



Revista

Opinião.Seg

Nº 7 – Maio de 2014



AS VÁRIAS DISCIPLINAS DO SEGURO

SAIBA MAIS SOBRE OS DIVERSOS ASPECTOS DA ATIVIDADE SEGURADORA

GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO + SEGUROS E PREVIDÊNCIA

AGORA com
FIES
é + FÁCIL!



A melhor graduação para o mercado de seguros é muito mais que um detalhe no seu currículo.

Um curso superior de alto nível, reconhecido e valorizado pelo mercado de trabalho e que vai abrir muitas portas. Você terá um diploma em Administração + uma sólida base de conhecimentos em Seguros e Previdência.

Faça mais pelo seu futuro: qualifique-se para atuar em um mercado que não para de crescer! A Escola Nacional de Seguros está esperando por você.

INSCRIÇÕES ABERTAS!

ACESSE O SITE E AGENDE SUA REDAÇÃO E ENTREVISTA.

www.esns.org.br/processoseletivo

Rio de Janeiro – Centro – Tel.: (21) 3380-1044 / 1046

São Paulo – Consolação – Tel.: (11) 3062-2025



ESCOLA NACIONAL de SEGUROS
FUNENSEG

Editorial

Desde a 1ª edição, em abril de 2009, a Opinião.Seg se propôs a estimular o debate de temas que merecessem ser compartilhados e registrados pelos pares do setor de seguros e resseguros, num clima de mútua colaboração e colocando-se como veículo fornecedor de informações relevantes.

Nas seis edições anteriores da Opinião.Seg a Editora Roncarati pontuou os temas que foram brilhantemente abordados pelos articulistas convidados.

Para esta edição, fizemos convites para que nos enviassem artigo sobre algum tema que considerasse ser importante ser discutido no setor de seguros e resseguros, no momento atual, quer sob o aspecto regulatório, operacional, técnico, tecnológico, educacional, marketing e/ou comercial.

Vários artigos, com temas diversos e importantes, apresentam-se nas próximas páginas.

Esperamos que as reflexões e sugestões apresentadas possam contribuir para o setor.

Agradecemos a todos os articulistas pela colaboração ao compartilhar suas opiniões.

Boa leitura!

CHRISTINA RONCARATI

Maio de 2014

Índice

- 3 **Editorial**
Christina Roncarati
- 5 **Venda de seguros em canais alternativos**
Celso Paiva
- 7 **Cancelamento do seguro de transporte**
Aparecido Mendes Rocha
- 9 **O Representante, o Estipulante e a Contratação Coletiva de Seguros**
Ivy Cassa e Paulo Sogayar Jr.
- 11 **A busca pelo equilíbrio entre as gerações**
Acacio Queiroz
- 14 **Aspectos Contraditórios da Exclusão de Doenças Preexistentes**
João Marcelo dos Santos e Ana Paula Costa
- 20 **Mercado de Seguros: essência e rumo**
Fabio H. Pinho
- 24 **Desafios para o Brasil**
Lauro Faria
- 26 **Gestão de Resseguros: desafios e oportunidades**
Wady J. M. Cury
- 28 **A prescrição no contrato de resseguro**
Marcia Cicarelli Barbosa de Oliveira e Laura Pelegrini
- 32 **Em busca de canais alternativos**
Luciene Magalhães
- 34 **Controle Interno – Técnica + Consciência**
Assizio Oliveira
- 36 **Os Impactos de Solvência II nas companhias da Comunidade Europeia**
Marco Pontes
- 40 **Mercado Segurador Caminha para Melhoria na Gestão de Risco**
Luis Fernando Carvalho e Maurício Gonçalves C. Pinto
- 42 **Aspectos Jurídicos da Cláusula de Depreciação nos Contratos de Seguros de Danos**
Sergio Ruy Barroso de Mello
- 49 **Seguro Existe para Proteger o Segurado**
Antonio Penteado Mendonça
- 51 **Um mercado de US\$ 2,5 trilhões à espera do seguro de vida**
Margo Black
- 54 **Mercado Brasileiro de Resseguros – Sucessos e Desafios**
Paulo Botti
- 58 **Prevenção de riscos em grandes hotéis**
Antonio Fernando Navarro
- 62 **A Lei Anticorrupção e a Sociedade que queremos ter**
Valeria Schmitke

ISSN 2176-5944

A revista eletrônica Opinião.Seg é editada pela Editora Roncarati e distribuída gratuitamente.

EDITORIA RONCARATI LTDA

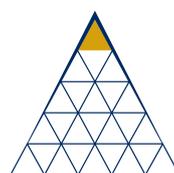
Fone: (11) 3071-1086

www.editoraroncarati.com.br

contato@editoraroncarati.com.br

Os textos publicados nesta revista são de responsabilidade única de seus autores e podem não expressar necessariamente a opinião desta Editora.

Venda de seguros em canais alternativos



ALFA
SEGURADORA

CELSO PAIVA

Diretor da Alfa Seguradora

Vamos falar aqui do amadurecimento progressivo do consumo de seguros em um país que está crescendo e é consumista por excelência, mas que ainda não tem cultura securitária suficiente para acompanhar este movimento.

A consistente geração de empregos formais nos últimos anos, bem como a taxa de desemprego próxima aos menores níveis históricos, permitiu que mais de 36 milhões de brasileiros migrassem das classes D e E para a classe C, o que tem contribuído para elevar o consumo da população, inclusive de seguros, mesmo que num crescimento ainda tímido.

A criação de produtos simplificados, com preços acessíveis, oferecidos por operadoras de cartões de crédito, companhias

de energia elétrica, redes de varejo e muitas outras está possibilitando um amadurecimento deste consumo e uma maior conscientização da população na preservação de seu patrimônio e proteção em caso de alguma fatalidade. Esta é a grande oportunidade que o mercado está tendo para a venda de seguros simplificados em canais não tradicionais, como por exemplo, no varejo.

Isto está fazendo com que o consumidor, através de canais de venda massificada e que não é alvo dos bancos, canal este já comumente acostumado e amadurecido em relação à venda de seguros, tenha acesso a uma gama de produtos, ficando mais à vontade e receptivo. Hoje, além do "garantia estendida", o consumidor tem

oportunidade de adquirir seguros de acidentes pessoais, residencial, odontológico, assistenciais e capitalização, entre outros.

Certamente, seguro não é produto de impulso nem emoção. O consumidor não acorda de manhã e pensa em realizar “um sonho de consumo” e sai de casa disposto a comprar uma “cobertura de seguro”... Ele vai precisar enxergar nesta compra uma necessidade, um conforto e uma segurança, com um caráter preventivo, senão, não compra! O seguro vem atrelado a tudo isso, e nosso campo de ação aqui é enorme. Chegou o momento de informar corretamente ao consumidor o que de fato ele está comprando, além de criar um vínculo positivo e duradouro com esta nova massa potencialmente consumidora.

Atualmente, a maior preocupação do mercado está voltada em não vender “falsas expectativas” ao consumidor e sim, oferecer apenas aquilo que o produto realmente dispõe, com mais clareza e riqueza de informações.

Algumas vezes a falta de informação levava o consumidor a adquirir o seguro basicamente pelo produto de capitalização, quase sempre atrelado a ele neste tipo de venda. Com isso, na hora da ocorrência de um evento, esta pessoa tinha a sensação de que qualquer coisa relativa às suas expectativas estaria coberta, gerando desconforto e prejudicando a imagem do produto Seguro.

Observa-se que a fatia da população que já é consumidora dos produtos tradicionais de seguro, mesmo com pequeno conhecimento a respeito, tem o corretor como aliado, pois na hora de uma necessidade é para ele que a pessoa recorre num primeiro momento. Sem dúvida o corretor é a principal referência.

Já na venda do seguro no canal varejo é preciso encontrar esse meio termo, um ponto de equilíbrio e, dentro do possível, trabalhar numa comunicação simples e efetiva, com a parceria direta do canal e de um corretor mediador.

Nossa missão, enfim, é facilitar o entendimento deste consumidor na hora da compra. A simplicidade na comunicação e o investimento na qualificação da força de venda são fatores preponderantes para a conquista de novos segurados.

Devemos aproveitar o momento atual da economia, do aquecimento do consumo, da melhor distribuição de renda do país, e remar a favor da correnteza, oferecendo produtos simplificados para todas as classes que procuram segurança. O mercado segurador brasileiro está tendo um grande desafio: inserir na cultura da população em geral a ideia de consumir corretamente o produto Seguro. O momento é este. É a nossa chance de vendermos os nossos produtos e comunicarmos, com clareza, o que o consumidor está realmente comprando.

