentel arrematam:

> Entretanto, a ideia de estipulação em favor de terceiro é bem próxima à função social do seguro de responsabilidade civil. Emílio Betti, a propósito, adverte que 'um negócio jurídico pode, por sua finalidade, [...], produzir também efeitos para pessoas distintas das partes'

O Artigo 76 da Lei de Seguro da Espanha, de 08/10/1980, dispõe que o prejudicado ou seus herdeiros terão ação direta contra o segurador para exigir o cumprimento da obrigação de indenizar.

Para Francisco Soto Nieto, jurista espanhol, a ação direta, eliminando a intervenção do autor segurado, permite que a pretensão da vítima busque sua satisfação das mãos mesmas do segurador. No entender deste jurista, é o caminho assinalado por Donati, pois o seguro de responsabilidade, como seguro direto do acidente da pessoa ou do dano, é coisa de terceiro, ou seja, um seguro por conta e a favor de terceiro indeterminado. Ela vem desprendida de toda a subordinação de acessoriedade. É o que se passava na França, adverte J. C. Moitinho de Almeida, com a redação do Artigo 53 da Lei de 1930.

Hoje, esse direito próprio da vítima sobre a importância correspondente à soma segurada é reconhecido pela atual Lei de Seguros francesa, de 07/01/1981, com suas posteriores alterações no Artigo L. 124.3.

Yvonne Lambert-Faivre adverte que esse dispositivo foi fruto de uma evolução legal e jurisprudencial constante em favor das vítimas, depois do século XIX.

Na Itália, a jurisprudência nega a ação direta, só admitindo a ação do lesado contra o segurador nos termos da ação sub-rogatória, consoante informação do jurista português Moitinho de Almeida. Mas, de qualquer forma, J. G de Andrade Figueira revela a marcha da jurisprudência italiana no sentido da "revolução" assinalada por Josserand em uma de suas conferências, condensadas em Evoluções e atualidades. Conforme se aduziu, o grande jurista italiano Donati vislumbra a possibilidade da ação direta, no Direito italiano, quando afirma: "Pois se o terceiro não pode exercitá-la fundando-se em um direito próprio, pode, segundo minha opinião, exercitá-la fundando-se em seu privilégio".

O Código de Seguros alemão (Versicherungsvertragsgesetz – VVG) prevê a acessoriedade do direito do terceiro frente ao segurador, no contrato de seguro de responsabilidade civil (Allgemeine Haftpflichtversicherung), em seu § 149, verbis:

> [Umfang der Haftung] Bei der Haftpflichtversicherung ist der Versicherer verpflichtet, dem Versicherungsnehmer die Leistung zu ersetzen, die dieser auf Grund seiner Verantwortlichkeit für eine während der Versicherungszeit eintretende Tatsache an einen Dritten zu bewirken hat.

O renomado mestre argentino Isaac Halperin, intrépido defensor da ação direta da vítima contra o segurador, reiteradamente citado por Aguiar Dias, preleciona:

> Mas, em última análise, o que se faz, com a ação direta, é dar pleno cumprimento à vontade das partes. Na verdade, que quis o segurado? Livrar-se de todos os ônus e incômodos decorrentes de sua responsabilidade civil. Quanto ao segurador, o objeto de sua estipulação é satisfazer essas obrigações. Ora, o que faz a ação direta? Proporciona a exoneração objetivada pelo segurador e não prejudica o segurado, porque mais não lhe exige senão o que pagaria, realmente, ao segurado.

O grande mestre argentino defendia ardorosamente a possibilidade da ação direta, não só em sua obra O contrato de seguro, como também em artigos e debates publicados na Revista de Direito Comercial daquele país. Halperin posicionava-se de pleno acordo com as decisões que concediam aquele

procedimento processual, a teor do Artigo 118 da Lei nº 17.418/67, embora com restrições de seus pares quando criticava o dispositivo legal em tela.

Há, outrossim, opositores ferrenhos à orientação da ação direta no Direito argentino. Juan Carlos Félix Morandi entende que a Lei nº 17.418/67 estruturou o seguro de responsabilidade civil como um contrato em favor do segurado, e não têm cabimento as posições doutrinárias que têm visto naquele diploma um contrato a favor de terceiro, ou um convênio de transmissão de dívidas, cognominado “assunção de dívida”, “delegação” ou “expromissão” (Revista de Direito Comercial, 1970).

Aguiar Dias trouxe a balha o Artigo 108 do Código Brasileiro do Ar, bem como o Artigo 1.518 do Código Civil brasileiro de 1916, para sustentar a solidariedade da seguradora e do segurado frente ao terceiro lesado. Essa última regra jurídica foi adotada pela antiga Corte de Apelação do Distrito Federal. Aliás, é citada pelo emérito magistrado Jaime Santos Briz, do Tribunal Supremo de Madrid, no confronto dos dispositivos legais na legislação comparada. Não se pode olvidar, outrossim, o pioneiro, segundo Aguiar Dias, a enfrentar em nosso Direito a ação direta da vítima contra o segurador, o ilustre jurista Abelardo Barreto do Rosário. Mas, certamente, os ensinamentos de J. G. de Andrade Figueira estão presentes quando disse: “A única solução para a questão capaz de satisfazer às necessidades atuais está, entretanto, no seguro obrigatório, adotado em vários países e acenado no Brasil pelo projeto do Código de Transportes. Assim, garantindo-se a vítima, desaparecerá o “intermediário inútil”, na expressão de Jacques Bernays, isto é, “la personne civilement responsable”.

Nesta senda infindável de risco que o progresso tecnológico criou, é tanto mais oportuna a lição do jurista francês Henri de Page, assim expressa na monografia de Wilson Mello da Silva:

> Se não se pode negar que a responsabilidade civil automobilística caminha para o seu equacionamento à base exclusiva de risco, constata-se, aqui, ainda, uma solução transacional por via de seguro compulsório, na qual o autor e a vítima de um dano encontrariam, ainda, na indenização forfaitaire o meio-termo harmonizador dos interesses recíprocos: esta, a vítima, garantida em qualquer

> circunstância por uma indenização em face de um acidente, e aquele, o autor, liberto do perigo de se tornar responsável por um montante, não raro, de valor limitado.

Porém, jamais o legislador brasileiro deverá esquecer a advertência de Defert, muito bem lançada pelo próprio Wilson Mello da Silva, aposta nos lábios do automobilista, após cada acidente: “le dommage que j’ai causé sera sûrement réparé”.

Nesse evolver, cabe salientar a conclusão percebida no desencadeamento das opiniões exaradas pelos doutos neste particular. Deste modo, a lição do renomado Andrade Figueira era uma antevisão do que iria acontecer. Hodiernamente, já não se pode mais contestar a admissibilidade da ação direta da vítima, especificamente, como ressaltado à exaustão nos seguros obrigatórios, onde predomina a teoria do risco. É o caso, v. g., dos seguros de danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre (DPVAT – Lei nº 6.194/74), uma vez mais aqui declinado pelo seu grande volume de emissão de bilhetes de seguro, onde a ação direta do terceiro contra a seguradora não constitui novidade alguma.

De tal sorte, a solidariedade na teoria do risco é inquestionável. O segurador responde juntamente com o segurado até o limite obrigatório previsto no bilhete ou apólice de seguro. Aquele em vista de uma estipulação em favor de terceiro, e este em razão do dever de reparar um dano causado a outrem.

Nesse pensar, cabe inteira procedência à tese do magistrado espanhol Luis Roman Puerta Luis, quando afirma que a solidariedade atende, na espécie, à própria vontade negociável dos interessados, à devida ponderação dos interesses implicados e à necessária interpretação lógica, sistemática e finalística das normas legais.

Os seguros obrigatórios, são impostos pelo poder público no interesse das vítimas ou prejudicados, cujos valores indenizáveis serão corrigidos automaticamente.

13. Prescrição no seguro de responsabilidade civil

Leib Soibelman afirma que o antigo Código Civil italiano definia a prescrição como sendo o meio pelo qual, com o decurso do tempo, alguém adquiria um direito ou se libertava de uma obrigação. Estão caracterizadas, aí, as duas espécies de prescrição: a aquisitiva e a extintiva. O autor da Enciclopédia do advogado arremata: “Parece-nos preferível esta velha definição de um diploma de 1865, que é aceita pela maioria dos autores nacionais, de ser a prescrição a perda da ação atribuída a um direito, porque evita discussões para saber se o que prescreve é o direito ou a ação”.

Os prazos prescricionais, em sede de seguro, estão previstos, atualmente, no Artigo 206 do novo Código Civil, notadamente no § 1º, II, letras “a” e “b” e § 3º, item IX, do Código Civil de 2002.

Vale, ao azo, transcrever o que disse Ricardo Bechara Santos, quando comentando este tema preleciona:

> É mantido o prazo de prescrição de um ano (mesmo para eventos ocorridos fora do Brasil), afastado o de 5 (cinco) anos do Código de Defesa do Consumidor, sendo que no seguro de responsabilidade civil esse prazo conta-se da citação do segurado para responder a ação de terceiro ou da data que indeniza com anuência da seguradora (art. 206, § 1º, inciso II)” (SANTOS, p. 466-467)

Já no que tange à pretensão do beneficiário contra o segurador, e a do terceiro prejudicado, no caso de seguro de responsabilidade civil obrigatório, a prescrição se dará no decurso de 3 (três) anos, conforme se verifica do § 3º, inciso IX, do sobredito dispositivo legal do Código Civil.

O enunciado da súmula 229 do STJ é claro quando diz: “O pedido do pagamento de indenização à seguradora suspende o prazo de prescrição até que o segurado tenha ciência da decisão”.

Neste particular, já fiz menção ao que disse o eminente civilista Roberto Rosas, ao comentar este enunciado na 13ª edição de sua obra ímpar, Direito Sumular: “Durante o exame do pedido do segurado (aviso de sinistro), fica suspenso o prazo de prescrição até a conclusão se haverá ou não o pagamento da indenização pedida.” (ROSAS, p. 424)

Impende ressaltar, ainda, as duas súmulas que se acham imbricadas ao tema prescrição em sede de contrato de seguro.

A primeira, a súmula 101 do STJ, que cuida da prescrição ânua para que o segurado peça o pagamento da indenização securitária frente ao seu segurador.

Ao azo da abordagem da prescrição ânua o Egrégio Superior Tribunal de Justiça, em recentíssimo julgamento no recurso especial 810.115, MG, relator ministro Aldir Passarinho Júnior, julgado em 17/6/2010, entendeu que o segurado adquiriu sua condição de aposentadoria em 16/05/2000, preenchendo o aviso de sinistro à seguradora em 10/08/2000, ou seja, 2 meses e 24 dias após o termo da condição (acidente pessoal em razão de doença geradora de incapacidade total e permanente). Em 3 de novembro de 2000, sobreveio a negativa e a ação contra a seguradora foi proposta somente em 24/08/2001, perfazendo um ano e 15 dias, situação em que se aplicou a prescrição ânua em sintonia com a súmula acima referenciada. O voto vencido do ministro Raul Araújo Filho, guindado há poucos dias à Corte, foi no sentido de se posicionar contra a soma dos 2 meses e 24 dias anteriores, por entender que o interesse para ajuizar a ação só ocorreu após a recusa do pagamento pela seguradora, quando então passaria a fluir o prazo prescricional.

A outra, a de número 278, que diz:

> O termo inicial do prazo prescricional, na ação de indenização, é a data em que o segurado teve ciência inequívoca da incapacidade laboral, [vale dizer,] O dies a quo surge com o conhecimento da incapacidade. (ROSAS, p. 434)

É o que cabia registrar ao azo dos comentários sobre o tema em tela.

14. Bibliografia

AGUIAR DIAS, José de. Da responsabilidade civil. 5. ed. 1973. v. 2.

ALMEIDA, J. C. Moitinho de. O contrato de seguro no Direito português e comparado. 1971.

ALTAVILLA, Enrico. La culpa. Bogotá: Temis, 1978.

ALVIM, Pedro. O contrato de seguro. Rio de Janeiro: Forense, 1983.

_____. Responsabilidade civil e seguro obrigatório. São Paulo: Revista dos Tribunais.

BAFALLUY, Alfredo Prieto. El seguro de la responsabilidad civil por daños a terceros causados en accidentes del tránsito. Santiago: Jurídica de Chile, 1969.

BESSON, A.; PICARD, M. Les assurances terrestres. 5. ed. t. I.

BEVILÁQUA, Clóvis. Código Civil. 3. ed. 1998. v. 5.

BRIZ, Jaime Santos. La responsabilidad civil. Madri: Montecorvo, 1981.

CADERNOS DE SEGURO. FUNENSEG 2/27, ano 2, jan. 1982.

CASTELLO BRANCO, Elcir. Seguro obrigatório de responsabilidade civil e dos proprietários de veículos automotores. Universitária de Direito, 1976.

CHAVES, Antônio. Responsabilidade civil. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1981.

CODE des Assurances, Commente sous la Direction de Bernard Beignier et Jean-Michel do Carmo Silva, LexisNexis, LITEC, 2008.

CORREIO BRAZILIENSE. Direito do Consumidor, seguro automotivo, 21 de junho de 2010. Caderno Cidades. p. 29.

DELGADO, José Augusto. Comentários ao novo Código Civil. São Paulo: Forense, 2004. v. XVI. t. I.

DONATI, Antígono. Los seguros privados: manual de derecho. Barcelona, 1960.

_____. Trattato del diritto delle assicurazioni private. Milão, 1956.

HALPERIN, Isaac. O contrato de seguro. Buenos Aires: Depalma, 1966.

HOFMANN, Edgar. Privat-Versicherungsrecht – Juristische Kurzlehrbücher für Studium und Praxis. Munique, 1978.

LAMBERT-FAIVRE, Yvonne. Droit des assurances. Paris: Dalloz, 1977.

LYRA, M. Afrânio. Responsabilidade civil. Bahia, 1977.

MAZEAUD; TUNC. Tratado teórico y práctico de la responsabilidad civil delictual y contractual. 3ª parte, v. II, 1963.

MIRANDA VALVERDE, Trajano de. Comentários à Lei de Falências. Rio de Janeiro: Forense, 1948. v. 1.

NEGRÃO, Theotonio. Código Civil. 29. ed. 2010.

PINTO, Sérgio Baesa. El seguro. Santiago: Jurídica de Chile, 1967.

PONTES DE MIRANDA. Tratado de direito privado. 2. ed. t. XLVI.

PORTO, Mário Moacyr. Ação de responsabilidade civil e outros estudos. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1966.

PUERTA, Luis Roman. La solidaridad del responsable civil y de su compañia aseguradora frente al perjudicado. Madri: Montecorvo, 1977.

RODRIGUES, Sílvio. Direito civil. v. 3 e 4. 1983.

ROITMAN, Horacio. El seguro de la responsabilidad civil. Lerner, 1974.

SANTOS, Ricardo Bechara. Direito de seguro no novo Código Civil e legislação própria. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense, p. 466-467.

SILVA, Wilson Melo da. Da responsabilidade civil automobilística. São Paulo: Saraiva, 1980.

SILVA PEREIRA, Caio Mário da. Instituições de Direito Civil. Rio de Janeiro: Forense, 1970. v. III.

SOTO, Francisco Nieto. La responsabilidad civil derivada del ilícito culposo. Madri: Montecorvo, 1982.

SOTO, Ricardo Alonso. El seguro de la culpa. Madri: Montecorvo, 1977.

STIGLITZ, Rubens S. El sinistro. Buenos Aires: Astrea, 1980.

TZIRULNIK, Ernesto; CAVALCANTI, Flávio de Queiroz B.; PIMENTEL, Ayrton. O contrato de seguro: de acordo com o novo Código Civil brasileiro. 2. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, p. 132.

VARELA, Raul. Los seguros: curso de Derecho Comercial. Santiago: Universitária, 1941.

VITERBO, Camilo. El seguro de la responsabilidad civil. Buenos Aires: Depalma, 1944.

ENCICLOPÉDIA SARAIVA DO DIREITO, 1977. v. 67.

REVISTA DO IRB 192, 196, 200 e 205.

REVISTA DOS TRIBUNAIS 139, set. 1942; 465, jul. 1974; 561, set. 1981.

REVISTA FORENSE 181/35 e 261, 1978.

REVUE GÉNÉRALE DES ASSURANCES TERRESTRES, Paris, n. 2, abr./jun.; n. 181, jan./mar. 1978.

D. A responsabilidade civil do médico e o seguro

Março/2012

Voltaire Marensi

Quando se fala em responsabilidade civil e, como consequência, em defesa profissional do médico, deve-se levar em consideração a dicotomia traçada no Direito das obrigações quanto ao conteúdo da obrigação propriamente dita, ou seja, se a obrigação é de meio ou de resultado.

Via de regra, quando se cuida de um serviço profissional de um médico, a doutrina sinaliza que estamos frente a uma obrigação de meio, que é aquela, no dizer escorreito de Maria Helena Diniz, "em que o devedor se obriga tão somente a usar de prudência e diligência normais na prestação de certo serviço para atingir um resultado, sem, contudo, se vincular a obtê-lo".[78]

A obrigação, de sua vez, será de resultado na hipótese em que se contrata um cirurgião para fazer um trabalho estético no corpo de uma pessoa.

O Superior Tribunal de Justiça (STJ) já debateu-se no sentido de saber se a responsabilidade civil dos profissionais liberais se estenderia aos demais fornecedores, a exemplo de hospitais e clínicas médicas, e se a responsabilidade, neste caso, estaria estribada na culpa, ou se este trabalho do profissional, com os demais fornecedores de serviços em geral, transformaria esta obrigação de meio em obrigação de resultado.

Nos Recursos Especiais 986.648/PR e 1216424/MT, julgados em 2011, os julgadores concluíram que os médicos e os profissionais liberais respondem somente se tiverem agido com culpa, ou seja, aplica-se às inteiras o parágrafo 4º do Artigo 14 do CDC, da Lei no 8.078, de 11 de setembro de 1990.

Neste sentir, cabe trazer à colação excerto do voto proferido pelo ministro Paulo de Tarso Sanseverino:

[78] DINIZ, Maria Helena. Curso de Direito Civil brasileiro: teoria geral das obrigações. 24. ed. São Paulo: Saraiva, 2009. p. 206.

> Assim, a regra geral do CDC, para responsabilidade pelo fato do serviço, traçada pelo caput do seu Artigo 14, é de que se trata de responsabilidade objetiva, ou seja, "independente de culpa" do fornecedor, como textualmente consignado no próprio enunciado normativo.
>
> Abriu-se uma exceção apenas em favor dos profissionais liberais no parágrafo 4º desse mesmo Artigo 14 do CDC, estatuindo-se que a sua responsabilidade é subjetiva, aferindo-se "mediante a verificação de culpa.[79]

Em síntese, a questão ganha realce quando o médico presta serviço dentro de um centro hospitalar no qual este fornece centro cirúrgico, equipe, medicamento e hotelaria e aquele realiza o procedimento técnico principal.

Impende, assim, ao azo ressaltar o aspecto da solidariedade entre o estabelecimento hospitalar e o médico, pois o enunciado do Artigo 14 do CDC diz:

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

Nesse sentido, a existência de uma cadeia de fornecimento entre o plano de saúde e o médico credenciado enseja o reconhecimento de uma responsabilidade solidária do hospital e o fornecedor de serviços só não será responsabilizado quando provar: (I) que, tendo prestado o serviço, o defeito inexiste; (II) a culpa exclusiva do consumidor ou de terceiro.[80]

Desse modo, vislumbra-se, via de regra, que a responsabilidade da clínica é objetiva e o ônus da prova da inexistência de defeito na prestação de serviços médicos incumbe a ela.

