

COMENTÁRIO À DECISÃO PROFERIDA PELO STJ NO RESP 1.178.616-PR*

*comentário publicado na Revista dos Tribunais Ano 104 – setembro de 2015 – vol. 959/308-318.

LUÍS ANTÔNIO GIAMPAULO SARRO

Advogado Público (Procurador do Município de São Paulo) e Privado, especializado em Direito Bancário e Securitário. Bacharel pela PUC-SP. Pós-Graduado em Nível de Especialização em Direito Civil pela Faculdade de Direito São Paulo da Universidade de São Paulo. Segundo Vice-Presidente da Seção Brasileira da Associação Internacional de Direito de Seguro – AIDA BRASIL no biênio 2012/2014. Presidente do Grupo Nacional de Trabalho – Processo Civil e Seguro da mesma entidade. Membro do Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão da Escola Superior de Direito Municipal de São Paulo – ESDM-SP. Sócio-administrador da Giampaulo Sarro e Advogados Associados.

I – DA LIDE E DECISÕES JUDICIAIS PROFERIDAS EM INSTÂNCIAS INFERIORES

Trata-se de ação de rito ordinário com vistas a obtenção de indenização securitária e por danos morais em face de companhia seguradora que recusou o pagamento da cobertura de apólice coletiva (Seguro de Vida em Grupo) referente a morte natural sob o argumento de ter efetivado a indenização da importância segurada total pela invalidez permanente por doença.

Em primeira instância, foi proferida sentença de parcial procedência da ação, com a condenação da seguradora ao pagamento da indenização relativa ao evento morte e afastamento da pretensão pertinente aos danos morais, sob o fundamento de que houve prorrogação do contrato de seguro em razão do segurado ter continuado a efetuar o pagamento mensal dos prêmios mesmo após o recebimento da indenização securitária atinente à invalidez permanente por doença.

Ao julgar os recursos de apelação de ambas as partes, o Tribunal de Justiça do Paraná negou provimento ao apelo dos autores e deu provimento ao recurso da seguradora, sob o fundamento de que os beneficiários “não têm direito à indenização securitária por morte do Sr. José Nílton, uma vez que já foi antecipadamente paga pela seguradora quando do pleito de indenização por invalidez permanente (por doença), sendo vedada a cumulação”.

II – DO RECURSO ESPECIAL E DA DECISÃO ADOTADA PELO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

Os beneficiários da apólice de seguros interpuseram, então, embargos de declaração e, rejeitados, recurso especial, com fundamento no artigo 105, inciso III, alínea “a” e “c”, da Constituição Federal, sob alegação de violação dos arts. 332, 333, II, e 535, II, do Código de Processo Civil, 6º, VIII, 46, 47, 51, III e IV, § 1º, II, e 54, § 4º, do Código de Defesa do Consumidor e 421, 422, 423, 757 e 789 do Código Civil, bem como por divergência jurisprudencial, sob alegação, em síntese, de nulidade do acórdão proferido nos embargos declaratórios por negativa de prestação jurisdicional, por ausência de manifestação acerca de aspectos relevantes da demanda, não exame devido das provas produzidas, sopesamento de modo

deficiente do ônus probatório, sustentando que, se o segurado continuou a pagar o valor relativo ao prêmio do seguro mesmo após o recebimento da indenização por invalidez total e permanente por doença, não pode a seguradora, em face da ocorrência de novo sinistro (morte do segurado), recusar-se a efetuar o pagamento de outra indenização aos beneficiários, em razão da incidência do princípio da boa-fé.

Admitido o recurso especial pela Presidência do Tribunal de Justiça do Paraná, a Terceira Turma do Superior Tribunal de Justiça, em julgamento proferido em 14.04.2015, tendo como relator o Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, por unanimidade de votos, negou provimento ao recurso especial.