Cancelamento do seguro de transporte



**APARECIDO MENDES
ROCHA**

Corretor de seguros
especializado em seguros
internacionais

O ramo de seguro de transportes compreende o seguro de transporte internacional de importação e exportação e o seguro obrigatório de transporte nacional para os embarcadores (donos das mercadorias). O mercado também considera o seguro obrigatório de responsabilidade civil dos transportadores rodoviários, aéreos, aquaviários e ferroviários, e o seguro de responsabilidade civil do transportador rodoviário por desaparecimento de carga (RCF-DC) na carteira de transportes.

O contrato de seguro é representado por uma apólice que normalmente tem vigência anual. A apólice pode ser distratada, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes, mas

sempre com concordância recíproca, ressalvados os riscos em curso, e em conformidade com a cláusula de rescisão e cancelamento específica da modalidade do seguro. O prazo para aviso prévio de cancelamento é estabelecido na contratação do seguro e na maioria das apólices é de 30 dias.

O cancelamento dos seguros de transporte internacional e nacional, a critério exclusivo da seguradora, pode ocorrer nas situações de: falta de pagamento do prêmio; decurso o prazo de seis meses sem que o segurado tenha averbado qualquer embarque; ou ainda, de falência ou liquidação judicial ou extrajudicial do segurado. Já o seguro de responsabilidade civil dos transportadores e o de RCF-DC

só podem ser cancelados unilateralmente pela seguradora por falta de pagamento de prêmio.

A possibilidade para a seguradora também cancelar a apólice sem a anuência do segurado, ocorrerá quando constatado que as informações fornecidas no Questionário de Avaliação de Risco forem falsas ou houver omissão de circunstâncias que serviram de base para a aceitação do seguro. Na hipótese do segurado alterar os riscos sem comunicar à seguradora, não havendo má-fé, a seguradora terá que indenizar eventuais sinistros para posteriormente cancelar a apólice.

O cancelamento de apólice por motivo de sinistralidade, sem o consentimento do segurado não é permitido. Caso o seguro apresente resultado negativo, a seguradora terá que amargar até o término da vigência da apólice, os prejuízos que muitas vezes já eram previstos antes do início do seguro, mas desprezível naquele momento de ansiedade por conquistar clientes e aumentar seu faturamento. Um dos fatores determinantes para a efetivação de um seguro e definição de condições e taxas é a sinistralidade

anterior, que na prática é avaliada no período dos últimos três anos.

Ainda que o cancelamento esteja previsto em cláusula de revisão, a apólice não poderá ser cancelada unicamente por apresentar desempenho economicamente desfavorável para a seguradora.

O contrato de seguro é um contrato bilateral e aleatório. Bilateral, porque envolve duas partes, seguradora e segurado. Aleatório, porque depende de um acontecimento futuro e incerto. Neste tipo de negócio, a seguradora pode lucrar ou ter prejuízo. O cancelamento da apólice de seguro de transporte por decisão da seguradora, sem concordância do segurado é abusivo e uma afronta ao Código de Defesa do Consumidor, tendo em vista a incidência do artigo 51, incisos IV e XV.

A igualdade na contratação de seguro é um direito básico do consumidor, portanto, o segurado não pode ficar em uma posição de apenas aceitar as condições e cláusulas impostas pelas companhias de seguros, principalmente aquelas que desequilibram os direitos e obrigações das partes envolvidas.



O Representante, o Estipulante e a Contratação Coletiva de Seguros



IVY CASSA



PAULO SOGAYAR JR.

Azevedo Sette
ADVOGADOS

A Resolução CNSP 297/13 dispôs sobre o “representante de seguros”, considerado “a pessoa jurídica que assumir a obrigação de promover, em caráter não eventual e sem vínculos de dependência, a realização de contratos de seguro à conta e em nome da sociedade seguradora”.

Esse representante não pode exercer corretagem de seguros e, exceto quando na figura de empregador, é impedido de atuar como estipulante ou subestipulante e proibido de oferecer seguros por meio de apólice coletiva (nos termos do art. 4º).

No que toca ao estipulante, seu conceito foi trazido pela Resolução CNSP 107/04: “é a pessoa física ou jurídica que contrata apólice coletiva de seguros, ficando investido dos poderes de representação dos segurados perante as sociedades seguradoras” (art.1º). O § 2º do art. 21 do Decreto-Lei 73/66 tratou o estipulante de

seguros facultativos como mandatário dos segurados e o art. 801 do Código Civil o definiu como a pessoa natural ou jurídica que contrata seguro (de vida) a um grupo que a ela, “de qualquer modo, se vincule”, frisando que o estipulante não representa o segurador perante os segurados.

Esta análise parte, portanto, da existência de duas figuras que, nos termos da regulamentação atual, seriam “antagônicas”: o representante, que atua em nome da seguradora, e só poderia oferecer seguro sob a forma de apólice individual ou bilhete, e o estipulante, mandatário dos segurados, e que pode intermediar apólices coletivas.

Conclui-se, portanto, em uma primeira leitura dos referidos normativos, que o critério adotado para se determinar se a pessoa jurídica contratante de um seguro (“contratante”) seria representante de seguros ou estipulante é a análise do

interesse em favor de quem essa pessoa atua: do segurado ou da seguradora¹.

Foge do escopo do presente a discussão sobre a razoabilidade do critério adotado. Partindo-se deste critério dualista, não se deve rotular toda e qualquer pessoa jurídica que disponibilize seguros a consumidores como representante de seguros sem antes perquirir se ela, no oferecimento do seguro, atuará ou não no interesse do segurado.

Nessa linha de raciocínio, associações, bancos e concessionárias de serviços públicos (dentre outras) que ofereçam seguro em proveito de grupo que a eles, de qualquer modo, se vincule, seriam estipulantes quando atuassem no interesse dos seus clientes.

Se o que importa é verificar no interesse de quem a contratante atua, parece desarrazoado equiparar, sem ressalvas, fabricantes a varejistas (conforme fez a Circular SUSEP 480/13), pois nem sempre os seus interesses coincidem. O fabricante que oferece seguro de garantia estendida pode estar muito mais alinhado com o interesse de seus clientes em um seguro (à medida que esse seguro servirá de garantia para seu produto, e até mesmo como elemento de fidelização), do que, por exemplo, um varejista que comercializa um seguro de vida, sem ligação com qualquer outro produto que venda.

A própria Resolução CNSP 122/05 (revogada), que regulou inicialmente o seguro de garantia estendida, permitia o

oferecimento de tal seguro na forma contributária ou não-contributária. O fabricante que oferece tal seguro sob a forma não contributária não representa os interesses da seguradora. Portanto, equiparar seu papel ao do varejista, sob esse ponto de vista, é equivocado.

Mais uma vez, se o relevante é verificar no interesse de quem a contratante age, o “assessor de seguros” (contratante que atua exclusivamente junto a corretores de seguro) não deveria ser considerado como representante de seguros (como dispõe o art. 18 da Resolução CNSP 297/13), pois representa a seguradora. Aliás, contraditoriamente, a própria Resolução excepciona a aplicação dos artigos 3ª e 4ª nos casos da contratante ser “assessoria de seguros”, permitindo a contratação sob a forma coletiva (modelo utilizado por estipulantes), mesmo em se tratando de um “representante” (o que seria, pela lógica do critério dualista, uma incoerência).

Conclusão

Considerando que a regulamentação adotou o critério dualista para definir se uma contratante é estipulante ou representante de seguros, conclui-se que nem toda pessoa jurídica que oferecer seguro a consumidores será, necessariamente, representante da seguradora, e nem todo fabricante deveria ser equiparado a varejista.

Consequentemente, tendo em vista o critério utilizado, também a modalidade de seguro objeto de comercialização não deveria ser determinante para a forma de contratação (como imposto pela Resolução CNSP 296/13, que não admite, em nenhuma hipótese, a contratação de seguro de garantia estendida por meio de apólice coletiva).

- (O artigo não representa a opinião do escritório, mas apenas de seus autores.)
(Quando esta Editora recebeu o artigo acima ainda não havia sido publicada a Resolução CNSP 308/2014)

¹ A questão, entretanto, parece-nos mais ampla do que esse referido dualismo (contratante atuar no interesse do segurado ou no interesse da seguradora), pois há situações em que a contratante conjuga, por meio da estipulação de uma apólice coletiva: (i) interesses dos segurados de obterem um determinado seguro (o qual, contratado coletivamente, poderá trazer vantagens adicionais à contratação individual); (ii) interesses da seguradora, de ampliar a comercialização dos seus seguros por um canal adicional de venda e (iii) os próprios interesses, de poder oferecer um seguro que, muitas vezes, presta-se até mesmo a servir de garantia para sua operação. É o que ocorre com o seguro prestamista, com relação à instituição financeira.