Vale sublinhar que existe o seguro de responsabilidade civil previsto no Artigo 787 do CC de 2002, que garante o pagamento de perdas e danos devidos pelo segurado a terceiro, quando o segurador acoberta os riscos oriundos da

[79] Recurso Especial nº 986.648/PR.
[80] Parágrafo 3º do Artigo 14 do CDC.

atividade profissional, quer de associação médica, quer do profissional liberal propriamente dito.

Na hipótese acima prevista, salvo melhor juízo, sempre haverá indenização quando o profissional obrar com culpa, ao passo que as instituições hospitalares responderão independentemente de culpa, a não ser que comprovem que o defeito no serviço inexistiu ou que houve culpa exclusiva do consumidor ou do terceiro.

Referências Bibliográficas

DINIZ, Maria Helena. Curso de Direito Civil brasileiro: teoria geral das obrigações. 24. ed. São Paulo: Saraiva, 2009. p. 206.

Parágrafo 3º do Artigo 14 do CDC.

Recurso Especial nº 986.648/PR.

17. SEGURO DE TRANSPORTE

A. Um semestre perdido

Setembro/2013

Artur Santos

A Susep publicou em seu site os números oficiais de prêmios, sinistros e despesas comerciais reportados pelas seguradoras relativos ao 1º semestre do ano corrente. Em se tratando de seguros de transportes, podemos afirmar que os primeiros seis meses do ano foram perdidos. O crescimento de prêmios emitidos de janeiro a junho de 2013 sobre o mesmo período do ano passado foi de apenas 1,13%. O mercado de transportes andou de lado.

A conclusão é ainda pior se analisarmos os números setorialmente. Segmentando a produção em três grupos: seguros contratados pelos embarcadores (transporte nacional e internacional), pelos transportadores rodoviários (RCTR-VI-C, RCT-RC e RCF-DC) e pelos demais transportadores (RCTA-C, RCF-C e RCA-C), verificamos que apenas o terceiro cresceu de verdade, aproximadamente 54%, influenciado pelo desempenho dos seguros de RC do transportador ferroviário.

Como esse segmento é muito menor que os demais, respondendo apenas por 2,24% do total, conclui-se que os maiores tiveram incremento pífio ou até decrescimento. É isso mesmo. No conjunto, os dois seguros contratados pelos donos da carga e pelos operadores logísticos (TRNAC e TRINT) decresceram (-0,29%) e os três adquiridos pelos transportadores rodoviários aumentaram somente 1%.

O que poderia justificar essa estagnação? A conjuntura econômica?

De fato, os seguros de transportes são os que mais rapidamente sofrem quando a economia do país não vai bem. Segundo dados do IBGE, o PIB cresceu apenas 0,6% no 1º trimestre de 2013 em relação ao 1º trimestre de 2012. O crescimento da produção industrial, particularmente, foi pior.

Nesse cenário ruim, a contratação de fretes recuou, impactando os seguros de transportes, já que estes garantem os prejuízos das mercadorias que se perdem ou se danificam durante as viagens. Quando estas diminuem, por efeito da economia, os seguros vão junto para o mesmo buraco.

Mas será que a questão econômica é a única razão para o desempenho ruim?

Os operadores do seguro sabem que não. A escassez de negócios provoca uma reação em cadeia. Os segurados pressionam para pagar menos, e as seguradoras cedem, sem levar em conta se o risco oferecido permite a redução nas taxas cobradas.

A avidez comercial na caça de negócios em tempos difíceis, a qualquer preço, em detrimento da melhor técnica, provoca o aumento da sinistralidade e, por fim, a redução da margem das seguradoras.

Não é por outra razão que a margem operacional do seguro de transportes nacionais foi negativa e a sinistralidade de transportes internacionais tem crescido tanto.

É preciso refletir e mudar. O abandono das melhores práticas técnicas não é uma boa solução. Não queremos presenciar seguradoras agressivas fechando suas carteiras, por decisão dos acionistas, ao constatarem que os resultados foram ruins, como aconteceu no passado recente. Como diziam nossas avós, prudência e caldo de galinha não fazem mal a ninguém.

B. Averbação no contrato de seguro de transporte

Maio/2015

Voltaire Marensi

O Superior Tribunal de Justiça, em decisão proferida pelo ilustre ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, em 3 de fevereiro de 2015, entendeu que uma transportadora, quando contrata seguro de responsabilidade civil do transportador rodoviário de carga, conhecido pela sigla RCTR–C, deve, em se cuidando de seguro de apólice aberta, realizar em todos os embarques futuros de mercadorias transportadas a devida averbação com todos os detalhes necessários à caracterização do risco no dia seguinte à emissão dos conhecimentos ou manifestos de carga.

Dessarte, com o conhecimento de todos os pedidos de averbação recebidos, durante cada mês de vigência do seguro, a seguradora consegue avaliar a conta mensal de prêmio, enviando ao seu segurado o respectivo valor para que ele cumpra sua obrigação contratual.

Dessa forma, como registrou o eminente julgador no recurso especial número 1.318.021-RS, no seguro de apólice aberta, como todos os embarques futuros já estão, desde logo, protegidos pelas condições contratuais durante certo período de tempo, a totalidade dos transportes e dos bens e mercadorias o transportador deverá, necessariamente, averbar, sem exceção. É o princípio da globalidade (página 5 do voto condutor).

Aliás, tal entendimento encontra amparo doutrinário, ao azo, inserto no voto do ministro relator, que ao se pronunciar no recurso em tela, haurindo ensinanças doutrinárias no jurisperito em seguro, Marcos Portella Sollero, companheiro e amigo de várias jornadas securitárias, assim, registrou:

> Isto porque, diferentemente do que ocorre no seguro de carga, a cláusula de averbação do RCTR-C obriga o transportador a averbar todos os bens ou mercadorias que receber para transporte, conforme manifestação de vontade na celebração do contrato, que antecede ao início dos riscos. É o chamado princípio da globalidade, pelo qual todos

> os embarques futuros já estão, desde logo, amparados pelas condições contratuais, sem exceção. Como todos os embarques estão antecipadamente garantidos e a averbação só é entregue após o início das viagens, ela destina-se apenas à especificação do risco e cobrança do prêmio. Caso o princípio da globalidade não seja respeitado, independentemente da existência ou não de má-fé por parte do transportador, perderá ele o direito à indenização porque estará prejudicada a equação matemática que dá o suporte à operação. (SOLLERO, Marcos Portella. Seguros de transporte terrestre e de responsabilidade civil do transportador. Cláusula de averbação. In: Contratos de seguro. Anais do Encontro dos Tribunais de Alçada. Curitiba: Juruá, 1990. p. 65-66)

Em verdade, a declaração do risco permite ao segurador uma correta identificação do bem individualizado, constituindo-se numa atividade informativa e útil ao segurador a ponto de verificar, antecipadamente, o montante da indenização que deverá ser paga se ocorrer o sinistro.

A partir dessa identificação do risco segurado, o segurador deverá avaliar os riscos da garantia comprometida, além de ter sempre presente o evento a que se acha subordinado por ocasião do cumprimento de sua obrigação.

Ademais, como assevera Stiglitz, mestre maior argentino, em sua conhecida obra Direito de seguros, referindo-se à lei daquele país, disse que “ao definir-se o objeto do contrato de seguro, afirma-se que pode ser segurado toda a classe de risco se existe interesse assegurável, salvo proibição expressa em lei”. Vale enfatizar os seus ensinamentos em relação à determinação do risco segurado, quando em escólios doutrinários de Antigono Donati preleciona: “la individualización y la delimitación constituyen o integran lo que se enuncia como la determinación del riesgo asegurado.” (STIGLITZ, Rubens. Derecho de seguros. 4. ed. p. 221)

Nesse sentido, nesta modalidade de seguro, como disse em seu voto o ilustre relator,

> o dever de comunicar todos os embarques tem a finalidade de evitar que o segurado averbe apenas aqueles que lhe interessem, porquanto a livre seleção dos riscos a critério do transportador, com exclusão das

> averbações dos embarques de pequeno risco, tornaria, como visto, insuficiente ou deficitário o fundo mútuo constituído pelos prêmios pagos por todo o grupo segurado.

Portanto, ao finalizar o seu abalizado entendimento, ressaltou que

> a empresa transportadora que reiteradamente não faz averbações integrais dos embarques realizados, não cumprindo o princípio da globalidade ou a obrigação contratual, perde o direito à garantia securitária, sobretudo se não forem meros lapsos, a configurar boa-fé, mas sonegações capazes de interferir no equilíbrio do contrato e no cálculo dos prêmios.

Por fim, o dever de informar a outra parte contratante é a tônica primordial de qualquer avença, precipuamente quando se cuida de um contrato de seguro que deve ser estribado na mais lídima e cristalina boa-fé, quer do segurador, mas, notadamente do segurado que obtém com a garantia prometida a tranquilidade de continuar trabalhando para obtenção de seu sucesso comercial.

C. A indenização de dano moral em contrato benéfico

Julho/2014

Voltaire Marensi e César Lara Peixoto

A 1ª Câmara de Direito Civil do Tribunal de Justiça de Santa Catarina condenou um motorista a indenizar em R$ 50 mil, a título de danos morais, "um caroneiro" que ficou paraplégico após acidente de trânsito em que o condutor do veículo automotor chocou-se contra a traseira de um caminhão, a 170 km/h. A vítima receberá também pensão mensal de um salário mínimo até a época em que completar 70 anos de idade.

A defesa do motorista apontou a responsabilidade do caminhão, que se evadiu do local, e também à vítima, que não estaria usando cinto de segurança no momento do acidente. Negou ainda que conduzia seu veículo a 170 km/h. Estaria, no máximo, a 100 km/h. Explicou ainda ser serralheiro, pai de três filhos, com renda mensal de apenas R$ 900.

> Se estivesse conduzindo seu veículo com atenção e cuidado exigidos por lei, teria condição de evitar a colisão, seja freando, seja desviando para a pista de ultrapassagem, já que, como dito, trata-se de rodovia de pista dupla. Possibilidade nada remota ter sido a ingestão de bebida alcoólica, fato relatado por três testemunhas, a causadora dessa falta de atenção e cuidado,

registrou o desembargador Raulino Jacó Brüning, relator da apelação do motorista infrator.

Os magistrados lembraram que um paraplégico fica dependente de outros por toda vida, perdendo liberdade de locomoção e a possibilidade de desfrutar atividades físicas. A decisão foi unânime (Apelação Cível no 2011.001216-4).

A questão que aflora deste julgado diz respeito em saber se o transportador terá algum tipo de responsabilidade civil, quando não ocorre retribuição no contrato de transporte a teor do previsto no Artigo 730 do Código Civil, que trata deste tipo legal, na Seção I de suas disposições gerais.

Isso porque a Seção II, que cuida do transporte de pessoas, diz o seguinte em seu Artigo 736, sem correspondência no Código Civil de 1916, verbis:

> Não se subordina às normas do contrato de transporte o feito gratuitamente, por amizade ou cortesia.
>
> Parágrafo único. Não se considera gratuito o transporte quando, embora feito sem remuneração, o transportador auferir vantagens indiretas.

Dessarte, a interpretação que se colhe, de imediato, diz respeito em saber se no contrato de transporte realizado por amizade ou cortesia haverá alguma espécie de punição ao transportador no caso de acidente no decorrer do percurso do transporte.

Em outras palavras, exemplificando: haverá responsabilidade do transportador quando terminada a aula na faculdade ele oferece "carona" ao colega de classe até sua casa e, no meio do caminho, o carro é abalroado por outro e o transportado não chega ao destino? Ou quando o morador de um prédio afastado do centro da cidade oferece carona a seu vizinho e pelos mesmos motivos o destino não é atingido, ou, ainda, se um profissional liberal oferece ao colega, no final do expediente, uma carona ao seu vizinho de andar e, por algum motivo – pneu furado – o "caroneiro" não consegue chegar à sua residência?

Os casos acima relatados guardam perfeita sintonia com o contrato de transporte realizado por amizade ou cortesia, que não enseja qualquer tipo de indenização de vez que não houve dolo ou culpa do transportador.

Quid juris, se no percurso do transporte o transportador age com imprudência, negligência ou imperícia na condução do automóvel, como foi o caso em questão acima decidido pelo Tribunal de Justiça de Santa Catarina?

Parece que, neste caso, mesmo se tratando de transporte por amizade ou cortesia, o condutor do veículo terá de indenizar os danos sofridos ao transportado, de vez que ele, condutor, ultrapassou os limites razoáveis do uso normal de uma conduta que deve ser regrada pelas normas ordinárias de circulação de veículos automotores.

O caso previsto pelo Código, em seu parágrafo único do Artigo 736, prevê outra situação em que o condutor aufere no transporte vantagem indireta – não se constituindo propriamente num transporte gratuito – como é o caso em que o corretor de seguros se desloca com o proprietário do imóvel até o local do risco para efetivar a vistoria do bem antes da realização do contrato que cobrirá danos oriundos de fogo ou raio que venha a atingir o imóvel segurado. Dessarte, se esse profissional procede com dolo ou culpa (ultrapassagem do veículo em local proibido), a responsabilidade civil estará presente e o condutor do veículo responderá pelo transporte efetivado.

Nesse caso, é patente que a culpa do transportador é presumida e rege-se pelas disposições do Código Civil que tratam do transporte em geral, aplicável, portanto, a cláusula de incolumidade. Logo, sua culpa só será elidida caso haja algum excludente de responsabilidade, a saber: culpa exclusiva da vítima, força maior ou caso fortuito.

O Superior Tribunal de Justiça já pacificou a matéria por meio da súmula 145, que diz: “No transporte desinteressado, de simples cortesia, o transportador só será civilmente responsável por danos causados ao transportado quando incorrer em dolo ou culpa grave.”

A Terceira Turma daquela Corte já decidiu que, no caso de transporte desinteressado, de simples cortesia, só haverá possibilidade de condenação do transportador mediante a prova de dolo ou culpa grave (Súmula no 145-STJ). Outrossim, responde por culpa grave o condutor de veículo que transporta passageiro gratuitamente, de forma irregular, em carroceria aberta de caminhão, em que é previsível a ocorrência de graves danos, mesmo crendo que não acontecerão. No caso, não cabe a pretendida redução da condenação, por não ter sido apontada a lei vulnerada pelo acórdão recorrido, razão pela qual incide a Súmula 284-STF por analogia [Resp 685.791-MG, Rel. Min. Vasco Della Giustina (Desembargador convocado do TJ-RS), julgado em 18/2/2010].

> Há, por outro lado, no Código Civil, no Título IV, “Do inadimplemento das obrigações”, o seguinte dispositivo legal: Artigo 392, verbis:

> Nos contratos benéficos, responde por simples culpa o contratante, a quem o contrato aproveite, e por dolo aquele a quem não favoreça. Nos contratos onerosos, responde cada uma das partes por culpa, salvo as exceções previstas em lei.

Ou seja, segundo os ensinamentos de Judith Martins Costa, em obra coordenada pelo eminente jurista Sálvio de Figueiredo Teixeira:

> Nos contratos benéficos, a parte que beneficiou a outra, ao prestar beneficamente, justamente beneficiou, sacrificando-se voluntariamente, só é considerada inadimplente quando não cumpre a prestação intencionalmente (seja por dolo direto ou por dolo eventual) e não por mera negligência. Há, como se verifica, uma maior tolerância do ordenamento jurídico para com o inadimplente que contratou beneficamente, ao exigir o dolo para ter como caracterizada a imputabilidade pelo inadimplemento.[81]

Nesse sentido, sempre que houver culpa grave ou dolo o transportador não se eximirá de pagar indenização, mesmo que se trate de contrato de transporte benévolo, pois ele só não terá responsabilidade na hipótese em que agir com a diligência de um homem probo.

A jurisprudência, por sua vez, não tem admitido o fato de terceiro como excludente da responsabilidade do transportador, uma vez que entende-se necessário manter o rigor quanto à atenção do transportador, que se obriga a zelar pela integridade do transportado.

Entendimento consolidado pela Súmula 187 do Supremo Tribunal de Federal: “A responsabilidade contratual do transportador pelo acidente com passageiro não é elidida por culpa de terceiro, contra a qual tem ação regressiva.”

Assim, se o transportador tem seguro de responsabilidade civil, paga a indenização "ao caroneiro", o segurador sub-roga-se, nos direitos e ações que competirem ao segurado contra o autor do dano, a teor do disposto no Artigo 786 do Código Civil.

A propósito registra-se o que disse Donati:

[81] MARTINS COSTA, Judith. Comentários ao novo Código Civil. Rio de Janeiro: Forense, 2004. v. V. t. II.

> l'assicurazione contro la responsabilità civile è quel contratto di assicurazione mediante il quale l´assicuratore si obbliga a tenere indenne l´assicurato di quanto questi deve pagare a un terzo per effetto di una responsabilità civile dedotta in contratto e derivante da un fatto accaduto durante la vita del rapporto assicurativo.[82]

Por fim, retornando propriamente ao tema de que se cuida neste ensaio, impende ressaltar em sede de contrato benéfico os ensinamentos sempre atuais dos irmãos Mazeud, que sintetizam a matéria quando assim se exprimem:

> la cuestión conserva hoy un interés en caso de transporte benévolo: algunas resoluciones han admitido que esa prueba se efectuaba por medio de presunciones cuando la víctima, sin probar directamente una imprudencia o una negligencia, establecia que las circunstancias (estado de la carretera, visibilidade, etc.) eran tales, que el accidente no podía explicarse sino por una imprudencia o negligencia del conductor del coche.[83]

Frente a estes considerandos, em resumida síntese, sempre que houver dolo ou culpa grave o transportador responderá perante a vítima, mesmo que se trate de contrato benévolo, ou seja, aquele em que não haja contraprestação direta, ou indiretamente, como se dessume da leitura dos dispositivos legais acima invocados.

Referências Bibliográficas

MARTINS COSTA, Judith. Comentários ao novo Código Civil. Rio de Janeiro: Forense, 2004. v. V. t. II.

ANTIGONO, Donati. Trattato delo diritto delle assicurazioni private. Milano: Dott. A. Giufrè, 1956. p. 33. v. III.

MAZEAUD, Henri; MAZEAUD, León; MAZEAUD, Jean. Lecciones de derecho civil. La responsabilidad civil. Los cuasicontratos. p. 126-127. pt. II.

[82] ANTIGONO, Donati. Trattato delo diritto delle assicurazioni private. Milano: Dott. A. Giufrè, 1956. p. 33. v. III.

[83] MAZEAUD, Henri; MAZEAUD, León; MAZEAUD, Jean. Lecciones de derecho civil. La responsabilidad civil. Los cuasicontratos. p. 126-127. pt. II.

18. SEGURO DE VIDA

A. A importância da renovação das apólices de seguro de vida em grupo

Outubro/2009

David Santiago

Tão importante como uma venda nova é a renovação das apólices de seguro de vida em grupo. Geralmente, a equipe comercial das seguradoras se preocupa e dedica muito esforço para trazer um negócio novo, mas esquece de olhar para dentro de casa e, muitas vezes, não percebe que está perdendo seus clientes para outras seguradoras que também estão preocupadas com o fechamento de novos negócios.

No mercado de vida em grupo, muitas apólices são velhas conhecidas dos profissionais que trabalham na área, justamente por esse ciclo de transferência constante de apólices para outras seguradoras, muitas vezes impulsionadas pela falta de uma política clara e objetiva de retenção.