A alegação de negativa de prestação jurisdicional foi afastada sob o fundamento de que as instâncias ordinárias enfrentaram a matéria posta em debate na medida necessária para o deslinde da controvérsia, sendo que a escolha de uma tese refuta, ainda que implicitamente, outras que sejam incompatíveis, não estando o órgão julgador obrigado a se pronunciar acerca de todo e qualquer ponto suscitado pelas partes, mas apenas sobre aqueles considerados suficientes para fundamentar sua decisão.

Quanto às alegações de deficiência na distribuição do ônus da prova e da má apreciação do conjunto probatório, sustentou a Turma Julgadora que, para se analisar a questão da validade dos documentos juntados pela seguradora, como as condições gerais do contrato de seguro, ter-se-ia que reexaminar os fatos e provas, o que é inadmissível na via do recurso especial diante do óbice enunciado pela Súmula nº 7/STJ.

No que tange ao direito material, concluiu a Terceira Turma do SJT que, no seguro

de vida em grupo, a cobertura adicional de invalidez total e permanente por doença é uma antecipação do pagamento da indenização relativa à garantia básica, ou seja, para o caso de morte, de modo que, como uma é a antecipação da outra, as indenizações relativas às garantias básica e adicional de IPD não podem se acumular. Em consequência, se o segurado utilizar a garantia adicional de invalidez permanente total por doença, extinta estará a garantia básica (morte).

Por tal razão, considerou o Colendo Superior Tribunal de Justiça correta a decisão do Tribunal de Justiça paranaense ao entender que o contrato de seguro de vida já estava extinto antes da morte do segurado em virtude do implemento de seu objeto, vale dizer, pela fruição da cobertura para a hipótese de invalidez permanente total por doença.

E, em relação à responsabilidade pelos recolhimentos indevidos dos prêmios após a extinção do contrato de seguro pelo implemento de seu objeto, decidiu a Terceira Turma do Superior Tribunal de Justiça que ela cabe exclusivamente ao estipulante, que agiu e age de modo autônomo, não sendo mandatário da seguradora, não podendo o ente segurador ser condenado a pagar nova indenização, como se tivesse anuído com outra contratação ou como se tivesse ocorrido a teratológica renovação ou prorrogação da avença anterior, já cumprida na sua totalidade.

Ressalvou, por fim, o direito de os autores buscarem a restituição dos valores indevidamente descontados contra a estipulante, a qual terá direito de regresso se comprovar que houve o repasse do montante para seguradora.

III – DA ANÁLISE DOS FUNDAMENTOS DAS DECISÕES PROFERIDAS PELO STJ

Passemos, então, à análise dos fundamentos das decisões adotadas pela Terceira Turma do Superior Tribunal de Justiça ao ter negado provimento, por votação unânime, ao Recurso Especial nº 1.178.616-PR (2010/0021621-8).

III.1 – Da Alegada negativa de prestação jurisdicional e do requisito do pré-questionamento

Para a Corte Superior, não há falar em negativa de prestação jurisdicional nos embargos declaratórios, a qual somente se configura quando, na apreciação do recurso, o Tribunal de origem insiste em omitir pronunciamento a respeito de questão que deveria ser decidida, e não foi.

No caso em concreto, entendeu-se que as instâncias ordinárias enfrentaram a matéria posta em debate na medida necessária para o deslinde da controvérsia, sendo que a escolha de uma tese refuta, ainda que implicitamente, outras que sejam incompatíveis.

A questão tem a ver com o requisito do prequestionamento, em face dos óbices contidos nos enunciados das Súmulas 282 e 356 do Supremo Tribunal Federal, aplicáveis ao recurso especial:

Súmula 282 do STF: É inadmissível o recurso extraordinário, quando não ventilada, na decisão recorrida, a questão federal suscitada.

Súmula 356 do STF: O ponto omissis da decisão, sobre o qual não foram opostos embargos declaratórios, não pode ser objeto de recurso extraordinário, por faltar o

requisito do prequestionamento.