A busca pelo equilíbrio entre as gerações



ACACIO QUEIROZ

Vivemos um novo tempo, no qual o líder necessita de competências técnicas e habilidades emocionais para enfrentar riscos, ter persistência, alcançar resultados desafiadores, ser autoconfiante e automotivador, além de ser desenvolvedor de pessoas e fonte de energia para seu grupo. Hoje, o líder é aquele que entende a diversidade, faz com que seus colaboradores e parceiros cresçam e direciona os talentos individuais para o sucesso do time. Entretanto, lidar com profissionais de várias gerações e suas respectivas particularidades pode ainda ser um desafio para os gestores modernos. O mercado de trabalho atual engloba profissionais de uma larga faixa etária (dos 17 aos 70 anos), que se encaixam em diversos perfis – gerações tradicional, pós-guerra, X e Y. Já estão chegando as gerações Z e Alfa (símbolo), e em breve muitas outras.

Diante dessa realidade, o equilíbrio emocional é fator decisivo e imprescindível ao líder. Liderança não é uma questão técnica, mas de atitudes e posturas perante outros e perante si mesmo. Ser um líder implica saber administrar suas próprias emoções, ímpetos e deficiências – que podem ser suplementadas por meio de pessoas da equipe ou parceiros na vida pessoal. Isso requer elevada dose de autoconhecimento e, claro, experiência. Esse equilíbrio é conquistado através do bem-estar, da qualidade de vida e das boas relações familiares, que se refletem no dia a dia e servem como exemplo para todos da equipe.

A comunicação fluente e a interatividade entre os colaboradores são importantes ferramentas para obter a real percepção do potencial da equipe liderada. É fundamental para o sucesso de uma empresa que a comunicação

seja praticada em todos os níveis, no sentido vertical e horizontal. Para tanto, o líder de hoje precisa ser flexível e estar próximo dos seus funcionários. O ideal é que não haja distância entre os diferentes níveis hierárquicos, o que permite compartilhar visões, experiências, desafios, conquistas e, conseqüentemente, comemorar juntos os objetivos atingidos.

Para alcançar o estado de prosperidade que buscamos, algumas etapas e passos devem ser seguidos: enfatizar que precisamos sempre trabalhar para conquistar algo; admitir os erros e estudá-los para não repeti-los; traçar metas com prioridades; adotar hábitos de planejamento; aprender a dizer não; abrir-se para o novo; sair de relacionamentos que não geram resultados; melhorar a qualidade de consumo, direcionando o tempo e dinheiro gastos. Outras dicas importantes são descomplicar, encurtar processos, usar o contato pessoal sempre que possível e tornar os objetivos claros.

Sim, porque problemas sempre existirão, e a liderança somente será valorizada – ou não – em momentos de crise. Por isso, durante essas etapas de dificuldade, adotar algumas regras e posturas ajuda o líder a lidar com o cenário. O gestor que se antecipa às próximas fases e identifica os desafios seguintes encontra mais e melhores recursos. Com uma equipe motivada pela ênfase dos acertos e o reconhecimento do esforço de todos, fica mais fácil passar por períodos conturbados.

Conhecer a equipe, por sua vez, é fundamental para liderar, com sucesso, colaboradores com características diversas. A geração tradicional, por exemplo, que engloba pessoas entre 65 e 85 anos, é uma geração sofrida, calejada por privações e guerras, o que acabou produzindo profissionais práticos e dedicados, que costumam permanecer por décadas na mesma empresa. Já a geração pós-guerra, os *babyboomers* (com idades entre 46 e 64 anos), é otimista, focada nos valores pessoais e age pelo consenso. A geração X demonstra uma preocupação maior pela qualidade de vida e é formada por pessoas entre 33 e 45 anos, que já estão familiarizadas com as tecnologias de comunicação e têm como foco a busca pelo equilíbrio entre vida profissional e pessoal.

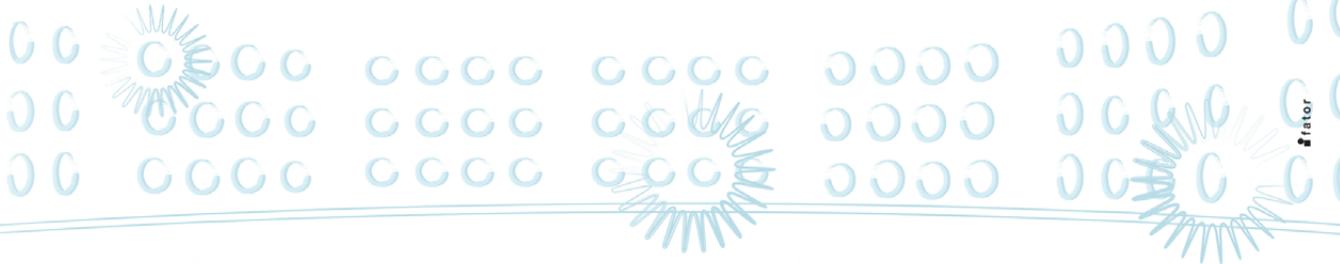
Estes profissionais enfrentaram grandes crises, são céticos, superprotetores e pregam a liberdade no trabalho e nas relações.

Já a geração Y, que nasceu na era digital e utiliza com desenvoltura a internet e ferramentas como as redes sociais, constitui hoje um dos principais desafios da liderança. É importante que as empresas conheçam a cultura dessa nova geração, uma vez que são novos cidadãos e novos consumidores que têm como principais características a impaciência, a elevada autoestima, a capacidade de realizar diversas tarefas ao mesmo tempo, o interesse em construir um mundo melhor e o costume de tratar seus superiores como colegas de turma. O líder desta nova geração deve entender qual o objetivo do jovem profissional, quais são seus planos e se estes estão de acordo com os valores da empresa. Para engajar estes jovens, que almejam a rápida ascensão, é importante oferecer oportunidades de vivenciar novas experiências, oferecer tempo para que eles conheçam novas áreas e atividades e reconhecer constantemente resultados por eles alcançados. Esta geração, que aceita e até prefere ser liderada por mais de uma pessoa, é a que mais demanda profissionais que saibam posicioná-la e extrair dela todo seu potencial.

Acacio Queiroz

Formado em Economia, pós-graduado em Finanças e com especialização em Business nos Estados Unidos, Acacio Queiroz atua na Chubb há dez anos. Possui certificação no Programa de Desenvolvimento de Conselheiros pela Fundação Dom Cabral, bem como é Conselheiro de Administração Certificado pelo IBGC – Instituto Brasileiro de Governança Corporativa. O executivo é presidente do Comitê de CEOs & Chairpersons da Câmara Americana em São Paulo. Recentemente escreveu o livro “Minhas Bagagens” e atua como palestrante nas áreas de Economia, Liderança e Motivação. Liderou várias companhias de seguros no País e na América Latina e é um dos executivos mais atuantes no mercado nacional. Por sua contribuição no segmento de seguro, acumula os mais significativos prêmios e reconhecimentos no Brasil e no exterior nas áreas de liderança e gestão de seguros.

Bom Te
Ver Bem.



TRANQUILIDADE EM DOBRO, SEMPRE QUE SEU CLIENTE PRECISAR.



A Yasuda Seguros e a Marítima Seguros são subsidiárias da Sompo Japan Insurance Inc., uma das maiores e mais bem conceituadas seguradoras do mundo por sua filosofia de colocar o cliente em primeiro lugar. É tranquilidade em dobro para você e para seus clientes.

EMPRESAS SUBSIDIÁRIAS DA

www.yasuda.com.br



www.maritima.com.br

Aspectos Contraditórios da Exclusão de Doenças Preexistentes

**DEMAREST
& ALMEIDA**
advogados

**JOÃO MARCELO DOS SANTOS E
ANA PAULA COSTA**

Respectivamente Sócio e Advogada
do Demarest Advogados



I – Introdução

Atualmente, e com cada vez mais frequência, muitas pessoas firmam contratos de seguro para amparar-se ou amparar a sua família, em caso de infortúnios que possam ocorrer ao longo da vida. De acordo com a CNseg, em 2013, aproximadamente R\$ 290,6 bilhões foram faturados em vendas de seguros, previdência, capitalização e saúde, o que chega a representar 6% do Produto Interno Bruto (PIB) brasileiro.

No que se refere ao seguro de pessoas, a mudança nos últimos 10 anos têm sido ainda mais estruturais. Com o fim da inflação, em 1994, e a entrada em vigor do Código Civil, em 2003, bem como da legislação superveniente (em especial a Resolução CNSP 117/2004 e as Circulares SUSEP 302 e

317/2005), as distorções construídas com base no regime de alta inflação começaram a ser “desmontadas”, e, entre outras coisas, o seguro individual voltou a lentamente ganhar força.

Além disso, o mercado de resseguros foi aberto em 2008, e com isso novas técnicas de subscrição e novos produtos tornaram-se disponíveis, bem como parceiros (resseguradores) aptos a colaborar na sua implementação.