Uma renovação deveria ser tratada com muito mais carinho do que uma conta nova, afinal, estamos falando de um cliente que nos deu a oportunidade de comprovar, na prática, tudo o que foi calculado no campo das probabilidades, e este por sua vez teve a oportunidade de conhecer os serviços oferecidos pela seguradora que está garantindo o risco (supondo, é claro, que os serviços sejam de boa qualidade).

Quanto mais a seguradora conhece o comportamento técnico e administrativo de uma apólice, e isso só se dá com o tempo de experiência, mais ela pode oferecer soluções que venham ao encontro das necessidades securitárias de seu cliente, gerando assim a possibilidade de sempre ser a melhor opção, não dando espaço para a concorrência.

O problema é que, na prática, vemos a cada dia as seguradoras buscando melhorias em seus sistemas de cotações para adquirir contas novas, mas, na hora da renovação, a máxima comum para a maioria das empresas do mercado

é de que, se a apólice está positiva, renova nas mesmas bases e, se está negativa, aumenta a taxa ou cancela.

O comportamento deveria ser diferente, pois se a conta está positiva, a seguradora está correndo um sério risco de perdê-la, afinal, outras seguradoras podem, em função do bom resultado, apresentar condições mais favoráveis e levar a conta, enquanto que se a apólice estiver negativa, uma vez identificado o motivo do prejuízo, com certeza existirão argumentos para a negociação dos ajustes necessários aos equilíbrio e o risco de perdê-la para o mercado será menor, justamente pelo medo de estarem assumindo uma apólice deficitária.

Apesar de parecer lógico, nem sempre é correto dizer que a conta que apresenta resultado positivo é boa, enquanto a conta que está apresentando resultado negativo é ruim. Não podemos nos esquecer de que, em seguros, o que calculamos é a probabilidade de ocorrência de sinistros, e uma conta pode estar temporariamente positiva mas prestes a estourar em função do risco que ela está cobrindo, enquanto uma apólice pode estar temporariamente negativa em função da ocorrência de algum sinistro que tenha saído da curva esperada, ou ainda exatamente por ter absorvido o impacto negativo calculado, sendo que os meses ou anos seguintes projetam bons resultados exatamente porque o pior já passou.

Como se pode ver, o processo de renovação é muito mais complexo do que parece e pode ser fundamental na composição do resultado de uma seguradora e, principalmente, na satisfação de seus clientes.

É na hora da renovação que o cliente poderá, por meio de sua decisão pela renovação ou não, revelar se de fato foi bem atendido e se o que foi prometido foi cumprido. Portanto, podemos concluir que somente após a renovação efetuada com sucesso é que podemos ter certeza de que, de fato, fizemos o que tinha que ser feito e muito bem feito.

B. A inevitabilidade dos seguros de benefícios

Maio/2012

Dilmo Bantim Moreira

Desde que foi criada, a instituição do seguro cumpre a importante tarefa de administrar riscos, minimizando o impacto da ocorrência de situações potencialmente danosas.

Quando olhamos para o universo dos chamados “seguros de benefícios”, abrangendo estes os de pessoas, saúde, previdência privada e capitalização, podemos notar que há tempos esses produtos se fazem presentes no cotidiano das famílias, ajudando a lidar com riscos variados do dia a dia das pessoas.

Na medida em que uma sociedade progride no sentido econômico, com a elevação efetiva da renda dos cidadãos e controle inflacionário; no aspecto educacional, com maior e melhor formação acadêmica; na direção político/jurídica, executando e ajustando planos de longo prazo, a instituição do seguro encontra campo fértil para se fixar e crescer.

A utilidade dos diversos seguros, quando efetuada uma entrevista direta e abrangente com um potencial consumidor, começa a se tornar evidente, com o consultor especializado ajudando o cliente a identificar riscos inerentes à sua realidade econômica, sugerindo-lhe alternativas de gestão dessas situações e apresentando opções securitárias adequadas.

Tal perfil de exposição é naturalmente de cunho pessoal, daí a importância do estabelecimento de uma relação profissional de confiança mútua, dado que na maioria dos casos os benefícios serão contratados por períodos longos, alguns deles até por toda a vida.

Com projeções de consumo normalmente extensas, é importante que o valor necessário para a contratação dos produtos deve estar ajustado de tal forma ao orçamento do indivíduo e/ou da família que sua manutenção não precise ser deslocada da categoria “importante” para a de “relativa”. Assim, projetar inclusive o incremento de despesas futuras prováveis como escola e moradia (e outras)

pode ser essencial para a manutenção dos pagamentos futuros de um plano “taylor made” de benefícios.

Naturalmente, em consequência de todo o processo de contato e parametrização da realidade econômica e social do cliente, é preciso fazer a adequação entre o que ele precisa e o que lhe é possível desembolsar para adquirir o ideal pacote de segurança. Na média, o custo de até 5% da renda mensal pode ser entendido como um limite aceitável para que haja uma continuidade tranquila em relação aos produtos contratados.

A conscientização do segurado quanto aos objetivos de proteção garantidos pela(s) apólice(s) deve ser de tal ordem que eventuais impulsos de cancelamento em busca da satisfação de necessidades imediatas (e quase sempre) dispensáveis possam ser enfrentados com lógica e firmeza.

O objetivo maior é a manutenção da segurança e da tranquilidade que ela traz, garantindo um futuro mais feliz.

C. DPSA G: Declaração Pessoal de Saúde, Atividade e Genética

Julho/2012

Dilmo Bantim Moreira

Por definição mercadológica, a Declaração Pessoal de Saúde e Atividade é o instrumento por meio do qual o segurável informa seu estado de saúde e hábitos de vida respondendo a um questionário, o qual fornece à seguradora dados para avaliação do risco que poderá assumir. Em algumas situações, a seguradora poderá, de forma complementar, solicitar exames médicos para analisar melhor a cobertura solicitada.

Depois de receber todas as informações solicitadas, a seguradora poderá manter ou aumentar o valor do custo do seguro inicialmente calculado, ou, ainda, declinar da aceitação da proposta. No mercado segurador brasileiro, atualmente, não é usual se pedir dados sobre as disposições genéticas dos seguráveis. Mas e se isso começasse a acontecer?

Longe de se tratar de um capítulo de novela de ficção futurística, exames genéticos são uma realidade e podem diagnosticar a possibilidade de ocorrência de doenças em indivíduos atualmente com saúde normal, refletindo isso na medicina preventiva e na ciência do seguro.

Com o avanço dos conhecimentos genéticos, temos cada vez mais informações sobre a formação e o desenvolvimento do ser vivo, bem como sobre doenças e morte. A título de exemplo, todas as pessoas têm em seus genes cinco ou seis características que podem ser causa de doenças. Que fique claro que o fato de alguém ser portador de um gene que produz uma doença não significa a certeza de tornar-se doente. Em muitos casos, um gene cancela a ação negativa do outro.

A ciência já é capaz de dizer em que parte do genoma (nome que se dá ao conjunto dos genes) se encontram as falhas que originam doenças. Isso pode ser realizado pela análise, por exemplo, de fios de cabelo ou do sangue.

Mas quem tem o direito de conhecer detalhes tão íntimos de uma pessoa?

Sabemos que, mantidas a privacidade e a confidencialidade para com o proponente segurável, características essas presentes nos contratos de seguro, uma seguradora também pode exigir exames para a contratação de uma cobertura se seguro, a exemplo de um empregador que solicita a seus candidatos exames de sangue, colesterol e pulmões, sem que isso represente qualquer tipo de discriminação. Naturalmente, do ponto de vista genético, também deve ser observada a Declaração Universal sobre Dados Genéticos, não se podendo forçar o interessado à execução de tais testes.

Do ponto de vista atuarial e técnico, a exemplo de tábuas de mortalidade, sobrevivência e invalidez, dados genéticos podem levar ao desenvolvimento de taxações específicas para tratamento mais adequado dos riscos.

Os seguros de saúde e, em especial, os de riscos pessoais, essenciais quer em termos de proteção familiar, quer no plano do equilíbrio econômico da própria sociedade, poderão ser diretamente afetados pelas análises genéticas.

Trata-se do princípio universal básico, socialmente aceito e protegido pela legislação correlata, de que deve haver a aplicação de custos de seguros equivalentes para riscos similares. Dessa forma, é aceitável e lógico que indivíduos/grupos considerados de alto risco paguem mais do que aqueles avaliados como possuindo um nível de risco inferior.

Como meio de exemplificação, em relação aos exames demonstradores de propensões genéticas, podemos citar:

- Os genes ACE (sigla em inglês para enzima conversora de angiotensina). Para os que pertencem ao grupo de risco cardíaco, ter o risco genético aumenta em 300% a chance de ocorrência.
- O mal de Huntington, doença geneticamente detectável (caracterizada pela deterioração das funções cerebrais) e que surge entre os 35 e 50 anos, leva à morte em um período de até 15 anos.

Para se ter uma visão rasa sobre a disposição no mundo quanto ao assunto, nos EUA há diversos estados onde é proibido às seguradoras fazer uso de informação genética, enquanto em países como Alemanha, Áustria, Bélgica,

Espanha, Itália, Japão, Noruega, Portugal e Reino Unido inexistem leis sobre requerimento de teste genético ou utilização de seu resultado. Nos Países Baixos, há seguradoras que solicitam a realização de teste genético para definir o custo do seguro.

O estágio atual e a evolução dos conhecimentos genéticos terão muitas chances de causar profundo efeito em muitas das escolhas pessoais e, por consequência, da própria sociedade, implicando certamente em reanálise da legislação, medicina, relações de trabalho e, também, das políticas dos mercados de seguros.

Grandes esforços têm sido e ainda deverão ser dedicados ao assunto com o intuito de conscientizar a opinião pública sobre o tema, sem que isso venha a criar obstáculos intransponíveis ao progresso desta ciência, permitindo aos consumidores e ao mercado segurador acesso às informações e debate do assunto de forma abrangente, objetivando o interesse mútuo.

D. Questão polêmica no Código Civil: salvamento no seguro de vida

Julho/2012

Homero Stabeline Minhoto

Por mais cuidado que se tome na elaboração de uma lei, sempre ocorrerão questões dúbias e polêmicas. É o caso do texto do parágrafo único do Artigo 771 do Código Civil brasileiro, o qual estabelece: “Correm à conta do segurador, até o limite fixado no contrato, as despesas de salvamento consequente ao sinistro.”

Essa disposição está inserida no Capítulo XV, “Do seguro – Disposições gerais” do Código Civil brasileiro. Portanto, ela é aplicável tanto ao seguro de dano como ao seguro de vida, já que está entre as disposições gerais.

No seguro de dano, o entendimento fica mais definido, inclusive por ser complementado pelo Artigo 779. Se tiver de derrubar uma parede para impedir que o fogo se propague para o resto do imóvel, não há dúvida, o prejuízo consequente da destruição dessa parede deverá ser indenizado, desde que não tenha se esgotado a importância segurada.

Já no seguro de vida, é bem complexa a interpretação desse parágrafo único do Artigo 771. Imaginem o segurado lá em seu sítio, a muitos quilômetros de distância de um hospital. Repentinamente, ele sente fortes dores no peito. É o quadro típico de um enfarte.

Dada a necessidade de um atendimento urgente, ele é conduzido ao hospital por um helicóptero e, para agravar, não tem plano de saúde.

Aí surge a questão polêmica, que, aliás, me foi formulada em uma de minhas palestras. A despesa de condução havida com o helicóptero é de responsabilidade da seguradora? As despesas hospitalares para evitar a morte do segurado são indenizáveis? Lembrem-se, tais despesas foram feitas para evitar o sinistro, para evitar a morte do segurado.

Podem ser tidas como despesas de salvamento?

Bem, uma primeira hipótese: o segurado, apesar do helicóptero e do hospital, vem a falecer. O capital segurado será pago integralmente em razão da morte. Logo, não haverá capital excedente para as despesas hospitalares e de transporte. Em tal hipótese, é de se entender que tais despesas ultrapassam o capital de cobertura e logo, claramente, não haverá capital disponível.

Mas, em uma segunda hipótese: o segurado, graças ao rápido transporte de helicóptero e ao atendimento hospitalar, salvou-se. Portanto, tais providências evitaram o sinistro. E aí? A seguradora deverá indenizar tais gastos?

Abrindo um parênteses em nossa história, registro que o Dicionário de seguros, de Amílcar Santos, editado pelo Instituto de Resseguros do Brasil em 1944, define: “salvamento: ação de salvar, durante o sinistro, os objetos segurados”.

Aliás, define também: “salvados: denominação dada aos objetos, ou à porção de objetos, cobertos pelo seguro, quando salvos do sinistro”.

Como se observa, o vocábulo “salvamento” tem sentido próprio para o seguro e refere-se a objetos, e não à vida humana.

O legislador deve sempre ter o cuidado de empregar os vocábulos com muita atenção, atendo-se ao seu sentido particular, especialmente quando esse vocábulo está inserido dentro do campo próprio que lhe dá sentido particular. É o caso de “salvamento” no campo do “seguro”.

Porém, no caso que estamos analisando, parece que o legislador deixou escapar tal detalhe e serviu-se de um vocábulo pouco apropriado. Afora essa observação, sem dúvida que efetivamente sua vontade foi a de incluir as despesas necessárias para salvar uma vida entre as indenizáveis pelo seguro de vida.

De observar-se, entretanto, que entre as despesas hipotéticas que elegi neste comentário estão as hospitalares. Ocorre que existem coberturas específicas para cobertura de despesas médicas e hospitalares, que são as oferecidas pelos planos de saúde. Ora, se o segurado não as contratou, não terá direito a ser ressarcido de suas despesas realizadas com médicos e hospitais. Afinal, se ele contratou apenas um seguro de vida, não pode pleitear a cobertura para as

despesas hospitalares, da mesma forma que, se contratar apenas cobertura para incêndio, não terá direito à cobertura dos danos causados pelo vendaval.

A propósito, se essas despesas médicas, cirúrgicas e hospitalares forem consideradas despesas de salvamento, por analogia toda e qualquer despesa desse tipo terá de ser, também, considerada de salvamento. Por exemplo: cirurgia de apendicite em quadro agudo. Ou opera ou morre. Diversos tipos de câncer. Ou opera ou morre. Se ampliarmos o conceito de salvamento, em todas essas cirurgias, quando bem-sucedidas, a seguradora terá de reembolsar as despesas havidas só pelo fato de ter vendido o seguro de vida.

Por tais razões, parece muito claro que as despesas médicas e hospitalares não serão indenizadas pela seguradora dentro do seguro de vida, ainda que se fundamente o pedido no parágrafo único do Artigo 771, ou seja, como despesas de salvamento.

A questão relativa à indenização pelo transporte até o hospital merece outra conclusão, desde que haja uma indispensável necessidade de urgência e que implique em um transporte especializado. Primeiro, porque é uma despesa destinada ao “salvamento”, pois o transporte será imperiosamente urgente e especializado, ou o segurado falece. Segundo, porque inexiste cobertura específica de transporte até o hospital, apesar de excepcionalmente oferecerem tal cobertura inclusa em alguns planos de saúde.

Pois bem, concluindo, entendo que as despesas médicas hospitalares não gozarão de cobertura, uma vez que existe um produto próprio para tanto. Porém, as despesas excepcionais de transporte, atestadas pela equipe médica a imperiosa necessidade de atendimento com urgência, a ponto de justificar o deslocamento especializado do segurado/paciente, exigindo um helicóptero ou outra modalidade especial, estas deverão ser indenizadas, desde que o segurado seja salvo.

Como forma de se assegurar de surpresas decorrentes da flexibilidade de interpretação que os tribunais fazem, quase sempre em favor do consumidor, o ideal é que a seguradora já estabeleça um capital de cobertura para as despesas de salvamento.

Este é o meu pensamento.

Na abertura deste comentário, afirmei que a questão era dúbia e polêmica, e, portanto, como tal, sujeita a divergências, pelo que a coloco em debate.

E. Longevidade e seguro

Novembro/2011

Lucio Antonio Marques

Longevidade, em seu conceito mais simples, significa qualidade do longevo, ou seja, qualidade daquele que tem muita idade. Longevidade está sempre relacionada com expectativa de duração de vida.

Já seguro é difícil de ser descrito, pois temos uma gama muito variada de tipos de seguro. Creio que, analisando sob o prisma do tema, podemos dizer que o seguro seria social e teria como objetivo a proteção das categorias economicamente mais fracas contra determinados riscos, como velhice, invalidez, doença e até desemprego.

O seguro é peça fundamental se analisarmos a raça humana como sendo mais suscetível a vários tipos de acidentes, invalidez, morte, problemas de saúde etc. Creio que o mercado de seguros deve começar a discutir e analisar com maior profundidade as coberturas que precisam ser oferecidas aos mais longevos. Hoje, poucas companhias têm cobertura para pessoas até 80 anos, assim mesmo, limitando-se o capital segurado.

Gostaria de retornar ao Período Neolítico, que começou aproximadamente em 8000 a.C., quando a expectativa de vida era de apenas 20 anos. Essa situação perdurou por séculos. As mulheres frequentemente morriam no parto e a mortalidade infantil era extremamente elevada. Durante a Idade do Bronze, de 2200 a 700 a.C., a expectativa de vida na Europa permaneceu semelhante àquela do Neolítico.

Já a partir da Revolução Industrial, no século XVIII, o avanço na longevidade foi marcante em virtude da substituição do trabalho manual por máquinas e melhorias nas condições de saúde, nutrição e imunologia.

Desde o século XIX, com todas as modificações tecnológicas e a evolução fantástica da medicina, a expectativa de vida não parou de elevar-se, perdurando até hoje e com uma projeção muito grande para o futuro.

Vejamos: em 1955, havia 12 pessoas com idade superior a 65 anos para cada 100 abaixo de 20 anos, em uma razão de 12/100. Em 1995, tal razão subiu para 16/100, prevendo-se que para 2025 essa razão atinja 31/100. O número de pessoas acima de 65 anos em 1998 era de 390 milhões, devendo alcançar 800 milhões em 2025, ou seja, 10% do total da população mundial, que deverá ser de 8 bilhões de pessoas.

Por tudo isso e muito mais, os atuários das seguradoras devem começar a fazer cálculos visando a adequação de taxas e limites de capital para atender a um novo segmento da população: “a quarta idade”, pois forçosamente, queiramos ou não, a terceira idade em algum momento foi considerada até 60 anos, e hoje nós já temos um batalhão de pessoas com mais de 80 anos. Portanto, o mercado precisa se adequar para atender essa faixa de idade. Em 2050, teremos mais de 3 milhões de pessoas com mais de 100 anos.

A redução da natalidade vai fazer com que os polos opostos se choquem, pois teremos mais pessoas na faixa de 80 anos que se cruzarão com os mais jovens.

Creio que a evolução das ciências será determinante para decidir ou prever até quando a tendência de elevação da expectativa de vida e, consequentemente, a longevidade se estenderão no futuro.

Vários fatores são determinantes e influentes nessa trajetória de longevidade da população, entre eles os hereditários, os climáticos, os ambientais, os alimentares, os comportamentais e os medicinais.

Diversas cidades no mundo já concentram uma população de longevos com idade superior a 80 anos. Até no Brasil temos uma cidade nesta situação, que é Veranópolis, no Rio Grande do Sul, onde a média dos anos vividos é de 84,2 anos.

Um fato bastante interessante foi publicado pela revista Manchete, já extinta, em seu número 2.281, de 23 de dezembro de 1995, que mostra o lado cômico ocorrido na cidade de Veranópolis:

> Um homem de 70 anos chora sentado na calçada de uma rua de Veranópolis. Um conhecido, um pouco mais velho, penalizado, pergunta:

– O que é que houve? Por que você está chorando?