No caso “sub judice”, os fundamentos utilizados pela Corte Superior para afastar a alegação de negativa de prestação jurisdicional não tem maior importância, na medida em que o requisito do prequestionamento acabou por ser considerado atendido, tanto pelo Tribunal “a quo”, quanto pelo “ad quem”.

Todavia, registre-se ser muito comum, infelizmente, um elevado número de recursos especiais e extraordinários não admitidos pelos tribunais locais e superiores sob o fundamento de não ter sido ventilada no acórdão recorrido a questão federal ou constitucional utilizada como fundamento de cabimento de recursos extremos, apesar de interpostos embargos declaratórios com o objetivo de atendimento ao requisito do prequestionamento.

Felizmente, o novo Código de Processo Civil (Lei Federal nº 13.105/2015), que entrará em vigor no final de março do próximo ano, corrigirá esta distorção do atual sistema processual civil, que efetivamente vem provocando a institucionalização da negativa de prestação jurisdicional pelos tribunais superiores.

Na obra “Novo Código de Processo Civil – Principais Alterações do Sistema Processual Civil”, Ed. Rideel, São Paulo, pág. 169, sob nossa coordenação, observa-se que:

“Interpostos os embargos de declaração com vistas à obtenção do pré-questionamento (Súmulas nºs 282 e 356 do STF), ainda que não venham a ser admitidos, as questões suscitadas pela parte embargante serão consideradas incluídas no acórdão, se o Tribunal superior declarar existentes erro, omissão, contradição ou obscuridade.

É o que prevê o art. 1.025 do NCPC, ao estabelecer que “Consideram-se incluídos no acórdão os elementos que o embargante suscitou, para fins de pré-questionamento, ainda que os embargos de declaração sejam inadmitidos ou rejeitados, caso o tribunal superior considere existentes erro, omissão, contradição ou obscuridade”.

Aqui uma curiosidade. O artigo 1.025 do novo Diploma Processual Civil utiliza o hífen ao grafar a palavra “pré-questionamento”, ao passo em que o Vocabulário Ortográfico da Língua Portuguesa – VOLP, da Academia Brasileira de Letras, indica que, segundo as regras do novo Acordo Ortográfico, a grafia correta seria “prequestionamento”.

Sobre o Novo Código de Processo Civil, ainda, em relação ao argumento de que “o órgão julgador não está obrigado a se pronunciar acerca de todo e qualquer ponto suscitado pelas partes, mas apenas sobre aqueles considerados suficientes para fundamentar sua decisão”, veremos como os tribunais superiores passarão a decidir a partir da entrada em vigor do novo Diploma, à luz do comando contido em seu artigo 489 (“São elementos essenciais da sentença.”), § 1º (“Não se considera fundamentada qualquer decisão judicial, seja ela interlocutória, sentença ou acórdão, que:”), inciso IV (“não enfrentar todos os argumentos deduzidos no processo capazes de, em tese, infirmar a conclusão adotada pelo julgador”).

III.2 – Do ônus da prova – Aplicação do enunciado pela Súmula 7/STJ

No que pertine às alegações de deficiência na distribuição do ônus da prova e da má apreciação do conjunto probatório, notadamente quanto a validade dos documentos juntados pela seguradora, como as condições gerais do contrato de

seguro, a nosso ver, a Terceira Turma do Superior Tribunal de Justiça aplicou corretamente o enunciado da Súmula 07/STJ, que indica o seguinte óbice à interposição de recurso especial:

Todavia, ressalte-se que, em termos probatórios, o que se tem admitido em recursos extremos é o exame da valoração da prova, que é aquela em que há errônea aplicação de um princípio legal ou negativa de vigência de norma pertinente ao direito probatório (STJ – 4ª T., AI 553.737-AgRg, Min. Barros Monteiro, j. 27.4.04, DJU 14.6.04; ver também RSTJ 8/478: 4ª T., REsp 1.513).

