



PODER JUDICIÁRIO  
**TRIBUNAL DE JUSTIÇA**  
São Paulo

**Registro: 2025.0000285040**

**ACÓRDÃO**

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1001106-37.2017.8.26.0146, da Comarca de Cordeirópolis, em que são apelantes CLAUDIA REGINA BALTAZAR CABRINI (JUSTIÇA GRATUITA), GIOVANA BALTAZAR CABRINI (JUSTIÇA GRATUITA), GABRIELA BALTAZAR CABRINI (JUSTIÇA GRATUITA) e CARLOS HENRIQUE BALTAZAR CABRINI (JUSTIÇA GRATUITA), é apelado ZURICH SANTANDER BRASIL SEGUROS E PREVIDÊNCIA S.A..

**ACORDAM**, em 29ª Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça de São Paulo, proferir a seguinte decisão: "Deram provimento ao recurso. V. U.", de conformidade com o voto do Relator, que integra este acórdão.

O julgamento teve a participação dos Exmos. Desembargadores NETO BARBOSA FERREIRA (Presidente) E MÁRIO DACCACHE.

São Paulo, 25 de março de 2025.

**CARLOS HENRIQUE MIGUEL TREVISAN**  
**RELATOR**  
Assinatura Eletrônica



PODER JUDICIÁRIO  
TRIBUNAL DE JUSTIÇA  
São Paulo

VOTO Nº 27.457

APELAÇÃO Nº 1001106-37.2017.8.26.0146

COMARCA: CORDEIRÓPOLIS (VARA ÚNICA)

APELANTES: CLAUDIA REGINA BALTAZAR CABRINI, GIOVANA BALTAZAR CABRINI, GABRIELA BALTAZAR CABRINI e CARLOS HENRIQUE BALTAZAR CABRINI

APELADA: ZURICH SANTANDER BRASIL SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

JUÍZA DE PRIMEIRO GRAU: JULIANA SILVA FREITAS

SEGURO DE VIDA EMPRESARIAL - Contrato coletivo - Morte de beneficiário - Cobertura recusada - Ação de cobrança de indenização securitária proposta pelos sucessores do beneficiário - Sentença de improcedência - Apelo dos autores - Omissão acerca de doença preexistente - Ciência inequívoca da contratante não comprovada - Omissão consciente por ocasião da contratação do seguro não demonstrada - Indenização securitária exigível - Ação procedente - Apelação provida

A sentença de fls. 374/382, cujo relatório é adotado, julgou improcedente a ação.

Apelam os autores (fls. 385/394) alegando que “*NADA FOI CONTRATADO COM O EMPREGADOR QUANTO A EXCLUSÃO DE COBERTURA, O QUE SE VÊ FACILMENTE PELA AUSÊNCIA DE ASSINATURA EM FOLHAS QUE MENCIONAM EXCLUSÃO DE COBERTURA, MORMENTE DE DOENÇA PREEXISTENTE*”, que “*HOUE CERCEAMENTO DE DEFESA, VISTO QUE OS AUTORES PEDIRAM PARA FAZER PROVA DE QUE NÃO FOI CONTRADADA TAL EXCLUSÃO DE COBERTURA, OUVINDO INCLUSIVE O EX-EMPREGADOR, ESTIPULANTE. E A MM JUÍZA SENTENCIOU SEM DAR OPORTUNIDADE DE PROVA DE NÃO CONTRATAÇÃO DE EXCLUSÃO DE COBERTURA, BEM COMO SEM SEQUER APRECIAR TAL ALEGAÇÃO*”, que “*É dever da seguradora provar que esclareceu as partes sobre as exclusões à cobertura, ou seja, é a ré quem deve provar que informou, de forma clara, sobre todas as restrições ao direito de indenização. Observa-se que as folhas de exclusão de cobertura estão todas apócrifas - fl 113, 117, 121, 126, 131, 135. Folhas de contrato sem assinatura ou rubrica presumem-se não negociadas. O empregador não assinou nenhum documento mencionando exclusão de cobertura. As folhas assinadas nos autos 30, 32, 114, 122, 127, 132, são apenas de autorização de débito. As demais, em especial as folhas de declarações de exclusão - fl 113, 117, 121, 126, 131, 135, nunca foram avençadas, não estão assinadas*”, que “*É dever da seguradora provar que contratou o que não foi assinado. - Restrições ao direito em contratos em especial de seguro devem estar em destaque e comprovadamente de ciência dos contratantes (assinaturas) - É DEVER da seguradora informar sobre exclusões e diligenciar acerca do estado de saúde dos segurados no momento da celebração do negócio jurídico, ofertando/exigindo questionário de risco e análise médica prévia. A ré recebeu a proposta de adesão juntamente com GPS/GFIP e a aceitou. Óbvio que se tivesse recusado, não teria recebido os prêmios e nota-se que até poderia solicitar a apresentação de novos documentos, mas assim não o fez*”, que “*para que a cláusula limitativa de direitos constantes nas apólices tenha validade, é imprescindível que haja a exigência de exames médicos prévios à contratação ou a demonstração de má-fé do segurado, nos exatos termos da Sum. 206 do STJ. In casu, não se verifica nem uma hipótese, nem outra. Extrai-se do contrato que a seguradora tinha o prazo de 15 dias para aceitar ou recusar o seguro, a contar da*