Esfregando os olhos, o chorão responde:

– Porque o papai me bateu!

– E porque você apanhou?

– Porque eu fiz careta pro vovô.

Um levantamento feito pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostra que várias cidades, principalmente no sul do país, têm população e índices de longevidade muito acentuados. Ter uma vida longa e saudável não é nenhum mistério e está ao alcance de qualquer pessoa disposta a seguir uma dieta equilibrada, fazer exercícios físicos regulares, evitar o estresse e usar suplementos, nutrientes e antioxidantes eficazes, segundo estudo da médica especialista em geriatria e longevidade Odilza Vital.

Na vida moderna, são adquiridos diversos hábitos que contribuem para o envelhecimento precoce: uma alimentação rica em radicais livres, em gordura saturada, excesso de bebida alcoólica, fumo, excesso de sol e estresse. Portanto, para que se consiga uma vida saudável e chegue-se aos 80, 90 ou 100 anos é necessário que as pessoas evitem esses fatores agravantes do envelhecimento.

A doutora Odilza Vital lembra que o uso adequado de suplementos alimentares é fundamental para alcançar uma vida mais longa. Há mais de oito anos ela recomenda para pacientes o extrato de pycnogenol, substância extraída da casca do pinheiro e cujos benefícios foram apresentados apenas recentemente no Congresso sobre Nutrição Funcional e Medicina Ortomolecular, em São Paulo. A endocrinologista explica que o pycnogenol potencializa a ação das vitaminas C e E, inibindo a formação de coágulos nas artérias, além de prevenir a arteriosclerose por sua ação vasodilatadora.

Como podemos observar, os médicos que cuidam de pacientes longevos têm se preocupado em fornecer medicamentos que ajudam a combater os radicais livres, além de substâncias que ajudam no combate a determinadas doenças que antes não eram tratadas.

É evidente que a área de seguros também precisa preocupar-se em estudar por meio de cálculos atuariais, novas tabelas, novos seguros, novas coberturas para os longevos participantes, como já disse, de uma quarta idade, ou seja, aqueles que ultrapassam os 80 anos e estão acima da idade média estimada pelos órgãos que controlam esse fator.

Hoje, algumas poucas seguradoras têm seguros com valores acanhados que protegem os mais longevos em até 80 anos. Mas temos que procurar estudar mecanismos e tipos de cobertura para abranger uma legião que chegará aos 100 anos com saúde.

A fase da vida acima dos 60 anos já demonstra a necessidade de um maior acompanhamento de todas as áreas, seja médica, seja de educação física ou mesmo de seguros com coberturas condizentes.

A abertura do mercado de resseguros, creio, poderá ajudar e muito o mercado na busca de novos produtos, novas coberturas com custos balanceados e adequados ao mercado brasileiro.

Creio que todos os órgãos que trabalham com seguro de pessoas deveriam se juntar e criar, conforme nossa ideia, um centro de estudos científicos de seguros de pessoas, pois essa deve ser a tônica de estudos dos próximos anos. Algumas resseguradoras já possuem centros de estudo nessa área, mas o Brasil se ressente disso, já que o máximo que apresentamos ao mercado são gráficos retirados dos levantamentos feitos pela Superintendência de Seguros Privados (Susep) ou pelo IBGE.

O Banco Mundial e outros organismos internacionais têm se preocupado em lançar coberturas para os menos afortunados, aqueles que ganham menos de US$ 60 por mês, mas deveriam também começar a preocupar-se com os longevos, pois em 2050 teremos 3 milhões de pessoas na faixa dos 100 anos de idade. Recente edição da revista Veja traz um artigo interessante de como parar o relógio, falando de longevidade. “Pela primeira vez na história, uma geração está conseguindo manter-se jovem e bela por muito mais tempo do que o metabolismo humano parecia permitir” (Veja, 15/06/2011). A revista também traz

um estudo feito pelo biólogo inglês Aubrey de Grey e um levantamento do que ele está fazendo no momento.

Grey tem uma ideia fixa: enfrentar a velhice e a morte. Ele aponta os principais problemas que nos levam a envelhecer – e como corrigi-los. São temas já tratados pela medicina, mas ainda em fase inicial.

1. A mutação cromossômica, em que algumas transformações celulares resultam em tumores malignos. A ideia de como consertar seria por meio da terapia genética.

2. Gordura nas células, que acumulam um resíduo de gordura chamado lipofuscina e, quanto mais, pior para a formação celular.

3. Enrijecimento: à medida que envelhecemos, as moléculas começam a se enlaçar umas às outras. Esse movimento provoca o endurecimento dos tecidos. Para consertar, seria necessário criar drogas que previnam o entrelaçamento molecular.

4. Morte celular: as células não divisíveis no coração e no cérebro não são substituídas quando morrem. Para consertar, transfusões periódicas de células-tronco farão com que essas células se reproduzam.

5. Doença de Alzheimer: plaquetas amiloides que são produzidas pelo organismo geram doenças degenerativas como o Alzheimer. Para consertar, seria necessário criar uma vacina que fará com que as células do sistema imunológico digiram as plaquetas.

6. A festa dos radicais livres: podem sofrer ataque e oxidação, causando o envelhecimento. Para consertar, teria que ser criado um backup biológico, de modo que as partes sadias do DNA mitocondrial sejam aplicadas no interior do núcleo celular.

7. Rebeldia celular: no organismo humano existem as “células rebeldes” que se recusam a morrer, provocando desequilíbrio. É o caso da diabetes. Para consertar, deveria haver inserção de “genes assassinos”, que destruirão essas células. É evidente que se a medicina chegar a um grau de excelência que possa construir tudo isso não quer dizer que não sofrerão o infortúnio da morte. Acredito

que o cientista está buscando uma forma de se manter com a aparência de um jovem, mas, ressalvando-se o que poderia ser considerado uma utopia, a ciência tem procurado de todas as formas mecanismos que possam ajudar quem precisa e minimizar as mazelas que as pessoas enfrentam por diversos tipos de doenças.

Por tudo o que vimos, entendo que os órgãos do mercado de seguros e resseguros precisam começar a discutir o que fazer para melhorar as coberturas existentes e ampliá-las para dar mais conforto aos longevos, que serão sempre os mais atingidos e os que mais necessitarão de coberturas que possam ajudar às famílias.

F. O suicídio sob o prisma do contrato de seguro e da dissonância dos tribunais com o Código Civil

Julho/2011

Voltaire Marensi e César Lara Peixoto

Embora muito antigo, o tema “suicídio” ressurgiu essa semana com força total e mostra que ainda continua causando muita polêmica em virtude da explícita dissonância entre os tribunais com os legisladores, doutrinadores, seguradoras, advogados e demais profissionais do mercado securitário. Há pouco tempo, a interpretação do Artigo 798 do Código Civil parecia estar pacificada pelos lidadores do Direito, mas o Superior Tribunal de Justiça, por meio da Segunda Seção, resolveu novamente colocar “lenha na fogueira” ao julgar o Agravo de Instrumento nº 1.244.022/RS. O julgamento teve um debate intenso entre os ministros, mas, ao seu término, prevaleceu a tese apresentada pelo ministro Luis Felipe Salomão, segundo a qual, em caso de suicídio cometido durante os dois primeiros anos de vigência do contrato de seguro de vida, período de carência, a seguradora só estará isenta do pagamento da indenização securitária se comprovar que o ato do segurado foi premeditado.

Para o ministro Salomão, “se alguém contrata um seguro de vida e depois comete suicídio, não se revela razoável, dentro de uma interpretação lógico-sistemática do diploma civil, que a lei, data vênia, estabeleça uma presunção absoluta para beneficiar as seguradoras”.

Em que pesem a enorme capacidade e o saber jurídico do ilustre ministro Salomão, nosso entendimento final sobre matéria julgada no sobredito agravo de instrumento, data vênia, está em total dissonância com as determinações dos artigos 797 e 798 do vigente diploma civil, que, por sua vez, é muito mais recente que as súmulas 105 do Supremo Tribunal Federal e 61 do Superior Tribunal de Justiça.

Nosso modo de percepção do tema caminha em sentido contrário ao firmado pelo STJ, uma vez que as supracitadas súmulas foram firmadas em 1963 e 1992,

respectivamente, quando não havia qualquer previsão legal no então vigente Código Civil de 1916. Ou seja, as súmulas 105 e 61 do STF e STJ, que regulavam a matéria enquanto não existia lei ordinária que abordasse o tema, hoje, representam uma afronta absoluta ao positivismo impregnado no Código Civil de 2002, que contempla em seus artigos 797 e 798, que assim preveem:

> Art. 797. No seguro de vida para o caso de morte, é lícito estipular-se um prazo de carência, durante o qual o segurador não responde pela ocorrência do sinistro.
>
> Parágrafo único. No caso deste artigo o segurador é obrigado a devolver ao beneficiário o montante da reserva técnica já formada.
>
> Art. 798. O beneficiário não tem direito ao capital estipulado quando o segurado se suicida nos primeiros 2 (dois) anos de vigência inicial do contrato, ou da sua recondução depois de suspenso, observado o disposto no parágrafo único do artigo antecedente.
>
> Parágrafo único. Ressalvada a hipótese prevista nesse artigo, é nula a cláusula contratual que exclui o pagamento do capital por suicídio do segurado.

A novel redação acima foi transcrita do nosso Código Civil, cuja verdadeira intenção do legislador foi no sentido de "colocar um ponto-final" na antiga celeuma em saber se o suicídio teria sido, ou não, premeditado.

Essa situação fática que gira em torno da "premeditação", em nosso entender, foi peremptoriamente afastada com a previsão legal do prazo de carência contratual.

Ao azo, sobre o tema já houve manifestação doutrinária pelo primeiro autor deste artigo, quando do lançamento da 3ª edição de uma de suas obras, que assim concluiu:

> Diante desta nova postura legislativa, os enunciados nº 105 e 61, respectivamente, do Egrégio Supremo Tribunal Federal e Superior Tribunal de Justiça não terão mais aplicabilidade na prática desde a vigência do novo Código Civil. Essa assertiva se prende a um simples motivo: o seguro de vida terá cobertura mesmo na hipótese de suicídio, desde que este fato ocorra após dois anos de vigência do contrato de seguro de vida estipulado entre segurado e segurador.

Antes da vigência do atual Código Civil, o eminente ministro Luiz Galotti, que fez parte integrante do Supremo Tribunal Federal quando julgou esta matéria, já preconizava pela criação, a exemplo do Direito francês, da conhecida "cláusula de incontestabilidade diferida", justamente para afastar de uma vez por todas esta situação fática, vale dizer, saber se o segurado teria premeditado, ou não, o suicídio quando da contratação do seguro de vida.

A Corte Maior, malgrado a lucidez do ministro referenciado, acabou de estender ao suicídio, inclusive nos casos de acidente pessoal, o que, também, nos parece ser em total desconformidade com o atual Código Civil.

Ademais, atribuir o ônus da premeditação às companhias de seguro, como lembram os irmãos Mazeaud, é uma "prova diabólica", praticamente impossível. Além disso, a existência de dúvidas sobre o conceito de "suicídio" ou "suicídio não intencional", para efeitos de exclusão de cobertura securitária, foi muito bem abordada pelo ilustre autor J. C. Moitinho de Almeida, quando lembrou que

> nos direitos europeus, ou não existe qualquer qualificação (leis belga, luxemburguesa e portuguesa e CCI italiano), ou se exige que o acto seja voluntário (artigo L 132-7, primeiro parágrafo do CA francês – se donne volontairement la mort), intencional (§ 161 da VVG alemã – vorsätzlich) ou consciente e voluntário (artigo 93 da lei espanhola). No fundo, não importa que quem se matou tenha agido com pleno domínio das circunstâncias que levaram a esse desfecho. A noção de "suicídio não intencional" parece contraditória, pois quem se dá a morte sem intenção é vítima de acidente, não podendo afirmar-se que se suicidou. Afigura-se, deste modo, preferível o recurso a uma daquelas fórmulas, designadamente a de suicídio voluntário que nos parece menos ambígua.

Ora, a estipulação no Código Civil de um prazo de carência foi uma medida que seguiu princípios, não só de mutualismo, em que se estriba o contrato de seguro, mas, sobretudo, de resguardo ao equilíbrio de uma relação contratual, no qual as partes (segurado e segurador) estabelecem garantias de solidez a este contrato-tipo, vale dizer de adesão.

A carência, a exemplo de outras legislações alienígenas, coloca as partes envolvidas nessa relação em uma situação de segurança e de certeza em um contrato em que a álea e a imprevisibilidade cercam essa relação contratual.

Vale lembrar que termo marca o decurso do prazo, garantindo, quer aos segurados, quer aos seguradores, uma estabilidade no negócio jurídico priorizando a boa-fé objetiva calcada nesta segurança jurídica.

Por fim, é de se concluir, venia concessa, que restou evidenciado, a nosso juízo, o lamentável equívoco que incorreu o Superior Tribunal de Justiça ao julgar o Agravo de Instrumento 1.244.022/RS, que causará reflexos de proporções ainda imensuráveis ao mercado segurador, tendo em vista, entre outros, o elevado crescimento da taxa de prática de suicídio no Brasil, que, nos últimos 10 (dez) anos, apenas à guisa de informação, chegou a 17% entre jovens-adultos entre 15 e 25 anos.

G. O seguro de vida, a previdência complementar e os fundos de pensão

Setembro/2012

Voltaire Marensi

O contrato de seguro precisa, urgentemente, de uma atualização legislativa, a exemplo do que já foi efetivado pela previdência complementar, que, com o advento da Lei Complementar 109, de 29 de maio de 2001, alterou a Lei no 6.435/77, notadamente em relação às entidades de previdência abertas e fechadas.

Nossa legislação securitária encontra-se disseminada em vários dispositivos legais, valendo ressaltar que a principal delas está prevista no Decreto-Lei no 73, de 21 de novembro de 1966.

Neste particular, cabe o registro de que existe uma preocupação do mercado securitário quando se discute, hoje, em sede legislativa, o projeto de lei sob número 8.034/2010, da relatoria do deputado Rubens Moreira Mendes Filho.

Em sede de novos diplomas sobre o contrato de seguro na atualidade, podemos pontuar com o Decreto-Lei no 72, de 16 de abril de 2008, que trata do novo regime do contrato de seguro no Direito português e a nova lei alemã de 2007, conhecida pela sigla VVG, que disciplina a matéria da formação dos contratos e sua execução nos parágrafos 59 e seguintes.

O princípio da boa-fé, elemento essencial na formação do contrato, por exemplo, está previsto no projeto nos artigos 6º, parágrafo único, 12 e 54, aliás, a exemplo de vários dispositivos consagrados no nosso Código de Defesa do Consumidor.

O seguro de pessoas é tratado nos artigos 789 e seguintes do Código Civil de 2002, ao passo que as entidades abertas de previdência complementar cuidam dos planos de benefícios previdenciários concedidos em forma de renda continuada ou pagamento único, rectius (pecúlio), acessíveis a quaisquer pessoas físicas, tudo como se dessume da leitura do Artigo 36 da sobredita lei complementar.

É neste ponto que o seguro de vida guarda íntima imbricação com os planos de pecúlio que tratam da previdência privada, de vez que o mutualismo está inserido quer no contrato de seguro de vida, quer nos planos das entidades de previdência complementar.

> Colhe-se da assertiva acima registrada que o Superior Tribunal de Justiça entendeu que o contrato de previdência privada com plano de pecúlio por morte assemelha-se ao seguro de vida, podendo também as normas aplicáveis às sociedades seguradoras estender-se, no que couber, às entidades abertas de previdência privada (Artigo 73 da LC nº 109/2001). REsp 877.965-SP, Rel. Min. Luis Felipe Salomão, julgado em 22/11/2011.

Verifica-se daí a aplicação do regime financeiro de repartição de capital de cobertura. O regime financeiro nada mais é do que a forma de financiamento adotado na base técnica do plano para o cálculo da contribuição. Pode ser sob a forma de repartição ou de acumulação. A acumulação ainda pode ser coletiva, considerando premissas atuariais, ou individuais, levando em conta somente a capitalização financeira das contribuições puras.

De sua vez, o regime financeiro de repartição simples seria embasado na estrutura técnica em que as contribuições pagas por todos os participantes do plano, em determinado período, deverão ser suficientes para pagar os benefícios decorrentes dos eventos ocorridos nesse período.

Já no regime de repartição de capitais de cobertura, a conceituação seria baseada na estrutura técnica, em que as contribuições pagas por todos os participantes do plano, em determinado período, deverão ser suficientes para constituir as provisões matemáticas de benefícios concedidos, decorrentes dos eventos ocorridos neste período, como os planos de renda por morte ou pensão.

De outro giro, o regime de capitalização no plano de benefício definido seria baseado na estrutura técnica em que as contribuições são determinadas de modo a gerar receitas capazes de, capitalizadas durante o período de cobertura, produzir montantes equivalentes aos valores atuais dos benefícios a serem pagos aos beneficiários no respectivo período. Neste plano é considerado notadamente o aspecto atuarial, por isso a capitalização coletiva durante o

período de diferimento (tempo de contribuição) pactuado entre a entidade e o participante. Como exemplo podemos citar os planos de aposentadoria ou renda por sobrevivência, muito comum no mercado entre 1980 e 1994.

Já o plano de contribuição variável é a simples acumulação individualizada das contribuições puras durante o período de diferimento pactuado. O que vai gerar o benefício é o valor acumulado de recursos ao longo do tempo. À guisa de ilustração, pode-se citar o Plano FGB (Fundo Garantidor de Benefícios), comercializado pelo mercado de 1994 a 1999; e o PGBL (Plano Gerador de Benefícios Livre), comercializado a partir de 1999.

Por todos esses aspectos, a perícia atuarial é imprescindível na questão que envolve a revisão de valores de pensão de previdência privada. Nesse sentido, o leading case no Resp 1.193.040/RS, DJU 25.06.2010. O voto condutor do acórdão, que foi provido por unanimidade, recomendou que em processos sobre a mesma matéria não se realize execução provisória desses feitos na origem.

Em relação às ações de cobrança de parcelas de complementação de aposentadoria pela previdência privada, o enunciado 291 do Superior Tribunal de Justiça diz que “prescreve em cinco anos, assim como a ação de cobrança de diferenças de valores de complementação de aposentadoria contados da data do pagamento” (enunciado 427 do STJ).

Dessarte, aplicou-se à prescrição quinquenal para a cobrança de parcelas não pagas integralmente. Adotou-se, assim, a regra do Artigo 94 da Lei no 6.435/1977, hoje expressa no Artigo 75 da LC 109/2001.

> Pois as questões que são debatidas no STJ e levadas à Justiça pelos participantes não pretendem eventuais diferenças de valores de reservas constituídas na forma do contrato e pagas a título de resgate, mas, sim, anos depois de celebrado o contrato e até mesmo distratado a sobredita avença, modificar a forma de cálculo das contribuições e benefícios, quando já suportados os riscos.
>
> Neste sentido, na hipótese em que a demanda é promovida por segurado que pleiteia alteração da forma de cálculo da renda mensal inicial, a prescrição atinge o fundo do direito e não apenas as parcelas anteriores ao último quinquênio precedente à propositura da ação.

> Resp 1.144779/DF, relator ministro Fernando Gonçalves. DJE 23/08/2010. AgRg no Ag 596497/RS, relator ministro Aldir Passarinho Junior. DJE 21/03/2005.