Destaque-se, ainda, que, embora tenha o Aresto em análise mencionado a decisão proferida no AgRg no AREsp nº 265.337/SP, Rel. Ministro Raul Araújo, DJe 14/10/2013, que indica como óbices ao exame da admissibilidade do recurso especial as Súmulas 5 e 7 do Superior Tribunal de Justiça, ele não utilizou como fundamento a primeira das súmulas mencionadas, por não ter considerado, presume-se, que as questões examinadas restringir-se-iam a mera interpretação de cláusula contratual, mas de legítima interpretação do direito federal aplicável, função constitucionalmente atribuída ao Superior Tribunal de Justiça (artigo 105, inciso III).

III.3 – Da extinção do contrato de seguro de vida em grupo com garantia adicional de invalidez total e permanente por doença, pelo pagamento integral da indenização securitária.

No que diz respeito a questão principal de direito material, o v. Acórdão da Terceira Turma do Superior Tribunal de Justiça deu interpretação adequada ao caso em concreto a ele submetido, ao asseverar que, no seguro de vida em grupo, a

cobertura adicional de invalidez total e permanente por doença é uma antecipação do pagamento da indenização relativa à garantia básica e que, ao ter o segurado utilizado, por opção (faculdade), a garantia de invalidez permanente total por doença, ocorreu a extinção da garantia básica (morte), o que torna inadmissível a pretendida cumulação das duas coberturas.

Decidiu, pois, com acerto, em primeiro lugar, porque, como destacado no v. Acórdão do Tribunal de Justiça do Estado do Paraná, neste sentido há clara previsão contratual, ao estabelecer que a Garantia Adicional de Invalidez Permanente Total por Doença (IPD) tem por objetivo o pagamento ao Segurado de uma indenização relativa à garantia básica, caso ele venha a se tornar total e permanentemente inválido por doença ocorrida depois do início do seguro, em valor do capital segurado igual a 100% (cem por cento) da garantia básica (cláusulas 3.4, 3.4.1 e 3.4.1.3), prevendo as Condições Gerais do Seguro de Vida em Grupo que “Após o pagamento do capital segurado ou da primeira prestação, conforme previsto no subitem 3.4.3.1., o risco do Segurado principal será automaticamente excluído da apólice (cláusula 3.4.3.2), vedada a cumulação de duas garantias (cláusula 3.4.5).

Ressalte-se, aqui, que não se trata de mera interpretação de cláusulas contratuais, o que enfrentaria o óbice do enunciado pela Súmula 05/STJ, que, de qualquer forma, inviabilizaria o conhecimento do recurso especial interposto pelos beneficiários e consequente manutenção da decisão adotada pelo Tribunal de Justiça paranaense. O comando contratual é incontroverso nos autos, restando apenas o exame de sua legalidade, que implica na interpretação de questão federal.

Em segundo plano, a constatação pelo Poder Judiciário quanto a legalidade de tais cláusulas contratuais, que cumpriram, com rigor, as orientações traçadas pela

Circular nº 17, de 17 julho de 1992, da Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, vigente à época da contratação, que aprovou Normas para o Seguro de Vida em Grupo, nestes termos:

“Art. 2º – As garantias do seguro dividem-se em básica e adicionais.

§ 1º A garantia básica é a MORTE.

§ 2º São garantias adicionais:

I – INDENIZAÇÃO ESPECIAL DE MORTE POR ACIDENTE – IEA é a garantia de pagamento de um capital proporcional ao da garantia básica, limitado a 100% desta, em caso de morte por acidente.

II – INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE – IPA é a garantia do pagamento de uma indenização proporcional à garantia básica, limitada a 200% desta, relativa à perda, redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão em virtude de lesão física, causada por acidente.

III – INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA – IPD é a antecipação do pagamento da indenização relativa à garantia básica em caso de invalidez permanente total, consequente de doença.

§ 3º O seguro não pode ser contratado sem a garantia básica.

§ 4º As indenizações pelas garantias básica e adicional de IPD não se acumulam.

§ 5º As garantias adicionais somente podem ser concedidas para a totalidade do grupo segurado.

