
INDENIZAÇÃO — QUANDO É DEVIDA**RESUMO**

- Da preliminar argüida pela apelada: Não merece acolhimento a preliminar de irregularidade formal do recurso, visto que as partes, no requerimento de interposição do recurso perante o Juízo "a quo" (f.) estão identificadas, e nos autos do processo (às f. - exordial e f. - procuração) está a apelada regularmente qualificada; no que tange à apelante, também está qualificada nos termos da lei (f. - procuração). - Do mérito: Versam os presentes autos sobre o não pagamento de valor constante em novo contrato de seguro de vida em grupo, avençado entre as partes, sob a premissa de doença preexistente. - De início, compulsando os autos, constata-se ser pacífico entre as partes que o contrato firmado é da modalidade contrato de adesão, ou seja, o descrito no art. 54 do CDC. - Reza o dispositivo: "Art. 54. Contrato de adesão, aquele cujas cláusulas tenham sido aprovadas pela autoridade competente ou estabelecidas unilateralmente pelo fornecedor de produtos e serviços, sem que o consumidor possa discutir ou modificar seu conteúdo". - Assim sendo, não é possível ao segurado discutir as chamadas "condições gerais do contrato", predispostas de forma prévia, uniforme e unilateral no contrato pela parte preponente, no caso a apelada (seguradora), cabendo à outra parte (segurado) aderir ou não as condições estipuladas. - O seguro de vida em grupo difere do seguro de vida individual, vez que este só se materializa através do exame prévio do candidato, enquanto aquele, o segurado limita-se a aderi-lo mediante preenchimento e assinatura no formulário impresso, dispensado o exame médico pela seguradora, que aceita as informações prestadas e assume os riscos advindos desta modalidade de contrato. - Diante disso, caberia tão-somente à apelante (seguradora) exigir ou não o exame médico do segurado, antes de seu ingresso no plano de seguro de vida em grupo, pois presume-se que o segurado, ao preencher o questionário que lhe foi fornecido, atendendo a exigência da própria apelante, respondeu com o preenchimento de que dispunha, quedando-se silente com respeito à doença que o vitimou, não se pode afirmar que agiu com má-fé, pois não é razoável exigir de quem não tenha conhecimentos médicos uma declaração minuciosa de boa saúde, visto que, para os não versados em medicina, entende-se por boa saúde o desempenho de suas atividades cotidianas. - Destarte, inexistindo prova cabal e inequívoca da intencional omissão de seu real estado de saúde, deduz-se que o segurado estava de boa-fé, ao prestar as ditas informações, não sendo aplicável no caso em tela o disposto no art. 1.144 do CC. - Diante do exposto, por unanimidade de votos, acorda a 2.ª Câ. Cív. do TJAL em rejeitar a preliminar argüida e, por idêntica votação, conhecer do recurso manejado, negando-lhe contudo provimento. Ac. de 14-06-1999 Revista dos Tribunais, Novembro de 1999, vol 769 - pág. 298 EMFOR 624

EMENTA

Tratando-se o seguro de vida em grupo de típico contrato de adesão, em que o segurado limita-se, mediante preenchimento e assinatura de formulário, a prestar informações a respeito de seu estado de saúde, sendo dispensado de prévio exame médico, a seguradora somente se eximirá da obrigação de arcar com indenização pelo resultado morte do aderente em virtude de doença preexistente, se comprovar, inequivocamente, a intencional omissão do real estado de saúde do segurado.

NOTA DA REDAÇÃO

Revista dos Tribunais