PODER JUDICIÁRIO  
TRIBUNAL DE JUSTIÇA  
São Paulo

*data do recebimento da proposta” e que “tendo a seguradora se reservado ao direito de recusar a proposta em 15 dias, porém, nesse prazo não se manifestou e sequer exigiu qualquer exame médico dos empregados, de modo que não pode, após a ocorrência do sinistro, avocar a ausência de cobertura para empregados que tivesse doença pré-existente”.*

O recurso foi regularmente processado e respondido.

Parecer da Procuradoria Geral de Justiça opinando pelo desprovimento (fls. 419/424).

É o relatório.

Rejeita-se a preliminar de cerceamento arguida pelos apelantes uma vez que os documentos trazidos ao processo se mostram suficientes a dirimir a controvérsia, sendo desnecessária e impertinente a produção de prova oral e dispensada a apresentação de outros documentos.

No mérito, o recurso comporta acolhimento.

Consta da inicial que “Os autores são viúva e filhos do finado Márcio Aparecido Cabrini. São seus herdeiros e dependentes únicos, conforme certidão do INSS. (...) O finado era empregado da empresa LIATECH INDÚSTRIA E COMÉRCIO DE EMBALAGENS DE PAPEL LTDA... O empregado, esposo e pai dos autores, nascido em 1973, faleceu em 17 de fevereiro de 2017. Os autores comunicaram o empregador do óbito e naquela ocasião, o patrão avisou a família que havia duas apólices de seguro de vida em grupo, empresarial, que beneficiavam os empregados, ou seja, que o falecido na qualidade de empregado era segurado e seus dependentes, beneficiários nas duas apólices (certificado 812205/ apólice 3419 e certificado 879126/ apólice 114148). Assim, os autores providenciaram a documentação solicitada pelo réu para o pedido administrativo de indenização das 2 apólices. No entanto, as indenizações foram negadas sob alegação de que o falecido havia morrido por câncer renal, que estava em tratamento do câncer desde abril de 2016 e que os seguros foram contratados em setembro de 2016 e janeiro de 2017, em ocasião em que a doença já existia. Os autores foram conversar com o empregador do falecido e esse se mostrou surpreso, dizendo que jamais havia sido pactuada qualquer exclusão de cobertura e que o banco jamais falou sobre doenças preexistentes ou tampouco apresentou qualquer questionário de risco para a empresa. (...) Os prêmios de ambas as contratações foram pagos em 12 parcelas mensais, sendo que o prêmio da apólice de 2017/8, em vigor, ainda está sendo pago, mês a mês, pela empregadora proponente. Bom esclarecer que a ré pagou o auxílio funeral aos autores. Mas se nega a pagar as indenizações por morte, alegando ainda que o segurado ou seu representante deve ter boa fé na contratação do seguro e que omitiu a doença. Ora, o segurado não foi consultado sobre a contratação, nada nunca lhe foi perguntado e sequer sabia que sua empregadora havia contratado seguro. Seu empregador, cujo depoimento em Juízo se pede, não sabia que seu empregado estava acometido de câncer, ao fazer a contratação. Sabia que tinha problema renal ou de coluna (queixa ao se afastar), mas não sabia qual. Soube da doença quando do anúncio da morte. (...) Insiste-se que ao contratar o seguro, a empregadora sequer sabia que o empregado padecia de câncer. Ela sabia apenas que o INSS afastou por problema de rim, já que o atestado entregue à empregadora para abonar os 15 dias, mencionava cólica de rim, não havia diagnóstico de câncer. O próprio finado, quando se afastou, queixava-se de dor nas costas. Não mencionou câncer ao empregador. (...) Ademais, nada foi entregue de questionários sobre saúde etc. A contratação limitou-se a valores da cobertura, número de empregados e sócios, valor e forma de pagamento do prêmio e desconto em conta corrente. Nada mais. (...) No entanto, a pretensão da seguradora eximir-se da obrigação de cobrir o evento morte do segurado é injusta e indevida, porque não houve má fé alguma nem do segurado, que não foi o estipulante, nem o proponente da