Assim, como estabelecido no contrato, em consonância com as normas expedidas pela Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, as indenizações pelas garantias básica e adicional de Invalidez Permanente Total por Doença não se acumulam e o risco do segurado foi automaticamente excluído da apólice, com a extinção da obrigação de indenizar, no momento em que houve o pagamento do capital segurado, que é “a importância máxima a ser paga ou reembolsada em função do valor estabelecido para a garantia contratada”, conforme previa o artigo 7º da então vigente, ao tempo do sinistro, Circular 17/1992.

No mesmo sentido, aliás, regra a Circular Susep 302, de 19 de setembro de 2005, que revogou a Circular 17/1992:

“Art. 33. Entende-se como capital segurado o valor máximo para a cobertura contratada a ser pago ou reembolsado pela sociedade seguradora, no caso de ocorrência de sinistro coberto pela apólice, vigente na data do evento.”

A Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, autarquia vinculada ao Ministério da Fazenda, criada pelo Decreto-lei nº 73, de 21 de novembro de 1996, que instituiu o Sistema Nacional de Seguros Privados, é o órgão responsável pela execução da política de seguros traçada pelo Conselho Nacional de Seguros Privados – CNSP, sendo também o órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

SANDRA FIGUEIREDO esclarece que o Decreto-lei nº 73, de 21 de novembro de 1966, instituiu o Sistema Nacional de Seguros Privados e, apesar das várias emendas que já foram feitas, regeu o mercado segurador brasileiro até 2004, quando foi promulgado o Decreto nº 4.986, de 12 de fevereiro de 2004 e que a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 faz alusão à atividade de seguros no seu

artigo 192, quando trata do Sistema Financeiro Nacional, e refere-se à necessidade de lei complementar para regulação do referido artigo. Esclarece, ainda, que o Decreto nº 4.986/2004, em seu artigo 1º, ratifica a competência do Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP), órgão colegiado integrante da estrutura básica do Ministério da Fazenda: exercer a regulação, normalização e coordenação das atividades de seguros, resseguros, previdência complementar aberta e capitalização (*Contabilidade de Seguros*. São Paulo: Editora Atlas, 2a. edição, pág. 6).

Sobre a regulamentação dos seguros privados pelo Estado, merecem transcrição as seguintes observações de BRUNO MIRAGEM:

“A atividade securitária submete-se a ampla regulação do Estado. Dentre as justificativas para a regulação estatal está justamente a necessidade de assegurar a higidez econômico-financeira do segurador, a proteção do consumidor e da livre concorrência, assim como a cooperação entre os seguradores no mercado, de modo a melhorar sua capacidade de identificação e mensuração de riscos visando à correta precificação do seguro.”

Dentre outros aspectos da atividade securitária sobre os quais intervêm a regulação e supervisão do Estado, estão: a) a definição de critérios para definição de patrimônio líquido mínimo e margem de solvência do segurador; b) a definição de limites técnicos para a contratação de seguros, o que envolve a correta segmentação de riscos, e as respectivas provisões de indenização, de modo que sejam o mais homogêneo possível; c) constituição de reservas técnicas para o pagamento das prestações aos segurados em caso de sinistros; d) aplicação da(s) provisões técnicas em investimentos que assegurem remuneração adequada e liquidez a tais recursos; e) o registro das informações financeiras do segurador, de

acordo com regras técnicas contábeis.

Para tais fins, a intervenção do Estado avança sobre o plano de seguro, mediante exame da nota técnica atuarial que o integra, bem como de suas condições dos contratos de seguro – espécie de condições gerais contratuais. Neste sentido, poderá impor cláusulas contratuais obrigatórias, bem como dispor sobre os prêmios e coberturas ofertados. Estabelece o art. 8º do Dec. 60.459/1967, em sua redação vigente: “Art. 8º As Sociedades Seguradoras enviarão à Superintendência de Seguros Privados – Susep, para análise e arquivamento, as condições dos contratos de seguros que comercializarem, bem como as respectivas notas técnicas atuariais. (...)” (*Direito dos Seguros: fundamentos de direito civil, direito empresarial e direito do consumidor*. Organizadores Bruno Miragem e Angélica Carlini – São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2014, págs. 33 e 34).