Por fim, registro um aspecto curioso em relação aos fundos de pensão, que são pertinentes às entidades fechadas de previdência complementar.

Os fundos de pensão, em muitas grandes empresas (por exemplo, a Boeing, Lockheed Martin AT & T, Lucent Technologies etc.), foram beneficiados porque muitos que se aposentaram tarde e que continuaram trabalhando em sua velhice, dormindo tarde, após a idade de 65, morreram dois anos após sua aposentadoria. Em outras palavras, muitos desses aposentados não viveram tempo suficiente para receber em benefícios suas contribuições ao fundo de pensão, de tal forma que deixaram um superávit financeiro não utilizado nos fundos de pensão para financiamento de terceiros.

Existe uma tabela elaborada pelos fundos de pensão americanos que indicam que para os aposentados com a idade de 50 anos, a expectativa de vida média é de 86, e que para os aposentados com a idade de 65 anos, a expectativa de vida média é de apenas 66,8. Uma conclusão importante deste estudo é que, a cada ano que se trabalha depois dos 55 anos, perde-se 2 anos de vida útil, em média.

A experiência Boeing é que os funcionários se aposentando com 65 anos de idade recebem cheques de pensão para apenas 18 meses, em média, antes da morte. Da mesma forma, a experiência Lockheed é que os funcionários que se aposentaram com 65 anos de idade recebem cheques de pensão por apenas 17 meses, em média, antes da morte.

Estes são rápidos aspectos, a meu sentir, que focalizam o tema acima elencado.

H. A não renovação do contrato de seguro de vida em grupo

Novembro/2014

Voltaire Marensi e César Lara Peixoto

No Recurso Especial 1.356.725/RS, publicado em 12/06/2014, a Terceira Turma do Egrégio Superior Tribunal de Justiça, tendo como relatora originária a eminente ministra Fátima Nancy Andrighi, entendeu, por maioria, após o voto-desempate do ministro Raul Araújo acompanhando os termos do voto divergente do ministro Ricardo Villas Bôas Cueva que, ante o risco de impossibilidade financeira para o cumprimento das garantias do seguro de vida em grupo, a seguradora pode optar pela sua não renovação, notificando os segurados, conforme estabelecido no contrato de seguro.

Em abono a este entendimento, disse o primeiro articulista acima nominado o seguinte:

> Em recente decisão na qual patrocinei os interesses de algumas seguradoras, a 5ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios, já se manifestou em sentido diametralmente oposto ao acórdão do Rio Grande do Sul, quando exarou a seguinte ementa:
>
> Ocorrendo o término da cobertura, o que implica cancelamento da apólice, não está a seguradora obrigada a apresentar nova proposta[84]

Pois bem. No voto-desempate, assim se exprimiu o ministro Raul Araújo:

> O tema da controvérsia refere-se à discussão quanto à legalidade da rescisão unilateral, pela seguradora, de contrato de seguro de vida coletivo que vinha sendo renovado por mais de 10 anos (13 anos), como se infere do documento de fl. 57. Sobre a matéria, manifestei-me, na sessão de 21/11/2013 da eg. Quarta Turma, como relator, por ocasião do julgamento do AgRg no REsp 799.632/PR, cujo v. acórdão ficou assim ementado:
>
> AGRAVO REGIMENTAL NO RECURSO ESPECIAL. SEGURO DE VIDA. RESCISÃO CONTRATUAL, MEDIANTE NOTIFICAÇÃO PRÉVIA. CLÁUSULA CONTRATUAL. CARÁTER ABUSIVO. NÃO OCORRÊNCIA. PRECEDENTE DA SEGUNDA SEÇÃO APLICÁVEL AO CASO. JULGAMENTO MONOCRÁTICO. CABIMENTO. INCONFORMISMO COM ENTENDIMENTO FIRMADO. INCIDÊNCIA. SÚMULAS 5 E 7/STJ. INADMISSIBILIDADE.

[84] O seguro no Direito brasileiro. 9. ed. São Paulo: Lumen Juris, p. 402.

> 1. A inovação trazida pelo art. 557 do CPC instituiu a possibilidade de, por decisão monocrática, o relator deixar de admitir recurso, entre outras hipóteses, quando manifestamente improcedente ou contrário à súmula ou entendimento já pacificado pela jurisprudência daquele Tribunal, ou de Cortes Superiores, rendendo homenagem à economia e celeridade processuais.
>
> 2. Descabimento da incidência das Súmulas 5 e 7/STJ, porquanto não se trata de reexame de provas ou interpretação de cláusula contratual, mas apenas do entendimento sobre a sua aplicação em situações jurídicas diversas.
>
> 3. Inexiste caráter abusivo em cláusula contratual, inserta em contrato de seguro de vida, que prevê a possibilidade de não renovação do contrato, mediante notificação prévia. Precedentes.
>
> 4. "Agravo regimental a que se nega provimento." (AgRg no REsp 799.632/PR, Rel. ministro RAUL ARAÚJO, QUARTA TURMA, julgado em 21/11/2013, DJe de 17/12/2013).

Disse, ainda, o eminente ministro:

> Note que em situação semelhante esta Corte já se manifestou no mesmo sentido:
>
> CIVIL E CONSUMIDOR. RECURSO ESPECIAL. SEGURO DE VIDA E RESIDÊNCIA EM GRUPO. RENOVAÇÃO AUTOMÁTICA POR 3 ANOS. DENÚNCIA UNILATERAL DA SEGURADORA MEDIANTE PRÉVIA COMUNICAÇÃO. POSSIBILIDADE.

Ademais, ressaltou o voto condutor do acórdão, em ensinamentos do eminente ministro Sidnei Beneti:

> Não há como se aplicar o entendimento firmado no REsp 1.073.595/MG, porque nesse julgamento assentou-se que se tratava de uma renovação de um contrato de seguro de vida individual e que fora renovado por mais de trinta anos, ao passo que no presente caso a renovação do contrato de seguro de vida em grupo ocorreu por cerca de treze anos.

Pelo que se dessume desta recente decisão, o seguro de vida individual e o seguro de vida em grupo, em tese, devem ser tratados de modo diferente no que tange ao cancelamento das respectivas apólices de seguro. Assim, se cuidar de

um seguro em que um segurado venha contribuindo por longos anos de vida, é necessário saber se o cancelamento da apólice de seguro trará danos irreparáveis ao patrimônio do segurado, ao passo que o seguro de vida em grupo firmado por um período relativamente pequeno pode sofrer significativas alterações no estado de risco.

Isso não significa que exista uma diferença fundamental no risco entre o seguro de vida individual e o seguro de vida coletivo ou de grupo. Nesse sentido, deve-se analisar cada hipótese dentro de uma maneira casuística, ou seja, saber, por exemplo, se no seguro de vida em grupo houve uma redução do quadro de funcionários da empresa ou de associados de determinada associação, como doutrina Ernesto Tzirulnik.

É preciso atentar para essa diferença entre o contrato de seguro de vida individual e o contrato coletivo:

> As relações individuais vigoram enquanto durar o contrato global, ressalvada sua extinção por qualquer outra causa. Ocorrendo a recondução do contrato global, estarão, automaticamente, reconduzidas todas as relações individuais. As diferentes relações individuais não têm, ou podem não ter, o mesmo prazo de duração, dependendo do momento em que se opera a adesão ou a inclusão do segurado no seguro. Essas divergências temporais, em casos excepcionais, podem levar à sobrevida das relações individuais com relação ao termo final do contrato global.[85]

Comentando o cancelamento do seguro, ensina o saudoso jurisperito em sede securitária Pedro Alvim:

> Esse dispositivo, restringindo a rescisão unilateral apenas às 'situações previstas em lei', poderá suscitar dificuldades para o segurador, quando houver um fato superveniente, não previsto em lei, que altere as condições do risco. Tornar-se-á difícil a rescisão unilateral, ainda que justificada pela própria natureza do negócio.[86]

[85] TZIRULNIK, Ernesto; CAVALCANTI, Flávio de Queiroz B.; PIMENTEL, Ayrton. O contrato de seguro: de acordo com o novo Código Civil brasileiro. 2. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, p. 208.
[86] A LVIM, Pedro. O contrato de seguro. Rio de Janeiro: Forense, 1983. p. 498.

Comentando sobre o contrato de seguro individual e a nova legislação de seguro de Portugal, J. C. Moitinho de Almeida enfatiza que o DL nº 72/2008 garante o interesse das seguradoras na estabilidade das suas carteiras, ignorando-se os interesses dos segurados por ocasião dos sinistros. Neste sentido, adverte:

> Por isso, as mais recentes legislações europeias ou estabelecem restrições quanto à duração dos contratos de seguro ou, admitindo embora a celebração do contrato por tempo indeterminado, contemplam o direito de resolução por parte do tomador do seguro. E limites existem também quanto à renovação tácita dos contratos.[87]

Já no nosso ordenamento jurídico, o vigente Código Civil de 2002 e a Superintendência de Seguros Privados (Susep) dispõem que o contrato de seguro de vida tem duração, de maneira geral, de um ano, permitindo-se sua renovação, mas facultando à seguradora a possibilidade de comunicar seu desinteresse pelo prosseguimento do contrato.

Porém, o que se verifica é que essa brecha legislativa permitiu a criação, pelas seguradoras, de um mecanismo de resolução do contrato de seguro de vida, não renovando os contratos de grupo de segurados, de modo geral, mais idosos, que pagam os prêmios, em certos casos, há décadas.

Ou seja, a verdade no fim é uma só: o Código Civil, as resoluções da Susep e Código de Defesa do Consumidor estão em total desarmonia entre si e necessitam, urgentemente, de estudos aprofundados, revisões e edições de suas normas, uma vez que já é realidade o evidente prejuízo a inúmeros segurados, que na sua grande maioria é composta por idosos que contribuíram por uma vida inteira visando garantir sua família por ocasião de seu falecimento.

Referências Bibliográficas

ALMEIDA, J. C. Moitinho de. Contrato de seguro: estudos. Coimbra, p. 102-103.

ALVIM, Pedro. O contrato de seguro. Rio de Janeiro: Forense, 1983. p. 498.

O seguro no Direito brasileiro. 9. ed. São Paulo: Lumen Juris, p. 402.

[87] ALMEIDA, J. C. Moitinho de. Contrato de seguro: estudos. Coimbra, p. 102-103.

TZIRULNIK, Ernesto; CAVALCANTI, Flávio de Queiroz B.; PIMENTEL, Ayrton. O contrato de seguro: de acordo com o novo Código Civil brasileiro. 2. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, p. 208.

19. SEGURO GARANTIA

A. A função social do seguro garantia

Março/2010

Edmur de Almeida

Via de regra, todos os seguros têm duas funções sociais.

A primeira é quando reparam uma situação de desequilíbrio econômico e financeiro causada por um infortúnio qualquer. Se não existisse o seguro, os governos teriam que gastar mais com auxílio-alimentação, saúde, seguro-desemprego, policiamento para conter a escalada da violência etc.

A segunda função social é financiar os gastos e investimentos do governo por meio das reservas técnicas das seguradoras – aquele dinheiro que as seguradoras são obrigadas a guardar para pagar as indenizações que ainda vão ocorrer. Quanto maiores as reservas das seguradoras, maior o grau de desenvolvimento econômico de um país.

Mas nosso seguro garantia tem outras funções sociais.

Quando o governo abre uma licitação para a construção de uma estrada, por exemplo, ele exige de cada construtora uma garantia de que, se ganhar, vai assinar o contrato. Dessa forma, o Estado deixa para a iniciativa privada – as seguradoras, no caso do seguro garantia – o trabalho de qualificar econômica, financeira e tecnicamente a construtora antes de ser sua fiadora.

Quando a construtora assina o contrato, é obrigada a apresentar outra garantia: de que vai construir a estrada nas condições constantes do contrato. Se não o fizer (abandonando a obra, por exemplo), o Estado aciona a seguradora, que chamará outra construtora e arcará com o sobrecusto (até o valor do seguro) ou indenizará o Estado para que contrate outra construtora. Ou seja, a obra será realizada.

Para obras de grande valor, a seguradora envia a campo seus engenheiros para se certificarem de que a construção está indo bem. Caso contrário, toma as

providências junto à construtora e ao Estado para que o cronograma seja cumprido.

Nos próximos anos, viveremos no Brasil um verdadeiro boom de obras: Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), Programa Minha Casa Minha Vida, eleições para os governos estaduais e presidente da República, sempre acompanhadas de muitas obras, Copa do Mundo, Olimpíadas.

O seguro garantia tem muito a contribuir com o Estado e com a sociedade, melhorando a transparência nas relações entre todos os interessados e garantindo que, de fato, as obras sairão do papel e serão entregues à sociedade.

B. Garantia de adiantamento de pagamento: gato por lebre

Julho/2013

Edmur de Almeida

Alguns segurados estão comprando gato e algumas seguradoras (e corretores) estão vendendo lebre... e isso não é bom. Cuidar bem do nosso mercado é uma obrigação de todos que dele vivem, sejam seguradoras, resseguradores, corretores, segurados, entidades de classe ou mesmo prestadores de serviços.

A atual norma do seguro (Circular Susep 232/2003, que, diga-se de passagem, está sendo revista) define a cobertura da modalidade de adiantamento de pagamento assim:

> Este seguro garante a indenização, até o valor da garantia fixado na apólice, pelos prejuízos decorrentes do inadimplemento das obrigações assumidas pelo tomador, em relação aos adiantamentos de pagamentos concedidos pelo segurado, que não tenham sido liquidados na forma prevista no contrato principal. (grifo nosso)

Particularmente, entendo que essa redação não poderia ser diferente por um motivo muito simples: o contrato de seguro garantia, ou seja, a apólice, é acessório em relação ao contrato principal, isto é, aquele assinado entre o segurado e o tomador e objeto do seguro. O contrato acessório inexiste se extinto o principal. Em decorrência, o contrato acessório não tem força para mudar o contrato principal.

Excetuadas aquelas para segurados públicos (sujeitas à lei), as garantias prestadas sob a forma de seguro podem ser restritas ao não atender a todas as exigências do contrato principal, mas nunca podem alterá-lo.

Fica a critério do segurado aceitar ou não, ou compor com seu fornecedor uma alternativa ou complementação à garantia. Vejamos exemplos em que o contrato principal exige:

I) Valor da garantia em R$ 1 milhão e o tomador entrega R$ 600 mil.

II) Prazo da garantia em 365 dias e o tomador entrega uma apólice com 290 dias.

III) Garantia para execução de obras civis e fornecimento de equipamentos e o tomador entrega uma apólice garantindo apenas as obras civis.

Do ponto de vista jurídico, isso é perfeito. Imperfeito é o contrato principal dizer que o adiantamento será liquidado na forma ABC e a seguradora emitir uma apólice dizendo que será na forma XYZ. Ou ainda, para ficar mais confuso, a apólice dizer que a liquidação será feita na forma prevista no contrato principal (ABC) e na forma XYZ.

Na revisão da circular, a Susep incorporou o conceito de "bom uso do adiantamento", ou seja, se o tomador comprovar que utilizou o dinheiro na execução do objeto do contrato, independentemente da entrega desse objeto, não há que o segurado falar em sinistro. Mas o texto sugere a confusão a que nos referimos acima:

> Este contrato de seguro garante a indenização, até o valor da garantia fixado na apólice, pelos prejuízos decorrentes do inadimplemento das obrigações assumidas pelo tomador em relação exclusiva aos adiantamentos de pagamentos, concedidos pelo segurado, que não tenham sido liquidados na forma prevista no contrato principal e devidamente expresso no objeto desta apólice, independentemente da conclusão deste. (grifo nosso)

A expressão "independentemente da conclusão deste" baterá de frente com o contrato que prevê a liquidação do adiantamento com a conclusão e/ou entrega do objeto. Ora, se a ideia é termos um produto com uma cobertura "básica" (bom uso do adiantamento), a redação precisaria ser mais clara. Uma sugestão seria:

> Este contrato de seguro garante a indenização, até o valor da garantia fixado na apólice, pelos prejuízos decorrentes do inadimplemento das obrigações assumidas pelo tomador em relação exclusiva aos adiantamentos de pagamentos, concedidos pelo segurado, que não tenham sido, integral ou parcialmente destinados e aplicados no projeto, na aquisição de insumos, na construção e/ou na fabricação e montagem do objeto do contrato principal. (grifo nosso)

Acredito que, mantida a redação sugerida pela Susep, esse produto não deve atender a uma boa parte dos grandes contratantes (os segurados). Para o bem de todos, espero que o mercado crie outras modalidades de garantia para adiantamentos de pagamentos que contemplem a cobertura esperada pelos segurados e prevista nos contratos.

Os corretores terão um papel fundamental nesse processo ao levar às seguradoras as reais demandas dos segurados. Mais do que nunca, especialmente do lado das seguradoras, precisaremos do bom e velho técnico, ou subscritor.

Mas, infelizmente, nesse item me parece que estamos sofrendo de escassez de subscritores, tanto em quantidade quanto em qualidade. Eu explico: para cada forma de liquidação de adiantamentos de pagamento, há um nível de risco associado. Quanto mais simples a liquidação, menor o risco. E – afirmação óbvia – para cada nível de risco, um nível de preço ou até a recusa do risco.

Vejamos algumas formas de liquidação de adiantamentos de pagamento, tomando por base um contrato com as seguintes características:

- objeto: fornecimento de estruturas metálicas
- valor: R$ 1.200.000,00
- prazo: 12 meses
- adiantamento: 10% = R$ 120.000,00
- entregas físicas: 4 entregas mensais nos últimos 4 meses do contrato (meses 9, 10, 11 e 12) em valores iguais de R$ 300.000,00.

Algumas possíveis formas de liquidação (do menor para o maior risco, na visão da seguradora):

1) Céu de brigadeiro: basta o tomador comprovar para o segurado que comprou matéria-prima (aço, parafusos etc.), independentemente da fabricação e entrega. Ou seja, o tomador envia a nota fiscal de compra da matéria-prima para o segurado e o adiantamento estará liquidado. Ou, para os segurados mais exigentes, é feita uma inspeção no endereço do fornecedor (tomador) para se certificar de que realmente o aço e os parafusos foram comprados. Uma apólice

dessas certamente teria sua vigência muito menor (1 ou 2 meses) que a do contrato (12 meses). E prêmio proporcional a isso. Mas, enfim, é o sonho de qualquer seguradora e é a cobertura que, se aprovada na íntegra, a Susep está sugerindo para o mercado.

2) Céu nublado: quando o valor das entregas atingir o valor do adiantamento, ele é liquidado. Nesse exemplo, a primeira entrega (mês 9) liquidaria o adiantamento.

3) Céu com trovoadas: o segurado desconta 10% de cada fatura de entrega do fornecedor, porque adiantou 10% no início do contrato (R$ 30 mil em cada fatura). Quando a soma desses descontos for igual ao valor do adiantamento, ele é liquidado. Nessa hipótese, precisariam ocorrer as 4 entregas de R$ 30 mil para que o adiantamento fosse liquidado: R$ 30 mil × 4 entregas = R$ 120 mil (igual ao valor do adiantamento). Nesse caso, a vigência do seguro seria até o mês 12. E, ao longo das entregas, o valor da garantia poderia ser reduzido.

4) Cadê o céu? o adiantamento só é liquidado com a entrega total (4ª entrega, mês 12), não sendo permitida qualquer redução do valor da garantia até que isso ocorra.