Nesse contexto é natural que a adequação de determinadas regras, práticas e entendimentos torne-se objeto de discussões e controvérsias.

Pretendemos tratar neste artigo de alguns aspectos da exclusão de doenças preexistentes nas coberturas de seguros de pessoas.

II – Seguro, Limitações de Cobertura e Subscrição: Algumas Premissas

É sabido que, “pelo contrato de seguro, o segurador se obriga, mediante o pagamento do prêmio, a garantir interesse legítimo do segurado, relativo à pessoa ou a coisa, contra riscos predeterminados” (artigo 757 do Código Civil).

A limitação e a particularização dos riscos são da essência do seguro. Isso porque a limitação e a particularização de risco são elementos indispensáveis ao cálculo do prêmio e de eventual indenização. Se assim não fosse, ou seja, se todos os riscos de determinada espécie fossem sempre cobertos pelos seguros, seria extremamente difícil estabelecer valores de prêmios viáveis economicamente.

Alternativamente, o prêmio deveria ser rigorosamente igual para todos, independentemente do perfil de risco de cada pessoa. E isso não parece razoável no âmbito dos seguros, em que tanto o perfil de risco como a cobertura necessária devem ser identificados de forma, tanto quanto possível, individual. Naturalmente, a afirmação acima está subordinada a intervenções pontuais para mitigação ou eliminação da possibilidade de tratamentos diferenciados específicos (como com relação aos segurados mais velhos no Brasil ou, na Europa, com relação à diferenciação de gêneros).

Vale notar também que a enorme importância que a boa-fé tem no contrato de seguro deve-se justamente ao fato de que o segurado é quem melhor conhece seu risco. Assim, as informações por ele detidas são o elemento mais importante para a mensuração, pela seguradora, dos riscos

que aceita, não sendo viável do ponto de vista operacional e econômico, que cada elemento inerente ao risco do segurado seja objeto de verificação por parte da seguradora.

Por sua vez, no que se refere à definição da cobertura contratada, esta decorre principalmente das exclusões, ou seja, da definição daquilo que, estabelecido o objeto do contrato de seguros, não será coberto.

Não é demais salientar que cláusula limitativa é aquela que implica algum tipo de limitação ao consumidor. No entanto, esta não é considerada, por si só, abusiva. De fato, as cláusulas limitativas, características dos contratos de seguro, inclusive, encontram amparo no Código de Defesa do Consumidor, o qual dispõe em seu artigo 54, que as cláusulas que implicarem limitação de direito do consumidor deverão ser redigidas com destaque, permitindo sua imediata e fácil compreensão.

Em outras palavras, tratando-se de contrato de seguro por adesão, há a possibilidade de serem inseridas cláusulas limitativas de direito. No entanto, em havendo tais cláusulas, estas devem estar em destaque e redigidas de forma clara a permitir a fácil compreensão do aderente. Frise-se que todos os contratos de seguro são submetidos à prévia e rigorosa aprovação do órgão regulador da atividade, a Superintendência de Seguros Privados – SUSEP.

III – Doença Preexistente e Declaração Pessoal de Saúde

Os riscos assumidos pela seguradora devem ser futuros e incertos. Partindo-se dessa premissa, de forma geral, excluem-se da

cobertura do seguro de vida e acidentes pessoais as doenças preexistentes, ou seja, as doenças das quais o segurado tenha ciência quando da contratação do seguro.

A legislação civil estabelece, ainda, *"que 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"* (artigo 765 do Código Civil).

No entanto, *"se o segurado, por si ou por seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, perderá o direito à garantia, além de ficar obrigado ao prêmio vencido"*. E, *"se a inexatidão ou omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, o segurador terá direito a resolver o contrato, ou a cobrar, mesmo após o sinistro, a diferença do prêmio"* (artigo 766 do Código Civil).

Como se vê, muito embora a boa-fé seja uma regra contratual geral que deve ser observada na execução e na conclusão de qualquer contrato, o Código Civil destaca a necessidade de boa-fé para as relações securitárias. No seguro, a boa-fé deve ser estrita, na medida em que, de forma geral, é com base nas declarações e informações prestadas pelos segurados que a seguradora avalia se aceitará ou não o risco, calculando o prêmio corresponde a essa transferência de risco do segurado para o segurador.

Além disso, a legislação é clara no sentido de que havendo declarações inexatas ou a omissão de circunstâncias que possam influir na aceitação do prêmio, o segurado perde o direito ao pagamento da indenização ou do capital segurado, o que ocorrerá independentemente de ter o segurado agido ou não de má-fé. Ademais, se o segurado ainda agir de má-fé, a seguradora, a seu critério, pode resolver o contrato ou cobrar

a diferença do prêmio, mesmo após a ocorrência do sinistro.

Nesse contexto é que, exigida a Declaração Pessoal de Saúde ("DPS"), e pedidas informações ao segurado relativamente ao seu histórico de saúde, com base nessas informações se identificarão as suas doenças preexistentes. Havendo qualquer espécie de informação inverídica a esse respeito, o segurado estará sujeito à perda de cobertura e/ou à cobrança de prêmio adicional.

IV – Há uma Relação Necessária entre DPS e Doença Preexistente?

A evolução de um mercado ou de uma prática depende da dialética permanente entre novos e antigos entendimentos e da disposição dos seus agentes de adotar novas práticas. Nessa linha é que a pergunta acima, nada obstante possa causar certa perplexidade, deve ser vista como uma oportunidade para reavaliar práticas há muito adotadas no âmbito do mercado brasileiro de seguros, além de evidenciar de forma mais flagrante o equívoco de determinados entendimentos.

De acordo com o art. 62 da Circular SUSEP 302/05, *"caso as condições gerais e/ou especiais excluam doença preexistente das coberturas do seguro, esta deverá ser definida como doença de conhecimento do segurado e não declarada na proposta de contratação ou, no caso de contratação coletiva, na proposta de adesão"*.

A partir da leitura do artigo acima, muitos entendem que a seguradora seria obrigada a investigar, antes da contratação do seguro, através da proposta de inscrição, se o segurado é portador ou não de uma doença

preexistente, sob pena de não o fazendo ser obrigada a cobrir tal risco.

De fato, embora um dos autores deste artigo tenha participado ativamente na elaboração das normas que atualmente regulam os seguros de pessoas (entre as quais a Circular acima referida), a verdade é que, sem qualquer isenção de responsabilidade ou atribuição dela a outros envolvidos nas discussões, a redação do artigo transcrito parece equivocada.

A preexistência de uma doença não guarda nenhuma relação necessária com a DPS.

Não há sentido algum em condicionar uma exclusão objetiva (doença preexistente) a uma declaração ou à falsidade de uma declaração.

É interessante até perceber que, pela interpretação literal da regra acima, a declaração pelo segurado incluiria a doença preexistente entre aquelas cobertas pela apólice, tratando-se aqui de óbvia impossibilidade que não sobrevive a qualquer outro método de interpretação (finalístico, lógico ou sistemático).

De qualquer forma, impor à seguradora a obrigação legal de solicitar a emissão de um pronunciamento negativo ou positivo do potencial segurado acerca da existência de alguma doença preexistente ou estabelecer a partir desse documento a possibilidade de exclusão de uma doença preexistente é tornar lógico e necessário o que foi tão somente a consequência de uma prática de mercado estabelecida há muitos anos, mercado este que desde então passou por diversas e severas transformações.

Pergunta-se então: porque não é possível excluir a cobertura de perdas decorrentes de uma doença preexistente e conhecida do segurado, independentemente da forma ou mesmo de ter ou não havido questionamento prévio a esse respeito?

Não se está aqui a propor que se deixe em todo e qualquer caso, de pedir a DPS. Esse é

um procedimento cuja adoção depende da política de subscrição de cada seguradora. Diferentemente, estamos propondo que a análise da existência da cobertura, no caso de uma doença preexistente, dependa tão somente, por exemplo, de o segurado conhecer essa preexistência, e não de qualquer elemento relativo à DPS.

Como bem salientado por Lauro Vieira de Faria em seu artigo Seguro e Doença Preexistente, publicado na Edição 178 da Revista Caderno de Seguros, páginas 17-20, *"Assim, havendo cláusula restritiva de cobertura de doença preexistente e não sendo requerido do segurado antes da contratação declaração formal nesse sentido, cabe à seguradora (no caso de venda direta), ao corretor (nos demais casos) e ao estipulante (nos seguros coletivos por adesão) o dever de informar claramente ao segurado a citada restrição, que constitui aspecto essencial do objeto, isto é, do contrato de seguro"*.

Por essa razão, para que a exclusão de doenças preexistentes seja válida, basta que o segurado seja devidamente informado da existência e das condições de tal exclusão, independentemente da DPS (tanto no que se refere à sua existência quanto ao seu conteúdo).