A legalidade do Contrato de Seguro de Vida em Grupo em exame está também respaldada no Código Civil, segundo o qual “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” (art. 757), de forma que não pode a empresa seguradora responder por risco não previsto ou de valor superior ao total da importância segurada, sob pena de desequilíbrio econômico-financeiro do contrato de seguro, em prejuízo da mutualidade.

Por isto, o “contrato de seguro tem compreensão e interpretação restritas, não se admitindo alargamento dos riscos, nem extensão dos termos” (VENOSA, Sílvio de Salvo. *Direito civil: contratos em espécie*. São Paulo: Atlas, 2003, p. 383).

Sobre a interpretação restritiva dos contratos de seguros, merece destaque a seguinte nota de CRISTIANO IMHOF:

TJDFT: “E segue a doutrina mais abalizada. “Uma das normas mais importantes para o contrato de seguro é a que determina a interpretação restritiva de suas cláusulas. É necessário aplicar estritamente as cláusulas convencionais, sobretudo com relação aos riscos cobertos. Há muito correlação estrita entre a cobertura e o prêmio. Forçar esta correlação por via de interpretação extensiva poderá falsear as condições técnicas do contrato, em que repousa toda a garantia do seguro” (Pedro Alvim apud Martins, João Marcos de Brito. Direito de Seguro. Responsabilidade Civil das Seguradoras. 2a. Edição. Rio de Janeiro. Editora Forense Universitária. Ano 2004. Pág. 194). (*Direito do Seguro*. São Paulo: Editora Atlas, 2014).

Também no sentido da interpretação restritiva do contrato de seguro tem sido as decisões dos tribunais superiores (STJ, REsp nº 1.177.479-PR, rel. Min. Luís Felipe Salomão, j. 15.5.2012).

Em terceiro lugar, dentre os fundamentos da decisão recorrida, têm-se como válidas as cláusulas do contrato de Seguro de Vida em Grupo que vedam a cumulação de indenização por morte e invalidez permanente do segurado, visto que não são abusivas e não contrariam as previsões do Código de Defesa do Consumidor, registrando-se que têm seus termos claros e inteligíveis e não estabelecem obrigação abusiva ao consumidor, nem ao menos o coloca em desvantagem exagerada, ao contrário, estão acobertadas pelo “*equilíbrio contratual, já que não seria razoável e nem justo, que fossem pagas duas vezes o capital segurado para um mesmo seguro. (Artigo 54, § 4º e artigo 31 do Código de Defesa do Consumidor)*”

E em último plano, a decisão proferida pelo Superior Tribunal de Justiça está fundamentada na especializada e melhor doutrina de direito de seguro, cujos

seguintes trechos merecem reprodução:

“Contrariamente, utilizada a garantia de invalidez permanente total por doença (IPD), extinta estará a básica.

Assim, embora o segurado, quando da contratação, obtenha duas garantias, a de invalidez permanente total por doença (IPD) e a de morte, a utilização da primeira afasta a segunda. Portanto, a garantia de morte está condicionada ao não uso da garantia de invalidez permanente total por doença (IPD). Incidindo sinistro com relação a esta, extinta estará aquela outra e os beneficiários, via de consequência, nada receberão quando do falecimento do segurado. Do exposto, constata-se que, a rigor, somente as garantias de indenização especial por acidente (IEA) e a invalidez por acidente (IPA) são adicionais, pois somam-se à garantia principal, enquanto a de invalidez permanente total por doença (IPD) tem outra natureza, a de ser facultativa.

De fato, entendemos a garantia de invalidez permanente total por doença (IPD) como facultativa, pelo que o segurado poderá usá-la, se quiser. Assim, para que esta garantia seja utilizada, deverá o segurado requerê-la expressamente, sem o que prevalecerá a garantia principal: morte natural ou acidental.