*contratação. (...) A recusa do banco não pode prevalecer já que a ré, obrigada à indenização securitária, além de não ter mencionado tal exceção, deixou de fazer qualquer verificação prévia acerca do estado de saúde dos empregados e mesmo do sócio da empresa proponente. (...) A seguradora sequer pediu EXAME MÉDICO PRÉVIO ou mesmo PREENCHIMENTO DE FORMULÁRIO SOBRE AS CONDIÇÕES DE SAÚDE DOS SEGURADOS. Ou seja, não informou a empresa proponente da excludente de cobertura e ainda que tivesse tal cláusula sido contratada (não foi), não houve má fé do segurado, que não participou da contratação e tampouco do seu empregador que não sabia o caráter da doença. (...) Ainda que assim não fosse, a seguradora não demonstrou ter diligenciado acerca do estado de saúde dos segurados no momento da celebração do negócio jurídico, de modo que, agora, não lhe é lícito sustentar má-fé, por omissão acerca da doença que acometia o segurado. Ou seja, na venda do seguro, o réu não apresentou óbices, sequer coletou qualquer informação sobre o estado de saúde dos segurados e insiste-se que jamais deu adequada ciência de suposta cláusula que estabelecia restrição de cobertura, quanto a doenças preexistentes, assumindo os riscos do negócio assim formulado. (...) Em nenhum momento houve má-fé na inclusão do segurado, tanto que a seguradora recebeu as GPS/GFIP e nada informou como recusa quando da contratação e mesmo enquanto recebia o prêmio. Isso sem contar que dispensou prévio exame médico e preenchimento de formulário sobre declarações dos segurados a respeito de seu estado de saúde no ato da contratação. Assim, deve pagar a indenização (art. 766 do CC), pois tratando de seguro de vida em grupo, recebido o prêmio e não havendo má fé do segurado e mesmo do empregador proponente, até porque nenhuma exclusão de cobertura foi contratada, fica a seguradora obrigada a indenizar o sinistro”.*

A sentença foi de improcedência ao fundamento de que “A obrigação de prestar informações sobre os termos, condições gerais e cláusulas limitativas de direito estabelecidos no contrato de seguro de vida em grupo ao qual aderiu ao segurado é, pois, do estipulante, constituindo-se esse dever em pressuposto lógico da aceitação da proposta de adesão pelo interessado. Ademais, não há que se falar que o contratante não foi informado da cláusula de exclusão de risco, haja vista que ela constou expressamente de ambas as apólices por ele assinadas, em diversas passagens. De fato, não houve má-fé do funcionário falecido, mas sim da empresa contratante do seguro, que omitiu informação relevante e não fez qualquer ressalva ao declarar que todos os seus funcionários estavam em atividade. Dessa forma, houve omissão intencional da proponente ao firmar os contratos de seguro de vida e, portanto, são descabidas as indenizações pretendidas”.

A circunstância de as páginas nº 113, 117, 121, 126, 131 e 135 não estarem assinadas não invalida o conteúdo das apólices, pois assinadas ao final do documento, com firma reconhecida. Assim não fosse, nem apólice existiria uma vez que as páginas que contêm os dados das propostas também não estão assinadas ou não é possível identificar quem as assinou (fls. 111/112, 115/116, 119, 124, 129 e 133).