Segundo a Resolução CNSP 117/2004, que altera e consolida as regras de funcionamento e os critérios para operação das coberturas de risco oferecidas em plano de seguro de pessoas, e dá outras providências, em seu artigo 65, prevê que:

Art. 65. A inclusão de cada proponente dar-se-á com a aceitação pela sociedade seguradora da respectiva proposta de adesão e consequente adesão ao contrato, observado o disposto no §2º do art.17 desta Resolução.

§ 1º Para a aceitação de que trata o "caput", poderão ser exigidos outros documentos, tais como declaração pessoal de saúde, declaração de atividade

laborativa ou exames médicos, correndo as custas às expensas da sociedade seguradora.

§ 2º A proposta de adesão de cada proponente integrará o contrato, após sua aceitação pela sociedade seguradora.

O artigo 65 da Resolução CNSP 117/2004, estabelece, em seu § 1º, que para a avaliação do risco, a seguradora poderá exigir outros documentos, tais como a declaração de saúde. A declaração de saúde, portanto, faz parte de um rol exemplificativo que pode auxiliar a seguradora na avaliação e, conseqüente, precificação do risco, caso necessário, o que não a torna obrigatória ou mesmo essencial para a contratação válida de um seguro.

Se, por acaso, no futuro, o segurado vier a falecer, ficar inválido ou sofrer perdas em razão de uma doença preexistente à contratação do seguro, independentemente do preenchimento ou não da declaração pessoal de saúde, que pode ou não ser entregue para a seguradora, e independentemente de o segurador ter agido ou não de má-fé, o risco não estará coberto.

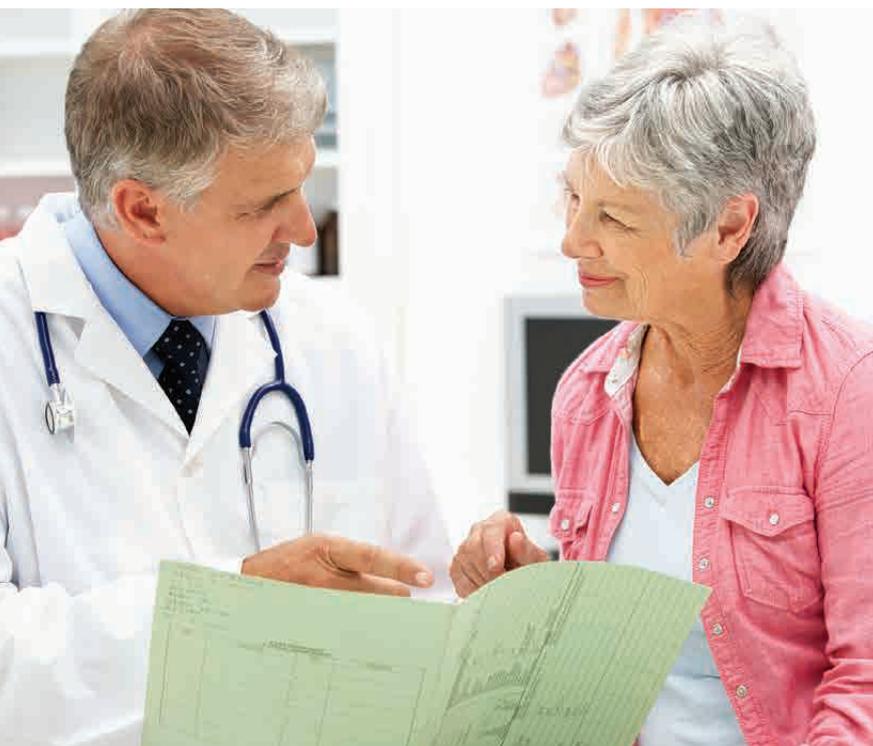
Ressalte-se, a declaração pessoal de saúde é uma ferramenta para auxiliar a seguradora na aceitação do risco e na precificação do seguro, mas não é um documento obrigatório para a contratação válida do seguro e também não garante a cobertura de sinistro relacionado à doença preexistente à seguradora, caso não tenha sido entregue/solicitada pela seguradora no momento da contratação.

Neste aspecto, é importante salientar que mesmo a necessidade de proposta de contratação escrita vem caindo por terra, na medida em que, com o avanço da tecnologia, outros meios de contratação de seguro vêm surgindo, especialmente por meio eletrônico, pelo que a exigência de proposta escrita se torna cada vez mais incompatível com a realidade, além de se mostrar desnecessariamente custosa e operacionalmente difícil em certas situações.

V – Do Entendimento dos Tribunais Brasileiros: o Segurado “Incapaz” e “Inimputável”

O que deve ocorrer, de fato, até em atenção aos princípios norteadores do Código de Defesa do Consumidor, é a existência de informação clara e em destaque no contrato de seguro de que doenças preexistentes não são cobertas.

Caminhando em direção oposta e ainda menos adequada do que a simples exigência da DPS para a caracterização da preexistência, os tribunais brasileiros, seguindo o entendimento do Superior Tribunal de Justiça, têm entendido que a não realização



de exames médicos prévios no segurado, antes da contratação do seguro, implicaria na assunção do risco pela seguradora e, conseqüentemente, na responsabilidade por eventual sinistro. Isso, ressalte-se com espanto, a despeito de o segurado ter prestado informação inexata à seguradora no momento da contratação do seguro.

O fundamento para este entendimento seria o fato de que se a seguradora não exigiu os exames médicos previamente à contratação, não pode eximir-se de sua responsabilidade sob o fundamento de que o segurado omitiu-se quanto à existência de alguma doença preexistente, salvo se o segurado agiu comprovadamente de má-fé, pois isso ensejaria o enriquecimento ilícito da seguradora, que recebeu o prêmio, mas negou a cobertura.

Ora, se a própria prestação de informação inexata não é suficiente para a comprovação objetiva da má-fé, resta evidente que a seguradora terá enormes dificuldades para demonstrar que tal ato ou omissão decorreu de uma intenção deliberada e direcionada do segurado para fraudar o seguro.

Nesse ponto é que reside a questão central em discussão aqui: em se tratando de uma doença preexistente de conhecimento do segurado (o que se pode facilmente demonstrar com o resultado de um exame anterior à contratação do seguro), cuja exclusão está adequadamente prevista na apólice de seguro, o que mais é necessário para afastar a cobertura? Não há porque se cogitar da necessidade de uma DPS e menos ainda de qualquer exame no momento da contratação do seguro para que esteja plenamente caracterizada a exclusão da cobertura.

Ora, é impossível que as seguradoras realizem exame prévio em todos os potenciais segurados, para avaliação do risco e eventualmente confirmação das informações por ele prestadas. Isso oneraria ainda mais o prêmio do seguro, para todos os segurados,

não somente aqueles considerados “incapazes” e “inimputáveis” pelo Poder Judiciário a despeito de prestarem informações inverídicas para a seguradora, mas também aqueles que de fato atuam com boa-fé ao prestar qualquer informação a qualquer seguradora.

Do contrário, o seguro deixa de ser um contrato estritamente baseado na boa-fé para tornar-se um jogo. Algumas regras desse jogo seriam (i) a seguradora deve ignorar a possibilidade de o segurado prestar informações verídicas sobre sua saúde e checar todas elas, e (ii) mesmo o segurado descuidado ou mentiroso ganhará sempre que não for pego.

VI – Conclusão

Havendo cláusula restritiva de cobertura de doença preexistente, a eficácia de tal cláusula não deve depender da entrega e dos termos da DPS, devendo, apenas, o segurado ser informado de que não haverá cobertura para os eventos decorrentes, direta ou indiretamente, de doenças preexistentes.

Nesse sentido, tanto a interpretação que vem sendo dada à legislação, no que se refere à necessidade da DPS, como o entendimento do Poder Judiciário a respeito das condições necessárias à validade e eficácia da exclusão de doenças preexistentes devem ser revistos.

Bibliografia

LAURO VIEIRA DE FARIA, *Seguro e Doença Preexistente*, artigo publicado na Revista Caderno de Seguros, n. 178, editada pela Funenseg em 2014, páginas 17-20.

Mercado de Seguros: essência e rumo



FABIO H. PINHO

Diretor-Executivo (CEO)
da Essor Seguros



Cotidianamente, leio matérias e reportagens sobre o mercado de seguros, seu crescimento, exponencial e pujança em nosso país. Em destaque, a importância de grupos estrangeiros trazendo novas tecnologias e ferramentas, bem como comparações sobre as nossas práticas e regras locais às leis internacionais vigentes.

É axiomático que as sínteses das matérias divulgadas são de grande valia e norteiam o horizonte em que atuamos. Entretanto, pouco se fala do profissional de seguros e da cultura monocefálica que o mercado pratica, por não considerar a essência no aprendizado do Seguro. Essa prática acaba criando um verdadeiro genocídio no mercado através da cooptação de profissionais

de um concorrente, ao invés de treinar os recursos humanos existentes em suas próprias empresas.