A subscrição precisa entender exatamente a forma de liquidação e o nível de risco associado e, a partir disso, aceitar o risco, aceitar com agravo de taxa ou recusá-lo. Quando o contrato não deixar clara a forma de liquidação, o conservadorismo característico da atividade seguradora recomenda pressupor o maior risco. O que não cabe é vender um seguro que não atenda ao segurado. Se isso ocorrer, a falha é, principalmente, do corretor e da seguradora. Pelo bem de nosso mercado, devemos acabar com essa prática, especialmente enquanto ainda é incipiente.

C. O seguro garantia que ajuda a financiar pequenas e médias empresas (parte 1)

Novembro/2013

Edmur de Almeida

A exemplo dos bancos, embora em proporção bem menor, o mercado de capitais também financia as empresas. Um dos instrumentos utilizados para isso são os Fundos de Investimentos em Direitos Creditórios, os chamados FIDCs. Um fundo de investimento pode ser aberto (aceita qualquer investidor) ou fechado (nasce e morre com um número restrito de investidores). O FIDC também pode comprar recebíveis “performados” (produtos ou serviços já entregues, NFs e duplicatas emitidas) ou “a performar” (produtos ou serviços ainda não entregues).

Quando o FIDC é aberto e admite a compra de recebíveis “a performar”, a norma da CVM (o “xerife” do mercado de capitais, com atuação semelhante à do BACEN junto aos bancos e à da Susep junto às seguradoras) exige uma garantia da performance por meio de fiança bancária ou seguro. Foi para isso que surgiu o seguro garantia chamado Antecipação de Recebíveis Contratuais. Por que essa modalidade não fez o sucesso que se esperava inicialmente?

Alguns fatores contribuíram para isso. Do lado das seguradoras, houve e ainda há alguma objeção pelo fato de que a indenização se dá exclusivamente sob a forma de dinheiro. Por exemplo: o tomador antecipou 30% do valor do contrato (hipótese: R$ 120 mil que deveriam ser pagos ao fundo em 12 meses), quebrou e abandonou o serviço pela metade, depois de pagar seis parcelas ao fundo. Logo, a indenização é de R$ 60 mil.

Outro receio das seguradoras é que os beneficiários (fundos) acionem a apólice sem verificar se houve realmente o sinistro. O fato de o tomador não pagar ao fundo uma parcela no vencimento não significa, necessariamente, que ocorreu um sinistro: o segurado pode ter apenas atrasado o pagamento. O fundo, como qualquer outro beneficiário de seguro, precisa ler atentamente a apólice para saber de seus direitos e deveres.

Do outro lado estão os fundos. A partir do momento em que transferem para as seguradoras o risco de performance, eles não têm mais 100% do controle da operação. Além do contrato de cessão do recebível e do risco de crédito do sacado (dono do recebível comprado), agora há também o contrato de seguro e o risco de performance do cedente (tomador do seguro garantia) – estes últimos com regras próprias.

O fato de que um seletíssimo grupo de corretores domina essa modalidade de seguro garantia também contribuiu para seu fraco desempenho. No entanto, a Antecipação de Recebíveis Contratuais é comum nos grandes financiamentos, especialmente nos chamados corporate finance e project finance.

O objetivo dessa modalidade de seguro é levar opções de novas fontes de financiamento (mercado de capitais) a pequenas e médias empresas. E tudo o que é novo precisa de um tempo para se firmar. Suas perspectivas são promissoras, assim como o são para o mercado de capitais, ainda incipiente no Brasil. Eu acredito que eles crescerão juntos para o bem das empresas e do mercado segurador. É uma missão louvável!

O seguro garantia que ajuda a financiar pequenas e médias empresas (parte 2)

Janeiro/2014

Edmur de Almeida

Na primeira parte do nosso artigo, explicamos que a modalidade de Seguro Garantia de Antecipação de Recebíveis nasceu de uma exigência da CVM: os Fundos de Investimentos em Direitos Creditórios (FIDCs) abertos teriam que exigir garantia dos cedentes – fiança bancária ou seguro – quando fossem comprar dos mesmos (cedentes) ativos (recebíveis) não performados. E os bancos? Existe alguma norma do Banco Central que aceite seguro garantia, tal qual a CVM? Os bancos entendem essa estrutura de garantia?

Enquanto os fundos compram ativos, ou seja, realizam uma operação de compra e venda (mercantil), os bancos emprestam dinheiro (operação de crédito) e, para isso, exigem garantias. As mais conhecidas são hipotecas ou alienação de imóveis e custódia/cobrança das duplicatas.

Em nenhuma norma do Banco Central consta literalmente que o seguro garantia pode ser aceito como uma garantia de operação de crédito. Então, fica a critério do banco exigir ou não esse tipo de garantia. Muitos entendem que essa exigência é possível, já que não é proibida pelas normas. De outro lado, há aqueles que não a aceitam, pois entendem que essa possibilidade não está colocada de forma clara.

Há, ainda, uma questão comercial. Quando o banco conhece bastante seu cliente (tomador do empréstimo) e o cliente de seu cliente (o sacado, nas duplicatas, ou recebíveis de contrato “a performar”), prefere bancar o risco de performance e ficar com o dinheiro que seria repassado à seguradora. Por quê? Porque o negócio do banco é o risco de crédito de seu cliente. Se o tomador não pagar o empréstimo porque não performou seu contrato com o sacado e, por isso, não recebeu, ainda assim será cobrado pelo banco. Outro fator relevante é que o banco tem visão de curto prazo em relação a essas operações,

diferentemente dos fundos. Isso implica um risco maior de execução da apólice, ainda que o sinistro não esteja amparado pelo seguro.

É bastante comum a ocorrência de atrasos em contratos de construção devido a problemas como um volume de chuva muito além da média durante a construção de uma estrada, exigindo a reprogramação do cronograma físico e financeiro. Em decorrência disso, poderá haver atraso no pagamento ao banco e isso não é sinistro coberto pelo seguro garantia. Na verdade, a operação de crédito deve ser também reprogramada, de forma a espelhar a nova situação do contrato. E, da mesma forma, o seguro. Se o banco não entender assim, poderá executar a apólice do seguro e criar estresse com a seguradora.

Como mencionei na primeira parte do artigo, quando se trata de operações de grande vulto, tendo em vista que a maturação é demorada e o prazo para pagamento ao banco é mais elástico, o seguro tem sido utilizado como forma de minimizar os riscos da operação. Afirmo, novamente, que o grande desafio é aplicar esse seguro, entre outras garantias, para viabilizar financiamentos a pequenas e médias empresas. Nesse sentido, ainda não avançamos o bastante. O que falta? Vamos tratar disso na terceira parte do nosso artigo.

D. Possibilidade do uso do seguro garantia em execução fiscal

Janeiro/2015

Voltaire Marensi

O seguro garantia foi criado “de modo tímido” pela circular da Superintendência de Seguros Privados, sob nº 232, de 3 de junho de 2003, valendo ressaltar que a matéria em tela merece maiores informações ao consumidor e ao público em geral, além de uma melhor disciplina no mercado crescente destes novos seguros.

Esta figura jurídica em sede processual foi prevista pela Lei no 11.382/2006, que acrescentou o parágrafo segundo ao Artigo 656 do CPC no sentido de que “a parte poderá requerer a substituição da penhora pelo seguro garantia judicial em valor não inferior ao do débito constante da inicial, mais trinta por cento”.

O Superior Tribunal de Justiça, no julgamento, em data de 17 de outubro de 2013, no AgRg no Recurso Especial nº 1.394.408 – SP, relator ministro Napoleão Nunes Maia Filho, entendeu que em sede de execução fiscal seria impossível o seu uso como caução, “por ausência de norma legal disciplinadora do instituto, não estando esta modalidade dentre as previstas no art. 9º da Lei 6.830/80. (AgRg no REsp. 1.201.075/RJ, Rel. Min. Arnaldo Esteves Lima, DJ 09.08.2011)”.

Hoje essa lacuna foi sanada com o advento do Artigo 73 da Lei nº 13.043/2014, que modificou a Lei nº 6.830/80, nos seus artigos 7º, 9º, 15º e 16º, que prevê ao executado, em sede fiscal, substituir a penhora por depósito em dinheiro, fiança bancária ou seguro garantia nos moldes do sobredito Artigo 656, parágrafo 2º, da lei processual.

A substituição da penhora por fiança bancária ou seguro garantia judicial pode acontecer a qualquer tempo, enquanto não expropriado o bem penhorado, não estando sujeito a preclusão, tal como decidiu a 4ª Turma no REsp. 1.084.244, publicado no DJ em 16 de agosto de 2010.

Cuida-se, portanto, de uma garantia fidejussória na qual é oportunizado ao devedor substituir a garantia da penhora de seus bens pelo uso desse instituto jurídico.

Nesse sentido, é possível atualmente sua utilização nas execuções fiscais, desde que não ocasione prejuízo ao exequente, no caso, a Fazenda Nacional, atendendo “ao princípio da menor onerosidade da execução para o devedor”, em sintonia com o que foi decidido no Recurso Especial 1.090.864, julgado pela 3ª Turma do STJ, relator ministro Massami Uyeda, DJ 01/07/11.

Portanto, cria-se uma nova utilização do seguro garantia, quando se tratar de execuções em matéria fiscal.

20. SEGURO PATRIMONIAL

A. Incêndio no mercado público convida mais uma vez a refletir: o seguro, na tragédia, é o único a repor o prejuízo econômico e financeiro estimável

Novembro/2013

Carlos Josias Menna de Oliveira

Quando as lágrimas secam, face perdas irreparáveis e inestimáveis, há sempre que, racionalmente, contabilizar-se os prejuízos econômicos e financeiros e buscar a recomposição. Não fosse assim, ao longo da História talvez a humanidade já estivesse extinta e o mundo falido. E hoje os tempos também são outros: o mundo, como nunca, move-se em essência pelo dinheiro. E sem ele, gostemos ou não, nada se recompõe ou muito pouco se repara.

É possível, de imediato, vislumbrar-se três tipos de prejuízos advindos com o fato: o prédio, a edificação e sua estrutura (que diz respeito ao dono do imóvel); o conteúdo (maquinário, móveis, utensílios e mercadorias pertencentes aos comerciantes) e os efeitos da paralisação para ambos, o que deixarão de auferir e o que isso pode representar de responsabilidades perante terceiros, em especial os empregados daqueles que mantinham comércio naquelas dependências. Isso tudo sem contar com eventual responsabilidade do proprietário do imóvel perante o comércio existente por danos em caso de ter agido com culpa (negligência, imprudência e/ou imperícia diante de, ilustrativamente, alguma falha na manutenção, eletricidade ou outros, que pudesse ter gerado o fogo).

Hoje, o mercado segurador atua livremente, cada empresa tem seu produto próprio e é comum seguradoras terem ofertas diversas de outras. O fato é que essas coberturas básicas para prédio e o conteúdo existem e podem ser adquiridas via corretor profissional na maioria das empresas do ramo.

Não pense o comerciante que o seguro do prédio lhe alcança, não. Ele tem que ter o próprio contrato para cobrir seu patrimônio. E há também cobertura para o risco de lucros cessantes (perda pela paralisação), sempre por um tempo

determinado, inclusive ao dono do local (perda de aluguel, por exemplo). Há também ofertas até para cobrir despesas extraordinárias e encargos de natureza trabalhista.

Teoricamente, o comerciante que não tiver seguro pode acionar o proprietário se este tiver culpa pelo fato. O proprietário, por sua vez, poderá contratar um seguro de responsabilidade civil alcançando terceiros por prejuízos decorrentes de sua culpa (que lhe seria útil até porque o segurador do comerciante, depois de indenizar a este, pode cobrar, daquele, o que desembolsou). Há, inclusive, cobertura para as despesas com salvamento do sinistro.

Nesta cadeia de coberturas, o que não se acoberta, em princípio, seriam somente as lágrimas. E o valor inestimável, como o histórico: se é que já não tem ou se já não está nascendo um produto para tal. Seguro ainda é o melhor negócio nestas horas.

B. Seguros patrimoniais: fazer direito para não ficar caro

Março/2014

Edmur de Almeida

Seguros patrimoniais são aqueles que protegem desde sua casa até uma hidrelétrica como Itaipu. Englobam diversas coberturas, sendo a principal a de incêndio, raio e explosão, chamada de básica. As demais (alagamento, vendaval, queda de aeronaves etc.) são adicionais.

O maior desafio na contratação desse tipo de seguro é fixar o que chamamos de valor em risco, ou o valor de reposição do bem envolvido na ocorrência. Por exemplo, se minha casa, construída há 20 anos, pegar fogo, não vou conseguir comprar tijolo e cimento ou pagar um pedreiro pelo mesmo valor de 20 anos atrás. Ou seja, terei que contratar um seguro pelo valor de reconstrução da casa hoje: metragem quadrada da construção multiplicada pelo valor por metro quadrado (disponível em jornais, revistas e indicadores econômicos), de acordo com o local e o padrão de construção. Não se deve considerar o valor do terreno, simplesmente porque ele não pode pegar fogo. Por outro lado, temos ainda o valor dos bens que estão dentro da casa: móveis, objetos de decoração, utensílios, eletrodomésticos, brinquedos e vestuário, entre outros. Da mesma forma que no caso da construção, não faz sentido a seguradora indenizar uma TV de 5, 10 ou mesmo 20 anos.

A soma de tudo isso (prédio + conteúdo) é o valor em risco declarado (VRD) pelo segurado. Quando você apresenta o VRD para a seguradora, ela simplesmente o aceita como o correto e calcula o valor do prêmio (custo do seguro) com base nessa informação. É economicamente inviável a seguradora mandar inspecionar sua casa para, por exemplo, conferir se o valor informado é real.

Na hora do sinistro, entretanto, ela fará isso e fixará o que se chama de valor em risco apurado (VRA). Nesse momento, três situações são possíveis:

1ª – O VRD e o VRA bateram: parabéns!

2ª – O VRD ficou maior que o VRA: o segurado pagou mais prêmio do que deveria, pois supervalorizou o valor em risco. Vai receber a importância apurada pela seguradora, necessária para a reconstrução, e não o valor que segurou.

3ª – O VRD ficou menor que o VRA: aqui é que mora o problema.

Os contratos de seguro trazem cláusulas diferentes sobre essa situação:

Seguro proporcional: a indenização será calculada na mesma proporção em que o seguro foi feito. O nome da cláusula é rateio:

- VRD: R$ 60,00
- VRA: R$ 100,00
- VRD/VRA = 60%
- Prejuízo: R$ 50,00
- Indenização = 60% de R$ 50,00 = R$ 30,00. Ou seja, o segurado está esperando R$ 50,00 e recebe R$ 30,00.

Seguro a primeiro risco relativo: a seguradora dá uma margem para o “erro” do segurado. Se o valor fixado pelo cliente se situar entre 80% e 100% daquele calculado pela seguradora, ela não aplica a proporcionalidade, ou a aplica considerando essa margem de erro.

- VRD: R$ 60,00
- VRA: R$ 100 × 80% = 80
- VRD/VRA = 75%
- Prejuízo: R$ 50,00
- Indenização = 75% de R$ 50,00 = R$ 37,50. O segurado está esperando R$ 50,00 e recebe R$ 37,50 (bem melhor do que na primeira situação).
- Se o segurado tivesse segurado R$ 80,00 (VRD), teria recebido todo o prejuízo, pois a relação VRD/VRA daria 100%.

Seguro a primeiro risco absoluto: a seguradora não apurará o valor em risco. Todo o prejuízo até o valor declarado pelo segurado será indenizado. Esse é o melhor tipo de contratação.

Quais são os segredos? Primeiro, procurar um bom corretor de seguros. Segundo, entender bem o que é valor em risco declarado e apurado. E terceiro, ler as condições de seu seguro e conhecer a forma de indenização.

O seguro mais caro é aquele que não indeniza o segurado quando ele mais precisa.

C. Será que meus mestres me ensinaram errado?

Novembro/2014

Miguel Roberto Soares Silva

Comecei a trabalhar com seguros em uma época em que éramos preparados para a função. Mesmo iniciando como office boy, estagiei um dia em cada departamento da seguradora para me familiarizar com toda a estrutura.

Em minha carreira de 53 anos que se completou neste mês de agosto, passei por cinco seguradoras e duas corretoras de seguros até fundar minha própria corretora, que completou 30 anos em 4 de junho de 2014.

Tive como professores verdadeiros ícones do mercado segurador brasileiro, como Sergio Túbero, Luiz Pamio, Mário Grampa, Júlio Laghetto e muitos outros. Para retribuir tudo o que me ensinaram, ministrei aulas durante 24 anos ajudando a formar novas celebridades em nosso mercado.

Vocês devem estar se indagando onde eu quero chegar. Explico: muitos valores e princípios tidos como básicos para o bom funcionamento e ordenamento de nosso mercado segurador hoje são meramente ilustrativos e ignorados para dar ênfase ao financeiro, ao ganho.

Dr. José Francisco de Miranda Fontana, que influenciou muito no meu aprendizado, explicou que o seguro baseava-se em alguns princípios, tendo como básicos a incerteza da ocorrência do evento e a mais estrita boa-fé. Este último originou o nome da primeira seguradora fundada no Brasil, “Boa-Fé”, com sede na Bahia.

A Boa-Fé, palavra rara nos dias de hoje, começou a sumir de nosso mercado com o Plano Diretor para o Mercado de Seguros, assinado em 1992 pelo então presidente Collor.

Não estávamos preparados para operar em um mercado livre; começaram as concorrências predatórias, tanto pelas seguradoras como pelos corretores de seguros; os prêmios despencaram sem se preocuparem com os cálculos

atuarias; vieram os sinistros e, com o Plano Real, a especulação financeira acabou, as margens de lucro diminuíram e o resultado está aí.

Vocês vão notar que meu foco principal está nos seguros patrimoniais, mas também abordarei outras modalidades.

Eu aprendi que sem o risco não se pode fazer seguro. Será? Li um artigo do respeitável acadêmico Dilmo Bantim Moreira, no qual ele menciona que em um futuro próximo as seguradoras passarão a exigir o teste de “DNA” para que os seguros de vida ou saúde sejam aceitos.

Agora sou eu que pergunto: onde está o risco? Todos os segurados que tiverem algum gene ruim não serão aceitos pela seguradora. Alguns vão me responder: Miguel, o risco continua, só que selecionado, pois foi feito um gerenciamento de risco.

Eu retorno ao princípio do mutualismo, ele não é a base de sustentação do mercado? Agora ele só serve para a sustentação das seguradoras?

Como fogo lembra inferno, vamos destacar o inferno que virou a cobertura de incêndio para os corretores de seguros especializados em seguros patrimoniais.

Acessei o site de uma seguradora que figura entre as 10 maiores do Brasil para calcular uma proposta de seguro patrimonial, qual não foi meu espanto ao encontrar na lista de ocupações a palavra “proibido” em 81,35% dos itens. Até aqui não tínhamos nem pensado em gerenciamento de risco. Só a denominação já marginalizava a atividade.

Retornando ao tema, as seguradoras estão aceitando somente os estabelecimentos que não possuem risco. Se não tem risco, por que vou fazer seguro?

Se o assunto de seguros patrimoniais está batido demais, mudemos, vamos falar de seguro de veículos. Fomos consultados para fazer o seguro de uma frota de doze veículos entre caminhões e pickups leves. Pasmem, risco sem aceitação, porque eram utilizados no transporte de pneus, muito visado pelos ladrões, os quais acabam ficando com os veículos. Assim sendo, não se aceita porque tem risco. Posso fazer seguro sem risco?

Vários clientes já me disseram que, se fossem atender a todas as exigências das seguradoras, pagar o prêmio e arcar com as franquias, seria melhor ficar sem seguro.