Não há dúvida de que a doença do beneficiário era preexistente à contratação do seguro. De outro lado, o fato de ter ele se ausentado e se afastado do trabalho por problemas de saúde e de ter ficado internado em hospital especializado em câncer na cidade de Jaú, bem como o fato de a empresa contratante ter poucos funcionários e apenas um sócio e/ou diretor, tal como constou da sentença, não autoriza presumir que seu órgão diretivo tinha conhecimento acerca do estado de saúde ou mesmo da gravidade da doença que acometia seu

empregado.

Tais circunstâncias não têm o potencial de, por si só, de comprovar ter havido má-fé da empregadora ao não informar que um dos seus empregados não se encontrava em perfeito estado de saúde.

O que é relevante para dirimir a controvérsia é que a seguradora aceitou celebrar seguro de vida em grupo sem exigir da proponente a realização de qualquer exame médico admissional e que, se assim o fez, é porque estava consciente do risco assumido e porque os cálculos atuariais assim o permitiram. Logo, reputa-se não ser lícita a recusa ao pagamento da indenização securitária fundada na alegação de má-fé do beneficiário ou da empregadora proponente.

Aplicável à espécie o Código de Defesa do Consumidor, considerando que o beneficiário era usuário de serviço prestado pela ré, na qualidade de destinatário final, enquanto esta, por sua vez, trata-se de pessoa jurídica privada nacional, que desenvolve atividade securitária.

Dentro desse quadro, a relação entre as partes está submetida ao Código de Defesa do Consumidor (Lei nº 8.078/90), mercê do que dispõem os artigos 2º e 3º do referido diploma legal, e, sobretudo, porque o § 2º do artigo 3º define como serviço toda e qualquer atividade fornecida mediante remuneração, cabendo, portanto, a interpretação da legislação referente ao contrato de seguro em conformidade com os princípios consumeristas.

A boa-fé se presume, enquanto a má-fé deve ser comprovada, de modo que, preservado o entendimento da MM. Juíza de primeiro grau, mostram-se precipitadas as conclusões de que “*não houve má-fé do funcionário falecido, mas sim da empresa contratante do seguro, que omitiu informação relevante e não fez qualquer ressalva ao declarar que todos os seus funcionários estavam em atividade. Dessa forma, houve omissão intencional da proponente ao firmar os contratos de seguro de vida e, portanto, são descabidas as indenizações pretendidas*”.

Muito embora se tenha constatado que o beneficiário tinha conhecimento de que era portador de neoplasia maligna quando da celebração do contrato de seguro, os elementos de convicção trazidos ao processo não se mostram suficientes a revelar tenha o beneficiário ou a proponente agido com dolo ou com o propósito de causar lesão à seguradora.

Em momento algum o beneficiário foi chamado a esclarecer seu estado de saúde ou mesmo a se submeter a exames

médicos prévios. Além disso, o auxílio-doença por ele obtido junto ao INSS decorreu, segundo consta da inicial (fl. 5), de “*problema de rim, já que o atestado entregue à empregadora para abonar os 15 dias, mencionava cólica de rim, não havia diagnóstico de câncer*”, não havendo provas em sentido contrário, o que também afasta qualquer indício de má-fé da proponente.

É relevante ressaltar ainda que “cólica de rim” não pode ser considerada “doença grave”, a justificar a exclusão da indenização securitária, sobretudo porque geralmente não é um problema crônico e somente há complicações se não for devidamente tratada.

Ademais, a observação constante da proposta de seguro (fls. 121 e 131) é bastante genérica (“*Declaro ter conhecimento de que os segurados que serão incluídos no presente seguro, a partir da vigência desta proposta, estão em plena atividade profissional, em perfeito estado de saúde física e mental e não foram diagnosticados como portadores de doenças graves nos últimos anos*”), o que torna verossímil a conclusão de que a proponente não tinha conhecimento de que o segurado era portador de neoplasia maligna.

Cabia à seguradora realizar exame médico admissional para eventualmente constatar a veracidade das declarações que constavam da proposta ou trazer documentos capazes de provar a má-fé do beneficiário ou da proponente consistente em omitir a real condição de saúde, ônus do qual não se desincumbiu.