Vale enfatizar que a essência do seguro está interligada à proliferação do mutualismo entre as partes, com viés na proteção ao consumidor e na busca de distribuição de renda, quando os sinistros ocorrem.

Como exemplo, eu cito a experiência da Essor, com seguros inéditos que implantamos no Brasil. Os Seguros de Garantia de Entrega de Obra e o Seguro Decenal determina que o imóvel seja entregue ao consumidor com a qualidade esperada e garantida por 10 anos. Estas práticas deveriam ser leis e/ou obrigаторiedades, como acontecem em diversos países do continente europeu. O Seguro Habitacional

no Brasil existe, única e exclusivamente, para amparar a família que obteve crédito imobiliário na aquisição da tão sonhada casa própria, quando da perda de um integrante. E o que dizer do Seguro Agrícola? Um seguro que atende ao produtor rural contra perdas catastróficas naturais e distribui renda em caso de perdas, assim como a existência do Seguro RC para os Ônibus, não deixando as vítimas de acidentes desamparadas e desassistidas. Estes são alguns exemplos de seguros importantes, que simplificam e evidenciam a essência de uma seguradora aos olhos do consumidor e dos seus parceiros corretores.

Portanto, não devemos ter previsões utópicas ou produtos que salvaguardarão a humanidade. Devemos, sim, pensar no básico e atender aos seus propósitos. Costumo dizer que aqueles que ainda acreditam em soluções mágicas serão os primeiros a amargar a complexa realidade que está se delineando em nosso horizonte.

Quanto ao aprendizado, ao examinar o momento atual que o mercado de seguros vive, notamos uma carência de novos profissionais capacitados. Neste quesito, destacamos a primazia e eficiência do trabalho desenvolvido pela Escola Nacional de Seguros. Contudo, ainda somos um mercado embrião quando comparado com outros países e, todavia, insistimos em cooptar técnicos dos concorrentes, ao invés de examinarmos, intrinsecamente, os recursos humanos disponíveis dentro das nossas organizações.

As empresas que hoje buscam capacitar e reconhecer seus profissionais não somente sob o ponto de vista financeiro, mas sim, pelo aspecto humano, existencial e seu valor na prestação de serviços, com o objetivo de atender a demanda e proteger o consumidor, estas são empresas que, no momento, podem sofrer perdas

de talentos ou competições inesperadas do mercado. Mas são elas que, indubitavelmente, continuarão a existir em uma sociedade com um reconhecimento distinto e na certeza de sua capacidade de atuar como uma seguradora.

Não é certo dizer que as empresas traçam caminhos indevidos. Contudo, há que se destacar que seus competidores baterão em sua porta, quando menos esperarem.

Além disso, notamos também um grande contingente de mão de obra voltado exclusivamente para o seu crescimento individual dentro das organizações; profissionais que olham somente para si e para recompensas em um curto período de tempo. Por causa dessas práticas, vemos técnicos saltitando de uma empresa para outra em busca de melhores oportunidades, sejam financeiras ou de exposição profissional. Não existe uma procura contínua pela disseminação da cultura do aprendizado ou na habilidade de engajar sonhos juvenis em realidades corporativas.

Comparo este fato ao jogo de tênis, pelo qual tenho grande entusiasmo. Este é o único esporte onde os jogadores falam sozinhos e para si mesmos – e ainda respondem. Ilhados em seus cantos, como num confinamento em cela solitária, em busca de sua valorização individual, pois não há um grupo para compartilhar seus anseios e ideias. O escritor Dale Carnegie, comentou: “Qualquer tolo pode criticar, condenar e reclamar – e a maioria o faz”. Precisamos nos reexaminar e compartilhar nossos conhecimentos, valorizar o colega e, principalmente, ensiná-lo, investir no seu treinamento.

O momento é propício para refletirmos sobre o avanço do nosso segmento e sobre todas as amálgamas dos nossos relacionamentos e dos nossos profissionais. Somos um dos mercados mais fiscalizados, com leis e regras rígidas a serem

cumpridas. Um setor onde podemos encontrar os principais *players* mundiais de seguros e fruto de políticas corretas e competições salutaras. Mas, infelizmente, somos participantes de um segmento que ainda tem que amadurecer. A grande maioria possui um pensamento imediatista, não se importando com o avançar dos anos. Uma indústria, por muitas vezes na conquista de mercado e/ou competição, pode esquecer-se de suas parcerias e de respeitar os elos comerciais que se criaram no decorrer de sua trajetória. Neste viés aparece a figura do corretor e dos parceiros operacionais, peças fundamentais para qualquer organização mundial e,

muitas vezes, disputadas acirradamente pelas seguradoras.

“As vitórias somente são conquistadas quando se cria relacionamento e transparência entre as partes, assim como cumplicidade; caso contrário, somente teremos ganho uma batalha, mas alguém saíria derrotado.” Winston Churchill, 1952.

Nós somos o que fazemos repetidamente. A excelência, portanto, não é um ato, mas um hábito. Por isso, devemos estar atentos em cumprir a essência da existência do seguro, tratando nossos profissionais como peças fundamentais na engrenagem de nossas empresas.





2º CONGRESSO INTERNACIONAL DE COMPLIANCE

O MAIOR EVENTO DE COMPLIANCE DO BRASIL

25 e 26 JUNHO 2014

HOTEL RENAISSANCE • SÃO PAULO

VAGAS LIMITADAS. INSCREVA-SE:
www.congressodecompliance.com.br

PATROCÍNIO MASTER

PEIXOTO & CURY
ADVOGADOS

PATROCÍNIO PRATA

 **FORDHAM UNIVERSITY**
THE SCHOOL OF LAW

KPMG

PATROCÍNIO BRONZE

 **VEIRANO**
ADVOGADOS

 **AuditS@fe**
Assessoria Empresarial Ltda.

 **ACA**
COMPLIANCE GROUP

 **teamAudit**
Risk & Compliance

REALIZAÇÃO E ORGANIZAÇÃO

lec legal ethics compliance

Desafios para o Brasil



LAURO FARIA

Assessor da Diretoria Executiva
da Escola Nacional de Seguros



Em 2014 e 2016, o Brasil vai estar no centro das atenções mundiais. A Copa do Mundo de futebol e as Olimpíadas são os maiores eventos esportivos do planeta tanto em público quanto em cifras: estima-se que quase metade da população mundial tenha visto ao menos 1 minuto de reportagens sobre a Copa de 2010 na África do Sul. No Brasil, espera-se que os dois eventos atraiam investimentos da ordem de US\$ 60 bilhões.

O mercado de seguros tem papel fundamental na proteção desses recursos. Alguns riscos são evidentes como os relacionados à construção de novos estádios e a melhora dos existentes, dos aeroportos e das vias de rodagem. Outros são menos

óbvios: em 1950, a Escócia desistiu de participar da Copa do Mundo no último momento e a Itália veio fortemente desfalcada depois que um acidente aéreo, no ano anterior, matou vários de seus jogadores. Em 1972, na Olimpíada de Munique, um ataque terrorista vitimou diversos membros da delegação israelense.

Atualmente, há produtos de seguros adequados para cobertura da grande variedade de riscos envolvidos em eventos esportivos deste porte. As apólices de riscos de engenharia, acidentes pessoais e responsabilidade civil cobrem ampla gama de eventos, desde a saúde dos atletas e segurança dos espectadores até impactos negativos sobre os lucros dos

investidores devidos ao não comparecimento de protagonistas (cobertura “No Show”), a atrasos por imprevistos climáticos e até cancelamento do evento. Os seguros são contratados não apenas pelos organizadores, mas também pelas empresas participantes e pelos patrocinadores.

O mercado de seguros brasileiro já sente o impacto positivo gerado pelas obras de infraestrutura necessárias à Copa do Mundo e às Olimpíadas. Prova disso é a expansão dos prêmios arrecadados com o seguro garantia que objetiva assegurar o cumprimento integral de contratos privados, públicos ou de licitações nos prazos e custos previstos. Em 2013, tais prêmios ultrapassaram a marca de R\$ 1 bilhão, cerca de 50% acima do que era faturado em 2010. Mais a frente, espera-se grande incremento dos seguros de acidentes pessoais e viagens em função da grande quantidade de pessoas afluindo às cidades hospedeiras.

Um fato, entretanto, preocupa a todos, investidores nacionais e estrangeiros, governos, atletas e expectadores: as condições de segurança face à onda de agitação social e política no Brasil, em particular, as manifestações contra os elevados gastos governamentais para a realização desses eventos esportivos. Tais agitações podem ter implicações de longo alcance sobre o setor de seguros.