Há uma razão no mínimo de natureza prática para que esse entendimento, qual seja, poder o segurado, embora total e permanentemente inválido por doença, desejar que o beneficiário continue protegido e receba o capital contratado quando ocorrer sua morte. Caso contrário, o requerimento deveria ser para a manutenção da garantia básica, o que, evidentemente, significaria transformá-la

de principal em facultativa”. (TZIRULNIK E., CAVALCANTE F. Q. B., PIMENTEL A. O Contrato de Seguro: de acordo com o Novo Código Civil Brasileiro, São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2003, págs. 210/211 – grifou-se)”

“Importante anotar que a garantia de invalidez por doença é, em regra, comercializada como garantia adicional do seguro de vida. Assim, se o segurado, estando total e permanentemente inválido nos termos do contrato, requerer o recebimento do capital segurado, o contrato será extinto com o pagamento desse capital pela seguradora, de sorte que perdem, os beneficiários indicados, a expectativa de direito que tinham de receber o capital quando da morte do segurado.

Nesse rumo, é de se ver que o sinistro de invalidez por doença somente se caracteriza quando, preenchidos os requisitos para sua caracterização, o segurado requerer o recebimento do capital fixado no contrato. Dito de outra forma, o segurado poderá estar total e permanentemente inválido por doença, mas não requerendo ele o pagamento do capital em razão de sua invalidez o sinistro não se caracterizará. Neste caso, o contrato prosseguirá vigente e, acaso faleça o segurado, o capital será pago aos beneficiários indicados.

Enfim, o exercício do direito previsto na garantia de invalidez por doença, quando ela é comercializada como garantia adicional do seguro de vida, é optativo. O segurado pode optar por receber o capital previsto para invalidez, ou pode optar por não recebê-lo, mantendo o contrato vigente para que, com sua morte, esse capital seja pago aos seus beneficiários”

(CAMPOY, Adílson José, Contrato de Seguro de Vida. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2014, pág. 160 – grifou-se)”

Em suma, a garantia Invalidez Permanente Total por Doença é direito de opção (faculdade) do segurado, inacumulável com a garantia pelo evento morte e o recebimento do valor equivalente a sua cobertura pelo segurado constitui-se em forma de antecipação da garantia básica.

De tal maneira que, das duas uma: ou o cumprimento da cobertura securitária, no Seguro de Vida em Grupo, dar-se-á pela antecipação do pagamento da Importância Segurada (IS), por opção do segurado, em caso de Incapacidade Permanente Total por Doença (IPD), ou se dará pelo recebimento do mesmo valor por parte dos beneficiários. Jamais pelos dois pagamentos, acumuladamente, para o segurado e seus beneficiários.

III.4 – Dos recolhimentos indevidos do prêmio de seguro, após o pagamento da cobertura securitária, por culpa do estipulante.

Como acima exposto, tendo o segurado feito a opção pelo recebimento da Importância Segurada por meio de antecipação do pagamento da cobertura contratada em face da Incapacidade Permanente Total por Doença (IPD), conforme lhe facultava a apólice de Seguro de Vida em Grupo, extinta ficou a cobertura por morte.

Desta forma, a continuidade dos descontos em folha de pagamento dos valores referentes ao prêmio do seguro somente poderia ser tratado pelo Poder Judiciário como pagamento indevido, havido por erro, sujeito, portanto, a ação de repetição do indébito, de conformidade com o que dispõe o Código Civil (art. 976).

E, na hipótese, a responsabilidade somente poderia ser atribuída ao estipulante, que,

nos termos do artigo 801, § 1º, do Código Civil, não representa o segurador perante o grupo segurado, e é o único responsável, para com o segurador, pelo cumprimento de todas as obrigações contratuais, com o direito de regresso expressamente assegurado pelo Aresto em análise, por sub-rogação legal (CC, artigo 346), se ficar comprovado que houve o repasse do montante para a seguradora.