Nesse sentido o precedente do Superior Tribunal de Justiça segundo o qual “*a doença preexistente só pode ser oposta pela seguradora ao segurado mediante realização de prévio exame médico ou prova inequívoca de sua má-fé*” (AgRg no Ag nº 1.062.383/RS).

O contrato de seguro é regido pelo princípio da boa-fé, o que significa que o segurado, ou ao proponente, no ato da contratação, deve proceder com conduta leal e sincera, por meio de declaração verdadeira.

O ônus da da prova de eventual má-fé do contratante na celebração do instrumento particular é da seguradora, conforme precedentes:

*A exclusão de doença preexistente da cobertura securitária depende da prova da má-fé do segurado, ao não informar à seguradora sobre tal circunstância, no momento da contratação (STJ, AGA 396.472-MG, Relatora Ministra Nancy Andrighi, 15.10.2001)*

*“Outrossim, conforme entendimento pacificado desta Corte, a*

PODER JUDICIÁRIO  
TRIBUNAL DE JUSTIÇA  
São Paulo

*seguradora, ao receber o pagamento do prêmio e concretizar o seguro, sem exigir exames prévios, responde pelo risco assumido, não podendo se esquivar do pagamento da indenização, sob a alegação de doença preexistente, salvo se comprove a deliberada má-fé do segurado” (STJ, REsp nº 777.974/MG, Relator Ministro Castro Filho, 09.5.2006)*

*“O entendimento da decisão recorrida coincide com a jurisprudência desta Corte Superior, no sentido de que, “não comprovada a má-fé do segurado quando da contratação do seguro saúde e, ainda, não exigida, pela seguradora, a realização de exames médicos, não pode a cobertura securitária ser recusada com base na alegação da existência de **doença preexistente**” (AgRg no AREsp 177.250/MT, Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, QUARTA TURMA, julgado em 23/10/2012, DJe 30/10/2012)” (STJ, AgRg no AREsp 295625/SP, Relator Ministro Antonio Carlos Ferreira, 26.8.2014)*

Diante desse cenário, o apelo comporta acolhimento para a finalidade de se julgar procedente a ação, condenando-se a ré ao pagamento das indenizações securitárias previstas nas apólices nº 3419 e 114148, considerado o evento morte de beneficiário, observados os limites contratuais e a sua forma de cálculo, ou seja, o valor do capital segurado deverá ser dividido de modo uniforme entre todos os empregados segurados ao tempo do sinistro.

O capital segurado apurado deverá ser atualizado desde a data do sinistro e acrescido de juros de mora desde a citação até 29 de agosto de 2024, dia anterior à entrada em vigor da Lei nº 14.905, de 28 de junho de 2024, que alterou o Código Civil.

Já para o período a partir de 30 de agosto de 2024, data da entrada em vigor da Lei nº 14.905/24, deve ser adotado o disposto nos artigos 389, parágrafo único (“*Não cumprida a obrigação, responde o devedor por perdas e danos, mais juros, atualização monetária e honorários de advogado. Parágrafo único. Na hipótese de o índice de atualização monetária não ter sido convencionado ou não estar previsto em lei específica, será aplicada a variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), apurado e divulgado pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), ou do índice que vier a substituí-lo*”), e 406 (“*Quando não forem convencionados, ou quando o forem sem taxa estipulada, ou quando provierem de determinação da lei, os juros serão fixados de acordo com a taxa legal. § 1º A taxa legal corresponderá à taxa referencial do Sistema Especial de Liquidação e de Custódia (Selic), deduzido o índice de atualização monetária de que trata o parágrafo único do art. 389 deste Código. § 2º A metodologia de cálculo da taxa legal e sua forma de aplicação serão definidas pelo Conselho Monetário Nacional e divulgadas pelo Banco Central do Brasil. § 3º Caso a taxa legal apresente resultado negativo, este será considerado igual a 0 (zero) para efeito de cálculo dos juros no período de referência*”) do Código Civil.

Arcará a ré com o pagamento das custas processuais e dos honorários advocatícios fixados em 15% sobre o valor da



PODER JUDICIÁRIO  
**TRIBUNAL DE JUSTIÇA**  
São Paulo

condenação.

Ante o exposto, o voto é no sentido de se dar provimento à apelação.

CARLOS HENRIQUE MIGUEL TREVISAN  
Relator