A Copa do Mundo pode ser seriamente abalada se as manifestações populares se tornarem violentas. Nesse caso, é de se esperar impacto financeiro negativo sobre ampla gama de receitas, desde a emissão de bilhetes de entrada até direitos de TV, patrocínios, merchandising e hospedagem.

Segundo Lloyd’s de Londres, no caso improvável de cancelamento por razões de tumultos, as importâncias seguradas podem ser superiores a US\$ 500 milhões. Tal soma, entretanto, não chega perto

do valor total em risco. Na Olimpíada de Londres, por exemplo, a Swiss Re estimou que as perdas totais para redes de TV, organizadores locais, federações esportivas e anunciantes em caso de cancelamento atingiram de US\$ 5 a US\$ 6 bilhões. Não há no mercado de seguros mundial capacidade para segurar plenamente riscos dessa magnitude.

Felizmente, para aqueles com interesses financeiros nos jogos, a aquisição de seguros empresariais ocorre geralmente de três a cinco anos antes da sua realização. Isto significa que é pouco provável que os recentes tumultos no Brasil tenham afetado a extensão das coberturas ou levado a exclusões de risco ou aumentos de preço.

Porém, para as seguradoras que já assumiram o risco, a situação é preocupante. É claro que elas esperam ações adequadas de contenção de tumultos a serem postas em prática pelos organizadores dos eventos e investidores, mesmo por que, por contrato, tais agentes (segurados) têm o dever de tentar mitigar as perdas potenciais.

De qualquer forma, acredita-se que, como tem acontecido, o governo brasileiro seja capaz de manter os protestos sob controle e realizar os jogos com sucesso. Os governos sabem que arriscam suas reputações quando se dispõem a hospedar esses megaeventos. Consequentemente, procuram fazer o melhor para transcorram sem incidentes.

Com exceção das duas guerras mundiais, não existe registro de incidentes que tenham provocado o abandono ou cancelamento de Copas do Mundo ou Olimpíadas e o mesmo é esperado para o Rio de Janeiro e o Brasil.

Quanto ao mercado de seguros, não há dúvida de que ele vai estender adequada capacidade de proteção de riscos a quem demandar e responder aos fatos de modo correto, como aconteceu das outras vezes.

Gestão de Resseguros: desafios e oportunidades

**GRUPO SEGUADOR
BB E MAPFRE**

WADY J. M. CURY

Diretor Geral de Grandes Riscos



A gestão dos planos de resseguros – aí incluídos os contratos automáticos e os facultativos – é, ao mesmo tempo, um desafio para o mercado segurador e também uma excelente oportunidade de aperfeiçoamento em processos de subscrição e análise de risco e gestão de sinistro, entre outros aspectos.

Compreender a complexidade da gestão de resseguros e o envolvimento de várias áreas da administração das seguradoras traz à tona também os interesses comuns entre seguradoras e resseguradoras, artífices de parcerias nas quais a operação “ganha-ganha” institui relacionamentos duradouros.

Para gerir seus Planos de Seguros, as seguradoras devem elaborar suas políticas de

resseguros, em que se definam princípios, diretrizes e objetivos almejados, interesses a proteger e limites de retenção e de aceitação. Inclui-se ainda nesta etapa o estabelecimento de critérios para a escolha de resseguradoras, a partir de análise de informações sobre os *players* no mercado, identificando aqueles que melhor se afinam às políticas definidas.

O suporte da área jurídica é imprescindível para que os contratos estejam de acordo com princípios jurídicos adotados pela companhia e respeitem todos os requisitos legais e marcos regulatórios. Igualmente importante é a participação ativa das áreas de controles internos, auditoria e riscos. As elas cabem o estabelecimento de mecanismos que garantam

o constante para assegurar, em todas as fases do ciclo do seguro, a observância dos termos dos contratos com os resseguradores e a mitigação de riscos operacionais, de subscrição, crédito, legais e de mercado.

Mas é na prática, a partir dos negócios fechados ao amparo de contratos de resseguro, que residem os maiores desafios. Aqui é preciso desenvolver políticas e critérios de subscrição que atendam aos requisitos estabelecidos e, com isso, garantam a validade da inclusão dos negócios na cobertura do resseguro. Isto supõe o estabelecimento de alçadas e competências de profissionais da companhia para a subscrição e também a inclusão de representantes de resseguradoras, quando assim definido em contratos.

Da mesma forma, a gestão de sinistros nos planos de resseguros necessita observar os contratos firmados, a fim de preservar os interesses econômicos das partes. A gestão de sinistro deve servir como “guardião” dos direitos e obrigações, com procedimentos claros em todas as etapas do processo, incluindo aqueles que se referem às cláusulas de cooperação ou controle de sinistros pelas resseguradoras.

Por trás de todas estas etapas da gestão de resseguros está a gestão adequada da informação, apta a ser base para decisões bem fundamentas e o rigoroso acompanhamento das práticas adotadas. Neste sentido, investir no desenvolvimento de modelos e padrões de envio de dados e informações, entre outros aspectos, se faz necessário.

Os desafios, como vimos nesta síntese, são enormes. Mostram ainda que a gestão de resseguros não se restringe àqueles imediatamente responsáveis por contratos estabelecidos. Ela atinge toda a empresa e exige a participação de profissionais bem preparados e adequadamente orientados, para que o resseguro seja sempre um instrumento de proteção e não mais um risco.

E aí reside a grande oportunidade. Muito além de ser um instrumento para mitigação de riscos, a gestão de resseguros é, por suas características abrangentes – que perpassam toda a estrutura sistêmica de uma seguradora –, um instrumento de permanente aprimoramento, pois só se torna eficaz com decisões bem orientadas e os estabelecimento de processos coerentes, a serem observados na prática e acompanhados continuamente.



A prescrição no contrato de resseguro



**MARCIA CICARELLI
BARBOSA DE OLIVEIRA E
LAURA PELEGRINI**



Em acórdão¹ publicado em 13 de fevereiro de 2014, o Superior Tribunal de Justiça manteve o julgamento do Tribunal de Justiça de Minas Gerais, entendendo aplicável ao contrato de resseguro o mesmo prazo prescricional anual incidente nas relações entre segurado e seguradora, reacendendo a discussão a esse respeito.

No caso julgado, a seguradora, mesmo ciente da discordância da resseguradora, que entendia que o evento ocorrido (falha mecânica) não estava amparado pelo seguro contratado, realizou o pagamento das indenizações securitárias e, após mais de três anos, ajuizou ação em face do Instituto de Resseguros do Brasil

– IRB, buscando o ressarcimento do valor da indenização paga relativamente ao percentual do contrato de resseguro. A prescrição arguida em defesa, sob o fundamento de que aplicável o mesmo prazo dos contratos de seguro, foi afastada pela primeira instância, tendo o Tribunal de Justiça de Minas Gerais dado provimento ao agravo de instrumento interposto pelo IRB, reconhecendo, assim, a prescrição.

Buscando a reforma do julgado, a seguradora argumentou que o contrato de resseguro representa uma relação obrigacional mantida com a resseguradora, distinta da relação existente entre segurado e seguradora. Além disso, por não haver previsão legal específica, o prazo prescricional aplicável à hipótese seria

¹ Recurso Especial nº 1.170.057-MG

o geral de 20 (vinte) anos, previsto no Código Civil de 1916, vigente **à época do sinistro**.

Para analisar essa questão, o Superior Tribunal de Justiça, inicialmente, discorreu sobre a natureza jurídica do resseguro, afirmando que “o contrato de resseguro garante ao segurador o ressarcimento pelo seu prejuízo, passando o ressegurador a atuar como segurador do segurador. Daí a expressão habitual, *o resseguro é o seguro do segurador*”.

Partindo-se desta premissa, concluiu que também se aplica às lides decorrentes do contrato de resseguro o prazo prescricional de um ano previsto para pretensões relativas ao contrato de seguro. Assim, concluiu o Ministro Relator: “quanto à prescrição, a lei previu, para qualquer pretensão decorrente do contrato de seguro privado, o prazo de um ano (artigo 178, parágrafo 6º, do Código Civil de 1916 e artigo 206 do Código Civil de 2002). Nisso se inclui o seguro do segurador, isto é, o resseguro”.

Na mesma linha do entendimento adotado pelo acórdão, prevalece na doutrina o posicionamento de que o contrato de resseguro pertence ao tipo securitário e, apesar de possuir regras próprias, possui diversas semelhanças com a operação do seguro, desta não podendo se dissociar². Nesse sentido, Ricardo Bechara³ afirma: “enfim, não resta melhor classificação para o contrato de resseguro senão a de que seja ele um verdadeiro *contrato de seguro*, formalmente acessório, mas juridicamente

independente do contrato de seguro firmado entre o ressegurado e o segurado originário, cada qual com instrumentos e bases contratuais específicos”.