Reforço o assunto com uma frase de nosso confrade Antônio Penteado Mendonça divulgada em artigo da revista Segurador Brasil nº 97: “O risco faz parte das atividades humanas. Aliás, se não fizesse, não haveria razão para existir o setor de seguros.”

Concluindo, voltemos para o início do tema: Posso fazer seguro de um evento que não tem risco? Boa-Fé, onde ela está com o clausulado embolado em que se encontra?

Estou convicto de que meus mestres não me ensinaram errado. Errado está o nosso sistema baseado na lei de Gerson.

21. SEGURO RURAL

A. É o Brasil um país essencialmente rural?

Maio/2010

Fernando Silveira

"Se a chama que está dentro de ti se apagar, as almas que estão a sua volta morrerão de frio"

Há muito tempo estamos falando sobre o potencial do seguro rural no Brasil. Muitos ouviram e duvidaram, mas hoje aparecem como paladinos dessa verdade que está tão evidente que até os incrédulos passaram a acreditar nela.

Chegamos a afirmar que o seguro rural é uma das únicas alternativas para a atividade seguradora brasileira mudar seu patamar de participação nas atividades econômicas nacionais.

Falamos com seguradores, corretores, técnicos e dirigentes e de todos eles recebíamos sempre uma negativa, principalmente quando a proposta referenciava algum tipo de investimento na atividade.

O tempo passou e, hoje, já com mais de dez anos de atraso, o mercado de seguros brasileiro despertou para o seguro rural. Agora, é voz corrente o interesse de muitas seguradoras nesse setor específico.

Nesse ponto, é necessário recorrer a mais uma frase perfeita para definir o que realmente sentimos com referência a tudo isso: "Choramos quando nascemos porque chegamos a este imenso cenário de dementes".

Hoje, mais do que em qualquer outro momento, as commodities agrícolas estão sob forte demanda no mundo inteiro e, com o passar do tempo, essa característica deverá ser ampliada, principalmente devido à incapacidade de outros países de produzir quantidades suficientes de alimentos, capazes de minimizar a fome que em muitas áreas já é endêmica.

Veja-se, por exemplo, o caso da China, segundo maior exportador de manufaturados do mundo, somente perdendo para os EUA, que continua sendo a maior potência econômica mundial. Como fará para oferecer à sua população de mais de 1,4 bilhão de indivíduos pelo menos uma única refeição diária?

Não tem como. Terá que comprar no mercado internacional aquilo que precisa para dar ao povo um pouco de dignidade. A África também é outra forte candidata a adquirir alimentos para seu povo, que continua morrendo de fome na maioria dos países que a compõe.

Também a Índia, a Europa, a Ásia e até mesmo nossos próprios irmãos sul-americanos deverão continuar utilizando as reservas brasileiras de alimentos para suprir suas demandas.

Carne suína e bovina, frutas, cacau, café, cereais, aves, peixes, camarões e lagostas, além de embutidos já manufaturados, são as principais necessidades a serem supridas por uma estratégica área rural, que pode continuar a ser a principal reserva alimentícia do mundo.

Para que isso continue acontecendo, é necessário não somente produzir, mas estabelecer as prioridades de produção de acordo com nossas capacidades. Isso requer investimentos, planejamento, créditos subsidiados, suplementos agrícolas, máquinas e tudo mais que for necessário para a obtenção de resultados cada vez maiores.

Evidentemente, tudo isso requer também coberturas securitárias abrangentes, que deem ao produtor as garantias de colheita de suas safras.

Não pode o produtor rural continuar a arcar sozinho com ocorrências climáticas, que podem comprometer os resultados de seu trabalho e a liquidez de seus investimentos.

Deve ele estar protegido o suficiente para que sua safra seja incluída na pauta das exportações como se fosse um compromisso formal com outros povos.

Dessa forma, o Brasil, com sua extensa área rural, poderá assumir compromissos futuros com outras nações que queiram ser nossas parceiras nessa grande missão de alimentar o restante do mundo.

Nós temos a força e podemos usá-la para ajudar quem precisa.

Finalmente, “A dignidade está em viver com os ganhos de nosso próprio trabalho”.

22. SEGURO SAÚDE

A. Seguro saúde e assistência médica pública e privada: desafios para o próximo presidente da República

Novembro/2010

Horacio L. N. Cata Preta

Não é preciso ser um grande especialista em saúde pública ou privada para perceber que inexoravelmente estamos nos aproximando de um grande impasse: haverá recursos para atender a população que utiliza os hospitais e os postos do SUS? E os planos de saúde, conseguirão cumprir as determinações da ANS e atender adequadamente seus clientes?

Sabemos que os recursos orçamentários da União, dos Estados e dos municípios permitem apenas um atendimento básico à população de baixa renda, que, por sua vez, não dispõe de renda para adquirir um seguro ou plano de saúde privado. Se o governo Federal dobrar os atuais valores, ainda assim, muitos anos serão necessários para se chegar a um patamar adequado de atendimento com qualidade e efetividade aos cidadãos.

O enunciado constitucional contido no Artigo 198 ainda é uma promessa a ser cumprida:

> Art. 198. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações de serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Os vários governos após a redemocratização do país ainda não encontraram o caminho certo para a plena estruturação do SUS, que tem enfrentado escassez de recursos para sua manutenção, ampliação e investimentos em novas tecnologias e serviços, problemas de gestão e de distribuição da rede de atenção básica e hospitalar, sem mencionar os baixos salários dos profissionais de saúde e o distanciamento entre os cidadãos (clientes do SUS) e os provedores de serviços de assistência médica.

É imprescindível que o próximo presidente da República priorize em sua agenda de trabalho a área da Saúde, não só direcionando novos recursos para o SUS, mas designando gestores eficientes que possam focar nos grandes problemas já diagnosticados de assistência médica e de prevenção, isso sem esquecer a questão da vigilância sanitária e do saneamento básico – água e esgoto tratados –, que permitirão reduzir inúmeras doenças e dar melhor qualidade de vida às populações hoje desassistidas.

Sabemos que a agenda do presidente é complexa e os recursos orçamentários escassos, mas se houver vontade política e determinação para atender a população mais necessitada, soluções serão encontradas.

Até mesmo uma bolsa-saúde pode ser cogitada, ainda que emergencialmente, pois o cidadão cuida melhor do dinheiro do que o governo! Ele saberá onde buscar a melhor assistência médica, seja diretamente junto aos prestadores de serviços, seja em operadoras de planos de saúde. Se não forem bem atendidos, poderão reclamar nos órgãos competentes e o governo saberá o que fazer. Não dá para reclamar do SUS, pois ninguém faz nada para mudar.

Todavia, a atenção não deverá ficar restrita ao SUS, à vigilância sanitária e ao saneamento básico, pois cerca de 25% da população brasileira possui planos privados de saúde, os quais estão sob a égide da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que detém o poder regulador concedido por lei específica que lhe atribuiu funções de fiscalização e controle das atividades das operadoras de planos e seguros de saúde.

Criada em 2000, a ANS dedicou-se nos primeiros anos à proteção dos consumidores ou usuários dos planos e seguros de saúde, evoluindo nos últimos anos para as questões econômico-financeiras, às quais as operadoras devem estar subordinadas, à semelhança das seguradoras em relação à Superintendência de Seguros Privados (Susep).

A estrutura regulatória criada ao longo desses dez anos pela ANS para as operadoras de planos e seguros de saúde poderia, no meu modo de ver, ser ordenada dentro dos seguintes blocos: (i) regulação das coberturas dos planos e seguros de saúde – rol de procedimentos, carências, manuais de orientação e

proteção aos consumidores; (ii) regulação das questões econômico-financeiras estruturais – capital, provisões técnicas e respectivos ativos garantidores, margem de solvência, plano padrão de contas contábeis, auditoria independente e relatórios a serem enviados à ANS, planos de recuperação de operadoras; (iii) regulação de aspectos técnicos dos produtos – notas técnicas atuariais dos produtos, controle dos preços dos planos individuais e supervisão dos preços dos planos coletivos, cadastro de beneficiários dos planos e seguros de saúde; (iv) regulação do processo sancionador – fiscalização das ações das operadoras, aplicação de penalidades, controle das reclamações dos usuários dos planos, processos de direção fiscal e liquidação extrajudicial; (v) regulação de aspectos tecnológicos, TISS (Troca de Informações em Saúde Suplementar), TUSS (Terminologia Unificada da Saúde Suplementar), SIB (Sistema de Informação de Beneficiários), SIP (Sistema de Informações de Produtos), DIOPS (Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Saúde), entre outros; (vi) regulação de programas específicos – programa de qualificação, programa de prevenção, ressarcimento ao SUS e outros.

É fácil perceber que a estrutura regulatória não contemplou a fiscalização das operações e ações dos prestadores de serviços (médicos, consultórios odontológicos, laboratórios, clínicas e hospitais) que não estão sujeitos ao controle e à fiscalização da ANS, especialmente nos aspectos qualidade e efetividade dos serviços, preços praticados e foco no usuário dos planos e seguros de saúde, havendo apenas uma resolução que trata do envio eletrônico de informações às operadoras (TISS) que, apesar dos benefícios para todos os envolvidos, ainda não foi plenamente implantada em todos os estabelecimentos de saúde e consultórios.

Cabe lembrar que a ANS iniciou há dois anos o processo de registro definitivo, que até hoje não foi concluído por falta de envio de documentação por parte de um grande número de operadoras e/ou por problemas relacionados a liquidez, cobertura de provisões técnicas ou de capital. Ou seja, estão insolventes.

Eis aqui uma pequena demonstração do tamanho do problema que o futuro presidente enfrentará.

Como brasileiros e interessados no bem-estar do Brasil, estamos às ordens para ajudar e contribuir para a melhoria da situação das saúdes pública e privada no nosso país.

B. Sistemas de saúde e as crises periódicas

Janeiro/2012

Horacio L. N. Cata Preta

Se estabelecermos um paralelo entre o sistema financeiro e os sistemas de saúde no Brasil e no restante do mundo, encontraremos muitas semelhanças, assim como acharemos soluções que podem ser aplicadas em ambos os sistemas com os ajustes necessários às peculiaridades de cada um. Em uma análise cuja margem de erro está mais nos casos particulares ou localizados, podemos classificar por cores os nossos sistemas de saúde em duas categorias: o SUS seria vermelho e o suplementar, amarelo. Quais são os critérios que me levaram a essas cores?

Li um interessante artigo publicado no Valor Econômico de 6 de novembro de 2011, de autoria do professor Roberto Luis Troster, doutor em Economia pela USP e professor da PUC/SP, USP e Mackenzie denominado “As cores e as dores dos sistemas financeiros”, tema a ser apresentado ao XIX Congresso Brasileiro de Economistas. Ele classifica os ciclos de intermediação do sistema financeiro em quatro cores: verde-contribuição, amarela-fragilização, vermelha-crise e cinza-recuperação e faz uma análise das últimas situações conjunturais no Brasil e no mundo. Nesse artigo, encontrei várias semelhanças entre as fases ora vividas pelos sistemas de saúde oficial (SUS) e suplementar (planos e seguros de saúde) com as do sistema financeiro.

O que está acontecendo com a economia no Brasil repercute diretamente nas atividades da área de saúde, tanto do SUS quanto do sistema privado suplementar, que compreende os planos e seguros de saúde, estabelecimentos de saúde, médicos, dentistas e demais profissionais da saúde, indústria farmacêutica e o setor industrial de equipamentos hospitalares, materiais descartáveis, órteses e próteses.

O SUS inegavelmente vive uma fase vermelha e de crise intensa, grande parte decorrente da má gestão dos recursos; descentralização do atendimento para

os municípios, que, em sua grande maioria, não dispõem de meios para executar essa tarefa; aumento dos custos operacionais com a introdução de novas tecnologias para exames e procedimentos hospitalares e novos medicamentos sem o adequado planejamento operacional e orçamentário. Ou seja, problemas precisam ser atacados com um plano estratégico que contemple várias ações para atender a população de forma rápida e eficiente nas áreas com mais demandas de consultas, exames para diagnóstico, internações cirúrgicas, tratamentos para reabilitação ou acompanhamento de doenças crônicas. Isso sem mencionar os programas de prevenção que permitem reduzir custos ambulatoriais e hospitalares.

Quando recentemente a economia internacional entrou em crise e produziu a quebra dos bancos Bear & Stearns e Lehman Brothers nos EUA, o governo daquele país correu e despejou bilhões de dólares no restante do sistema bancário e em várias indústrias para evitar um colapso geral que afetaria toda a população americana, que até hoje vive uma fase de lenta recuperação. Providências idênticas, mas em menor grau, ocorreram no Brasil e em praticamente todos os países que estão interligados ao sistema financeiro internacional. Acreditamos ter passado incólumes pela crise, mas o que houve foi apenas um retardamento na sua chegada ao Brasil. Ela já chegou e vai nos afetar inexoravelmente, por isso, temos que nos preparar.

O Sistema Único de Saúde (SUS)

O Sistema Único de Saúde (SUS), sistema composto pelo Ministério da Saúde e secretarias estaduais e municipais de Saúde, deveria proporcionar atendimento integral à população para redução do risco de doença e de outros agravos e permitir o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Isso não tem acontecido, pois foi afetado igualmente e sob vários aspectos: os preços dos materiais, novas tecnologias e medicamentos subiram, mas os recursos oriundos dos orçamentos federal, estaduais e municipais não acompanharam o ritmo desse aumento de custos. Sem mencionar que a demanda pelos serviços também cresceu. As

reclamações apresentaram um incremento significativo e a quantidade de problemas relacionados à má gestão dos recursos financeiros e humanos também. Ou seja, muitos problemas, muita política e poucas soluções para o efetivo enfrentamento da situação.

O sistema suplementar de saúde

Por outro lado, o sistema suplementar de saúde, composto pelas operadoras de planos e seguros de saúde, pelos beneficiários desses planos e pelos prestadores de serviços, sob a fiscalização e regulação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), atravessa uma fase amarela e de fragilização, pois também foi afetado. Esse sistema, que hoje atende cerca de 25% da população brasileira, foi fortemente afetado pela inflação dos chamados custos médicos e hospitalares, resultante de novas tecnologias, procedimentos e medicamentos e pelo aumento da demanda de serviços, pelas contínuas normas regulamentadoras da ANS, pela queda na oferta de leitos hospitalares e dos sucessivos conflitos com os prestadores de serviços, especialmente os médicos, todos em busca de melhor remuneração.

Nesse período, o contingenciamento da remuneração dos estabelecimentos de saúde, médicos, dentistas e demais profissionais da saúde pelas operadoras de planos e seguros de saúde é justificado por várias razões. Entre as mais alegadas estão a introdução de novos procedimentos pela ANS, que agregam tecnologias mais custosas, novos medicamentos, órteses e próteses e o aumento dos casos de alta complexidade, especialmente oncológicos e cardiológicos.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)

O processo regulatório começou em 1999, mas foi efetivamente disparado a partir de 2000 com a criação da ANS. Nos primeiros anos, o foco foi nos aspectos relacionados às coberturas dos planos e nos direitos dos usuários, ficando os fundamentos econômicos e financeiros do sistema para uma segunda etapa, fato

que gerou distorções importantes na liquidez das operadoras, o que veio a produzir nos últimos anos uma situação de 400 operadoras em situação de risco, que já deveriam ter sido absorvidas por outras ou liquidadas pela ANS, prejudicando o mercado com serviços de baixa qualidade e seus usuários.

A ANS busca um projeto irrealizável de equalizar os serviços das operadoras de planos e seguros de saúde ao padrão ideal do SUS, nunca alcançado, qual seja o atendimento integral à população assistida visando a redução do risco de doenças e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, porém, não apresenta qualquer fórmula que permita viabilizar esse projeto no âmbito das operadoras, pois, enquanto no sistema público há sempre a possibilidade da criação de um novo imposto para suprir necessidades ou cobrir déficits orçamentários, nas operadoras não há válvula de escape. A má gestão leva à insolvência e à liquidação extrajudicial da empresa.

O futuro da saúde no Brasil

Hoje, temos um sistema suplementar de saúde que funciona melhor do que o SUS, mas com várias fissuras estruturais no seu modelo econômico-financeiro; altamente concentrado nas regiões Sudeste e Sul do país; baixa penetração nas pequenas cidades e, apesar de arrecadar recursos em valor maior (R$ 89 bilhões em 2011) do que a verba orçamentária do SUS (R$ 70 bilhões), ainda não consegue atender seus usuários dentro dos padrões almejados pela ANS e pelos beneficiários dos planos, embora tenha ampla aprovação por parte dos usuários.

Há alguns desafios a vencer, como a eliminação de barreiras de acesso aos idosos e aos portadores de doenças preexistentes, cuja solução está mais nos cálculos atuariais e estatísticos relacionados à utilização dos serviços médico-hospitalares do que em resoluções emanadas da ANS.

Decorridos mais de doze anos da sanção da Lei nº 9.656/98, que regulamentou as operações dos planos de saúde privados, que, aliás, foi alterada por 41 medidas provisórias, é chegado o momento de se fazer uma cirurgia no seu conteúdo, consolidando-o e atualizando seus conceitos, além de incorporar ao

texto as melhores práticas que foram construídas ou aperfeiçoadas no decorrer dos últimos anos, assim como incluir os prestadores de serviços, os fornecedores de equipamentos e materiais hospitalares, os laboratórios farmacêuticos e todos os demais atores que interferem na economia do sistema para que possam discutir suas pretensões e remunerações e acompanhar as normas exigidas das operadoras, viabilizando-as em prol dos usuários dos planos e seguros de saúde, razão de ser do sistema de saúde suplementar e de todos os esforços gerados por milhares de pessoas envolvidas.

C. Estratégia para transformação de valor no sistema de saúde

Maio/2015

Jorge Abel Peres Brazil

Passados 38 anos dedicados ao mercado segurador, estou atuando neste último ano no negócio de consultoria e corretagem em gestão de benefícios, mais especificamente na área de saúde.

Percebe-se que, no mundo inteiro, este setor está se debatendo com o aumento constante dos custos e a insatisfação dos usuários. Segundo o Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec), os consumidores não estão satisfeitos com os serviços de planos de saúde. Nos últimos anos, as reclamações contra as companhias de saúde aumentaram 60% somente na capital de São Paulo. Já para as seguradoras/operadoras, a luta é constante contra os custos crescentes.

Neste círculo vicioso, perdem todos: seguradoras/operadoras, os estipulantes, os usuários e a classe médica, que terá rendimentos mais baixos. E cada vez mais se consolida o conceito da "judicialização" da saúde no Brasil como mecanismo de autodefesa do consumidor.

Apesar de a Lei 9656/98, que regula os planos de saúde, excluir procedimentos relacionados a inseminação artificial, por exemplo, a Justiça vem dando ganho de causa para mulheres que entram com ação solicitando que o plano de saúde cubra o tratamento. Isso impõe às seguradoras um custo extra que não havia sido precificado no ato da venda do plano de saúde.

Líderes do setor vêm tentando inúmeras mudanças – atacando as fraudes, reduzindo erros, criando e aplicando códigos de conduta, fazendo dos pacientes melhores consumidores, implementando registros médicos eletrônicos, entre outras medidas – mas nenhuma teve muito impacto.

O sinal vermelho para a situação atual pode significar rupturas difíceis de corrigir, como o abalo na confiança dos usuários, danos à reputação das seguradoras/operadoras com queda na demanda de produtos e serviços e ações judiciais por desentendimentos nas especificações dos produtos recebidos.