Merece, aqui, transcrição parte da doutrina mencionada pelo v. Acórdão da Terceira Turma do STJ:

*“(...) Nesses seguros, além do segurador que assume a responsabilidade dos riscos previstos no contrato, aparecem os seguintes interessados: **o estipulante, que é a pessoa física ou jurídica que se responsabiliza perante o segurador pelo pagamento do prêmio e o cumprimento das cláusulas contratuais; os segurados que são as pessoas sujeitas ao risco e a favor de quem se faz a cobertura do seguro; finalmente, os beneficiários que são as pessoas indicadas pelos segurados para receber o pagamento do seguro, no caso de morte. (...)***

(...)

*“(...) o legislador aprovou o art. 801 [do Código Civil]. **O seguro de pessoas pode ser estipulado em proveito de grupo que, de qualquer modo, se vincule ao estipulante, que não representa o segurador perante o grupo segurado. É ele o único responsável, para com o segurador, pelo cumprimento de todas as obrigações contratuais. A modificação da apólice em vigor dependerá da anuência expressa de segurados, que representem três quartos do grupo.***

(...)

“(...) Ficou explícito no § 1º do dispositivo legal em exame que o estipulante

não é mandatário do segurador. Esclarece a justificação do professor Comparado que não representa também o segurado. É o único responsável, para com o segurador, do cumprimento de todas as obrigações contratuais. Exerce um papel independente das demais partes que figuram no contrato, onde assume todas as obrigações contratuais perante o segurador, sobretudo o pagamento do prêmio recolhido dos segurados". (ALVIM, Pedro. **O Seguro e o Novo Código Civil**. Rio de Janeiro: Forense, 2007, pág. 199 e 202 – grifou-se).

Portanto, também quanto à responsabilidade pela restituição dos valores indevidamente recolhidos pelo estipulante, nenhum reparo merece à decisão proferida pelo Superior Tribunal de Justiça.

IV – DA CONCLUSÃO

Diante de todo o exposto, conclui-se que a decisão, proferida por unanimidade de votos pela Terceira Turma do Superior Tribunal de Justiça, no julgamento do Recurso Especial nº 1.178.616-PR (2010/0021621-8), aplicou adequadamente o direito ao caso em concreto, em consonância com as normas estabelecidas pela Superintendência de Seguros Privados – SUSEP e condições gerais da apólice de seguros, bem como pela melhor doutrina, especializada em direito de seguros, não merecendo, portanto, qualquer crítica ou reparo.

BIBLIOGRAFIA:

ALVIM, Pedro. O Seguro e o Novo Código Civil. Rio de Janeiro: Forense, 2007 (*)

ALVIM, Pedro, apud Martins, João Marcos de Brito. Direito de Seguro. Responsabilidade Civil das Seguradoras. 2a. Edição. Rio de Janeiro. Editora Forense Universitária. Ano 2004

CAMPOY, Adílson José. Contrato de Seguro de Vida. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2014 (*).

FIGUEIREDO, Sandra. *Contabilidade de Seguros*. São Paulo: Editora Atlas, 2a. Edição.

IMHOF, Cristiano. *Direito do Seguro*. São Paulo: Editora Atlas, 2014.

MIRAGEM, Bruno. *Direito dos Seguros: fundamentos de direito civil, direito empresarial e direito do consumidor*. Organizadores Bruno Miragem e Angélica Carlini – São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2014.

SARRO, Luís Antônio Giampaulo Sarro. *Novo Código de Processo Civil – Principais Alterações do Sistema Processual Civil*. São Paulo: Editora Rideel, 2015.

TZIRULNIK E., CAVALCANTE F. Q. B., PIMENTEL A. O Contrato de Seguro: de acordo com o Novo Código Civil Brasileiro. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2003 (*)

VENOSA, Sílvio de Salvo. *Direito civil: contratos em espécie*. São Paulo: Atlas, 2003.

(*) obra citada no Aresto analisado.