É hora de repensar a estratégia. Entendo que a integração da cadeia de valor no sistema de saúde seja o caminho. O centro das atenções deveria ser o paciente e o objetivo o de criar valor agregado, buscando melhores resultados e custos menores.

Os prestadores de serviços que agregarem valor serão mais competitivos. Acredito que um novo modelo estratégico estará sustentado na combinação de alguns componentes, como pensar nas condições de saúde dos pacientes, em vez de simplesmente especialidades médicas; mensurar os custos e resultados para cada paciente; e criar produtos (pacotes) com preços que considerem o ciclo completo de serviços.

O papel do gestor de benefícios (corretor/consultor) completa essa relação ao transformar ideias em conceitos viáveis de negócios para a área de recursos humanos, fortalecendo a comunicação desta com seus colaboradores, facilitando rotinas operacionais, realizando movimentação cadastral, auxiliando na orientação aos usuários sobre o correto uso dos seus benefícios, acompanhando os casos crônicos e auxiliando na busca constante do equilíbrio dos contratos.

Entendo que na maioria das seguradoras/operadoras praticamente não existam informações precisas sobre o custo de todo o ciclo de tratamento de um paciente com determinada patologia. Essa realidade também é válida para as empresas (estipulantes) que contratam planos de saúde para seus funcionários, os custos indiretos, como absenteísmo, não são medidos.

Por exigência mercadológica, seguradoras e operadoras fragmentam seus serviços com a promessa de estar mais próximo do consumidor. Na verdade, uma boa jogada de marketing, mas uma estratégia ruim para criação de valor. É essencial concentrar o volume para criar unidades integradas e especializadas para determinados tratamentos e com isso evitar a duplicação de esforços e a inevitável ineficiência.

A questão é como pensar no cliente/paciente e suas necessidades e, assim, fornecer em um mesmo ambiente o ciclo completo de atendimento para suas

condições de saúde. Especialistas com um objetivo comum: maximizando os resultados do paciente e reduzindo drasticamente tempo e recursos.

O momento que atravessamos pode representar a oportunidade de romper com os modelos tradicionais do negócio de saúde e, dessa forma, aumentar o dinamismo e a competitividade do mercado. Todos os operadores deveriam estimular, atrair boas ideias e desenvolvê-las ambiciosamente para transformar em grandes negócios.

D. As alterações da nova lei dos planos de saúde

Setembro/2014

Voltaire Marensi

A Lei nº 13.003, de 24 de junho de 2014, altera a lei nº 9.656, de 3 de junho de 1988, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, e torna obrigatória a existência de contratos escritos entre as operadoras e seus prestadores de serviços.

A alteração inicia-se pelo caput do Artigo 17 da Lei dos Planos de Saúde, pela qual a inclusão de qualquer prestador de serviço de saúde implicará no compromisso com os respectivos consumidores quanto à sua manutenção ao longo da vigência dos contratos, permitindo a substituição desse profissional, desde que seja por outro prestador de igual equivalência e mediante comunicação àqueles dentro de um prazo de antecedência de trinta dias.

Essa norma legal facilita o atendimento de milhares de consumidores, de vez que a após a saída de um profissional credenciado do plano, este deve ser, de imediato, substituído por outro de igual jaez.

Por outro lado, os consumidores devem ser comunicados dessa alteração (substituição de um profissional por outro) com 30 dias de antecedência. Exemplificando: se um médico ortopedista atendeu a consulta de um paciente dentro do plano de saúde e, posteriormente, vem a "sair" do plano, o consumidor, na nova marcação de consulta (tempo para a realização de exames médicos), quando retornar para a exibição do resultado do exame, não deverá mais ouvir da secretária daquele a explicação de que o médico não atende mais pelo respectivo plano credenciado.

A aceitação por parte de qualquer prestador implicará, também, em direitos e obrigações decorrentes da legislação em vigor, segundo expressa dicção legal da nova lei em comento.

Essas condições de prestação de serviços de atenção à saúde serão regidas por contrato escrito, estipulado entre a operadora do plano e o prestador de serviço.

De sua vez, o contrato deve estabelecer com clareza as condições para sua execução, aliás, expressas em cláusulas que definam direitos, obrigações e responsabilidades das partes.

Impende ressaltar que no contrato devem estar insertas cláusulas pertinentes ao objeto e à natureza da avença, com descrição de todos os serviços contratados, definição dos valores dos serviços, dos critérios adotados, da forma e da periodicidade do reajuste, além dos prazos e procedimentos para faturamento e pagamento dos serviços prestados.

Outrossim, deve haver a identificação dos atos, eventos e procedimentos médico-assistenciais que necessitem de autorização administrativa da operadora, assim como sua vigência, prorrogação, renovação e rescisão. Haverá, também, penalidades pelo não cumprimento das obrigações contratadas pelas partes.

O reajuste dos serviços contratados será sempre anual e realizado no prazo improrrogável de noventa dias contados do início de cada ano transcorrido.

Vencido o prazo acima, sem reajuste, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) definirá o índice aplicável no sobredito reajuste.

Outra novidade da nova lei diz respeito ao fato de que o órgão regulador e fiscalizador dessas atividades, vale dizer, a ANS, poderá constituir Câmara Técnica com representação proporcional das partes contratantes.

A ANS deverá publicar normas regulamentares para melhor esclarecimento do disposto nesta novel legislação. Por fim, o prazo da vacatio legis da nova lei será de cento e oitenta dias a contar de sua publicação.

23. SUSTENTABILIDADE

A. Sustentabilidade no setor de seguros

Julho/2015

Acacio Queiroz

Para uma pessoa ser sustentável, basta “viver sem comprometer os recursos para as futuras gerações”. Parece fácil, mas não é. E o que dizer de uma empresa? Basicamente, ela deve fazer a mesma coisa. Ou seja, garantir que a natureza esteja protegida para que os insumos sejam fartos e garantam a produção dos bens; praticar a justiça social e ajudar no desenvolvimento saudável das comunidades do entorno.

Em resumo, ser sustentável no mundo corporativo representa garantir sua perenidade.

No setor de seguros, sustentabilidade é tudo isso e muito mais. Afinal, catástrofes naturais, cada vez mais devastadoras, colocam os analistas do setor em alerta constante sobre a necessidade de agir de maneira global. Os riscos climáticos afetam todo o planeta, com consequências inevitáveis para manter o bem-estar das populações. Mas, se considerarmos somente o ponto de vista da sustentabilidade do setor de seguros, as consequências dos desastres naturais afetam diretamente o desempenho financeiro das companhias.

Assim, ser sustentável no setor de seguros é ir além de fazer o bem e garantir o lucro para os acionistas. Porque, se o planeta não estiver equilibrado e acontecer um desastre, as consequências recairão para a área financeira da seguradora. Os líderes do setor já se conscientizaram de que precisam assumir seu papel como protagonistas sob o risco de o setor de seguros não se sustentar.

Por esse motivo, o Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente – Iniciativa Financeira uniu-se à indústria de seguros em nível global para desenvolver os princípios para sustentabilidade em seguros. Desde que foi lançado, em 2012, esses princípios têm influenciado práticas do setor em três dimensões: ambiental, social e de governança.

Não dá mais para preservar o planeta apenas com ações pontuais e restritas. Agora, deixando de atuar como meras pagadoras de indenização, as seguradoras estão partindo para ações que promovam a conscientização e influenciem a cadeia produtiva e a atitude das pessoas. É um desafio que a indústria de seguros está preparada para apoiar. O foco será investir muito mais em prevenção do que em reparo.

Para atingir esses objetivos, uma aposta é inovar. Porque, afinal, conforme lembra a pesquisadora da Universidade de Cambridge, Swenja Surminski, "sustentabilidade, às vezes, é simplesmente fazer as coisas de uma maneira diferente". Sabemos que esse “fazer diferente”, no Brasil, ainda precisa superar grandes desafios. Vivemos um momento em que a concretização dos sonhos de consumo se configura como uma barreira para as práticas sustentáveis. A sede por consumo precisa ser equilibrada com o cuidado com o meio ambiente.

Para influenciar atitudes pró-meio ambiente, as seguradoras estão se apoiando em vantagens financeiras para o consumidor. Isso já é presente, por exemplo, ao se conceder descontos para o seguro de um carro híbrido ou avaliar itens sustentáveis de uma casa para calcular de forma diferente o seguro residencial.

Os princípios firmados com as seguradoras são apenas o início do caminho para influenciar a mudança de atitude, estimulando práticas em consonância com a preservação ambiental. Este é o futuro da indústria de seguros em busca da sustentabilidade. Para muitas seguradoras, felizmente já é o presente.

B. Sustentabilidade como vetor estratégico do negócio

Julho/2014

Fátima Lima

A incorporação de critérios de sustentabilidade à estratégia das empresas foi um dos grandes marcos do processo de evolução mundial. Esse olhar estratégico a partir de um contexto mais amplo, que envolve não apenas o desempenho econômico-financeiro, mas considera também aspectos ambientais, sociais e de governança, tem ganhado força tanto no ambiente corporativo como na esfera pública.

A mais recente ação nesse sentido foi a publicação da Resolução 4.327 pelo Banco Central do Brasil, que estabelece diretrizes para a implementação de uma Política de Responsabilidade Socioambiental (PRSA) pelas instituições financeiras.

Resultado de uma ampla discussão com a sociedade iniciada em 2011, a norma aponta que a política deve conter as diretrizes que balizam as ações de natureza socioambiental nos negócios e na relação da empresa com as partes interessadas. Na prática, isso significa que as instituições financeiras devem demonstrar como consideram os riscos socioambientais no processo de gerenciamento das diversas modalidades de risco a que estão expostas.

Essa iniciativa do Banco Central vem ao encontro de demandas atuais da sociedade, que exige cada vez mais das empresas um posicionamento ético e responsável do ponto de vista financeiro, social e ambiental. Nesse contexto, a sustentabilidade deixa de ser apenas um modismo para se consolidar como um desafio global para empresas, governos e sociedade.

Mas a simples adoção de uma miscelânea de táticas e ações isoladas não produz uma estratégia sustentável. A sustentabilidade deve fazer parte do posicionamento estratégico da empresa, orientando sua atuação e suas decisões.

Além de manter uma comunicação transparente, o grande desafio é contemplar os interesses de todos os envolvidos (investidores, trabalhadores, clientes, governos, ONGs e a sociedade de modo geral) e, ao mesmo tempo, melhorar o desempenho nos planos ambiental, social e de governança.

Para isso, é preciso incentivar a criação de valor compartilhado entre todos os públicos estratégicos, incrementando a inovação e o desenvolvimento de negócios sustentáveis por meio de identificação, avaliação e acompanhamento de riscos e oportunidades associados aos temas ambientais, sociais, econômicos e de boa governança.

Percebendo a importância desse movimento, o mercado segurador se movimentou para consolidar a cultura da sustentabilidade, com o lançamento, em junho de 2012, do Princípios para Sustentabilidade em Seguros (PSI).

A iniciativa do Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente – Iniciativa Financeira (UNEP/FI) em parceria com a Confederação Nacional das Empresas de Seguros Gerais, Previdência Privada e Vida, Saúde Suplementar e Capitalização (CNseg) tem contribuído para a formação de uma nova consciência entre as empresas do setor. Tanto que hoje o Brasil é o país com o maior número de participantes no PSI.

É importante ressaltar que os princípios são uma estrutura opcional. Ou seja, não foram desenvolvidos para serem obrigatórios. Por isso, caberá à indústria seguradora arregaçar as mangas e adotar essas práticas em seu dia a dia, em busca de um segmento mais responsável, transparente, consciente e preparado para o gerenciamento de riscos e o desenvolvimento de soluções sustentáveis para o setor.

O grande desafio é disseminar uma cultura de prevenção para educar a população e garantir o acesso aos produtos de seguro. Esta é uma atitude sustentável. Em vez de ficar de braços cruzados, precisamos levar informação para a sociedade, engajando as pessoas e empresas na construção de um novo cenário, mais inclusivo.

Cientes de seu papel cada vez mais decisivo na transformação da realidade socioeconômica, muitas organizações já entenderam que é fundamental ter

consciência da importância de suas atividades e da amplitude de suas iniciativas em relação à sustentabilidade.

Ou seja, aprenderam que uma empresa sustentável zela pela qualidade ética e transparente das relações com os públicos de interesse; incorpora interesses legítimos das partes interessadas em seus planos estratégicos; considera o impacto de suas ações no meio ambiente e identifica estratégias para reduzi-los; e, principalmente, assume um posicionamento estratégico e não apenas uma postura legal ou puramente filantrópica.

Diante desse cenário, e neste momento de indefinição, a experiência mostra que as grandes iniciativas podem começar pelo que, à primeira vista, parece pequeno e rotineiro.

Sim, é preciso pesquisar e inovar para a sustentabilidade. Mas também é preciso manter os gestos corriqueiros como essenciais – cortar custos desnecessários, economizar recursos como água e energia, usar frente e verso do papel, reciclar, reduzir resíduos, otimizar processos logísticos e, fundamentalmente, educar. E, se isso puder ser estendido à cadeia de valor de cada empresa, melhor ainda.

24. TERCEIRIZAÇÃO

A. Desafio para a indústria de seguros

Novembro/2014

Jorge Abel Peres Brazil

Durante décadas, criar um projeto de cadeia de valor para uma seguradora significava simplesmente montar uma estrutura fixa de fornecedores internos e definir parceiros com canais de distribuição para diferenciar-se competitivamente.

Porém, com o rápido avanço da tecnologia, em mercados cada vez mais competitivos, os diferenciais tornaram-se obsoletos e sem sustentação. O desafio para os executivos passou a ser a capacidade de criar vantagens temporárias, mas contínuas, destruindo e reconstruindo seus recursos estruturais, tecnológicos e de pessoas.

Neste cenário, para crescer de forma contínua e sem fazer grandes investimentos em ativos próprios, ou mesmo sacrificar resultados, se apresenta um novo tipo de estratégia de crescimento, que permite avanço imediato e sustentável.

Essa estratégia tem como pilares saber aproveitar os ativos existentes em outras empresas de serviços e utilizá-los a seu favor.

A terceirização fez parte da estratégia de alguns importantes operadores do mercado neste primeiro semestre, impactando com reduções de até 25% nos seus custos diretos e indiretos.

O segredo está em criar uma parceria transparente e verdadeira, olhando para as equipes terceirizadas como se fossem partes de sua própria equipe e buscando nesses parceiros valores que vão além da simples questão de redução de custos, como especialização, respostas rápidas e escala. Assim, o mais importante passa a ser o quanto rende uma iniciativa de terceirização.

25. TRIBUTOS

A. Na venda de bens salvados não incide o ICMS

Maio/2011

Voltaire Marensi

Em sessão de 16 de fevereiro de 2011, o Tribunal Pleno do Supremo Tribunal Federal editou a súmula vinculante sob número 32, que guarda o seguinte enunciado: “O ICMS não incide sobre alienação de salvados de sinistro pelas seguradoras”.

Foi, de fato, uma grande vitória para as seguradoras que comercializam contratos de seguros de automóveis, de vez que o Supremo Tribunal Federal (STF), com o teor da súmula acima transcrita, coloca uma “pá de cal” em matéria que vinha atormentando há anos as seguradoras na venda de veículos com perda total.

Dessarte, com a edição da nova súmula, não incide mais o ICMS sobre a venda de automóveis com perda total (veículos deteriorados e carcaça de veículos sinistrados) que permanecem nas mãos das próprias empresas de seguros após o pagamento de indenização desses bens ao segurado, tornando-se inservíveis à comercialização no mercado de automóveis em circulação.

O enunciado da Magna Corte esclarece em termos técnicos que “o ICMS não incide sobre a alienação de salvados de sinistros vendidos pelas seguradoras”, pacificando a questão no sentido de que os juízes de todas as instâncias adotem, doravante, o entendimento do STF.

A decisão foi originária de julgamento de Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADIN), aforada pela Confederação Nacional do Comércio, presentando as empresas de seguro contra a Assembleia Legislativa e o governador de Minas Gerais.

A ação questionava, em síntese, a constitucionalidade da cobrança do tributo feita pelo Estado, já que a tributação era efetivada com base no Artigo 15 da Lei no 6.763, de 1975, modificado em 1989 pela Lei no 9.758.

Para o presidente do Supremo Tribunal Federal, ministro Cezar Peluso, "a seguradora não é comerciante e a venda de sucata não integra a cadeia produtiva de veículos".

Em ligeira análise, o argumento das companhias de seguros, sufragado pelos ministros da Corte Suprema, é de que só a União pode criar tributos sobre as atividades de seguro. Nesse raciocínio, a venda da "carcaça de automóveis" não é parte integrante de sua atividade-fim.

A matéria sob debate teve o escore de sete votos a quatro, seguindo a maioria dos ministros o voto do relator Gilmar Mendes. O julgamento, iniciado no fim dos anos 1990, havia sido interrompido em 2007, com pedido de vistas do presidente da Suprema Corte.

A matéria objeto desse julgamento, em verdade, suspendia o enunciado da súmula 152 do Superior Tribunal de Justiça desde 2007 frente a uma questão de ordem no julgamento de uma ação impetrada por várias seguradoras.

De fato. A súmula 152 do Egrégio Superior Tribunal de Justiça dizia que "na venda pelo segurador, de bens salvados de sinistros, incidia o ICMS". Na assentada que originou a súmula ora derrogada registrei, em sede doutrinária, "que a seguradora deveria por ocasião do sinistro pagar ao segurado o valor determinado pela tabela FIPE, correspondente ao veículo sinistrado".[88]

Vale sublinhar, ao azo, que dentro das condições gerais da apólice de seguro automóvel, que no ato em que a seguradora passa à condição de proprietária do bem deve repor ao segurado o valor deste constante da tabela FIPE, ou pagar a ele, segurado, um veículo nas mesmas condições e estado do automóvel acobertado pelo contrato de seguro.

Cuida-se, portanto, no caso concreto, de uma típica obrigação alternativa a cargo da empresa seguradora, que fica com a possibilidade de pagar o valor do veículo

[88] MARENSI, Voltaire. O seguro no Direito brasileiro. 9. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2009. p. 13.

ou repor o mesmo bem equivalente. Aplica-se, aqui, o velho adágio multissecular “Plures res sunt in obligatione, una res tantum in solutione”. Aliás, como ressalta muito bem Maria Helena Diniz, em seu Curso de Direito Civil brasileiro, a alternativa, que é de início relativamente indeterminada, determina-se antes da execução pela escolha de uma das prestações.”[89]

Por derradeiro, se a companhia optar por uma forma ou outra de pagamento, a venda do bem sinistrado não poderá mais sofrer incidência de tributação (cobrança de ICMS), pois tal fato não se constitui mais uma operação de comércio para as empresas seguradoras.

Referências Bibliográficas

DINIZ, Maria Helena. Curso de Direito Civil brasileiro: teoria geral das obrigações. 24. ed. São Paulo: Saraiva, 2009. p. 126.

MARENSI, Voltaire. O seguro no Direito brasileiro. 9. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2009. p. 13.

[89] DINIZ, Maria Helena. Curso de Direito Civil brasileiro: teoria geral das obrigações. 24. ed. São Paulo: Saraiva, 2009. p. 126.

ACADEMIA NACIONAL DE SEGUROS E PREVIDÊNCIA

Avenida Paulista, 1294 | 4° andar | Conj 4B
Edificio Eluma | Bela Vista | São Paulo | SP
Telefone: 11 3661.4164 | 11 3333. 4067
e-mail: secretaria@anspnet.org.br
www.anspnet.org.br