Por outro lado, arguindo ser a aproximação com o seguro algo mais longínquo, Paulo Luiz de Toledo Piza⁴ discorre que “o resseguro, como tipo contratual, aparece como subtipo securitário com características próprias, ou seja, como um *unicum*, ao menos perante o ordenamento brasileiro”. Apesar de tais ponderações, por ser o resseguro integrante da operação do seguro, nos termos do artigo 2º do Decreto-lei nº 73/66, entende o autor que também se aplica ao resseguro o prazo prescricional de um ano.

Além da classificação jurídica do contrato de resseguro, outra questão que deve ser analisada refere-se à possibilidade de aplicação de prazo prescricional por analogia, visto que o resseguro não está expressamente previsto pelo artigo 206, § 1º, II, do Código Civil. Contudo, segundo o entendimento do STJ exposto no acórdão ora comentado, o resseguro está englobado no conceito de contrato de seguro (“o seguro do segurador”), razão pela qual não haveria a necessidade de uma interpretação analógica para aplicação do mesmo prazo prescricional.

A interpretação dada pela Superior Tribunal de Justiça, apesar de inédita e bastante impactante para o mercado ressegurador, seguiu o entendimento doutrinário internacional majoritário sobre o tema, no sentido de conceituar o contrato de resseguro como uma operação de risco, próxima ao tipo securitário. A questão, não abordada pelo STJ e que merece discussão, é a relativa ao termo inicial de contagem desse prazo prescricional, tendo-se em conta a essência

2 Há, contudo, correntes em sentido diverso, tal como a que sustenta ser o resseguro um contrato de mandato, visto que não há formação de vínculo de representação entre segurador e ressegurador, além daquela que o classifica como contrato de cessão, uma vez que, no resseguro, não ocorre transferência da posição jurídica. Nesse sentido: Moraglia, G. “Sulla Natura Giuridica della Riassicurazione” In Revista de Diritto Commerciale e dele Obligatione, 1925.

3 *A prescrição no contrato de resseguro. Sua natureza jurídica*. <http://cadernosdeseguro.funenseg.org.br/secao.php?materia=224>

4 *Contrato de resseguro: tipologia, formação e direito internacional*, São Paulo: Manuais Técnicos de Seguros: IBDS, 2002.

internacional do resseguro e as dificuldades de comunicação no que se refere à língua e localização das partes. Ou seja, não seria excessivo supor que o trâmite necessário para a recuperação de um pagamento pela Cedente seja superior a um ano. Por isso, deve ser sempre considerado o momento do efetivo nascimento da pretensão resistida, cuja verificação dependerá da análise do caso concreto.

Finalmente, é preciso enfatizar que, embora a aplicação do prazo prescricional anual previsto para o contrato de seguro também ao resseguro seja plausível diante da classificação jurídica do instituto, não é possível aplicar indistintamente as normas que regem o contrato de seguro ao resseguro.

O resseguro, diferentemente do seguro, é contrato eminentemente comercial, que se submete aos usos e costumes internacionais, além de não se tratar de contrato de adesão e não ser regido pelas normas consumeristas.

Ademais, importante destacar que, apesar da semelhança das operações e da função acessória do resseguro, o risco cedido ao ressegurador, de modo algum,

se confunde com o risco assumido pelo segurador frente ao seu segurado. O risco garantido no contrato de seguro é aquele expressamente previsto em Apólice, ao qual o segurado está sujeito. O que fundamenta a existência do contrato de resseguro, por sua vez, é o risco da atividade econômica desenvolvida pela seguradora, não se relacionando com os riscos do seguro em si.

Portanto, o reconhecimento da proximidade entre os contratos não pode culminar na aplicação de todos os conceitos e princípios próprios do seguro ao contrato de resseguro, sobressaindo-se a necessidade de respeito às peculiaridades de cada um.

Marcia Cicarelli Barbosa de Oliveira

Mestre em Direito Civil pela Universidade de São Paulo. Especialista em Direito Securitário e Ressecuritário pela FGV. Professora de Arbitragem e Direito Regulatório do MBA em Direito do Seguro e Resseguro da Funenseg. Sócia da JBO Advocacia.

Laura Pelegrini

Especialista em Direito Contratual pela Escola Paulista de Direito. Advogada na JBO Advocacia.





**COM ESSE NOME NÃO
DÁ PRA ESCONDER,
A GENTE FAZ QUESTÃO
DE RESULTADOS.**



Em busca de canais alternativos



LUCIENE MAGALHÃES

Sócia líder da prática de seguros da KPMG no Brasil.



Em sua busca por canais alternativos para encontrar novos clientes, os seguradores deveriam caminhar pelos corredores de um supermercado nos arredores de uma cidade na Geórgia, nos EUA, ou procurar por informações no caixa em um supermercado de Lima, no Peru. Eles ficariam surpresos ao encontrar seguros vendidos junto com manteigas, detergentes ou fraldas.

Isso é tão novo que nem tenho um nome para este seguro! Mas, batizo-o de "seguro de supermercado". Utilizo esse termo para me referir às seguradoras que operam em mercados como a Colômbia e o Peru, e vendem apólices de seguros em geral, ou seguros de vida, de pequeno valor, em supermercados.

Essa venda pode ser efetuada tanto no formato de um quiosque dentro da loja, tendo um representante trabalhando nele, como na forma de produto de seguro que pode simplesmente aguardar na gôndola do supermercado até que o cliente o leve no meio de suas compras, por livre iniciativa.

Exemplificando, a Allianz Colombia tem apólices "empacotadas" dentro de caixas ou latinhas, como qualquer outro produto de consumo, de tal forma que o consumidor possa ler o rótulo e colocá-lo em seu carrinho de compras.

Há seguradoras que vendem apólices no formato de "cartões de aniversário", divulgados como presentes que demonstram consideração pelos entes queridos. O comprador paga apenas US\$2,50 pelo

cartão de aniversário e proporciona ao destinatário uma apólice de acidentes com cobertura de US\$1,250.

A ideia não está surgindo somente nos países em desenvolvimento. No final de 2012, a seguradora de vida americana MetLife começou a vender apólices em 200 lojas da Walmart no sul dos EUA. Apresentada nas prateleiras em pacotes simples e ornamentados com o personagem de quadrinhos *Snoopy*, símbolo da MetLife, a apólice pré-paga tem um ano de validade com cobertura de US\$10.000 no caso de morte do segurado, ao preço de US\$69.00.

Essa é uma forma muito interessante de trazer o produto "seguros" para perto dos consumidores e de torná-lo mais tangível e conveniente. As seguradoras localizadas em mercados em desenvolvimento, como o Brasil, deverão encontrar maneiras de se comunicar com as famílias de classe média emergente que normalmente não são atendidas de forma satisfatória pelo setor financeiro.

O "seguro de supermercado" pode ter uma lenta expansão, já que as seguradoras

podem hesitar em vender apólices de baixo prêmio, que podem ser difíceis de precificar para que caibam no bolso, devido aos riscos desconhecidos, aos altos custos de sinistros e fraudes, e à necessidade de partilhar as comissões com os parceiros supermercadistas.

As seguradoras poderiam visualizar o potencial do "seguro de supermercado" para desenvolver novos relacionamentos com os clientes. Elas poderiam vender apólices através de um supermercado, principalmente como instrumento mercadológico para aumentar o reconhecimento de sua marca junto a consumidores que normalmente não seriam captados e assim tentar vender apólices de maior prêmio.

Seguradoras buscam maneiras inéditas de desenvolver o conhecimento de sua marca e a confiança dos consumidores.

Não demorará muito para escutarmos os caixas dos supermercados solicitando através de seus altofalantes: "Favor checar o preço da apólice de Ramos Elementares e de Acidentes no corredor cinco!"



Controle Interno – Técnica + Consciência



LR Assessoria e Consultoria

ASSIZIO OLIVEIRA

Uma seguradora ou resseguradora não sobrevive mais sem objetivos, políticas, procedimentos e controles, elementos que, por não serem autosuficientes, precisam ser monitorados com vistas a sua melhoria e para que sejam corrigidos seus eventuais desvios. Somente quando a companhia tem políticas, procedimentos e controles não só implantados, mas também sistematicamente monitorados, ela tem o que a Circular Susep 249 chama de *Sistema de Controles Internos*. Aquele regulamento atribui à Administração a responsabilidade de criar e divulgar o *Sistema de Controles Internos*, bem como de exigir seu cumprimento pelo público interno, valendo dizer que sua eficácia depende fundamentalmente de humanos, seres

que, independentemente do cargo que ocupam, são por natureza misteriosos.

Esse lado subjetivo do *Sistema de Controles Internos* é tratado no componente denominado *Ambiente de Controle*, definido pela Circular Susep 280/04 como sendo “a cultura de controle na qual as atividades são executadas, especialmente a postura da sociedade e a consciência das pessoas”, bem assim na expressão “elevados padrões éticos e de integridade”, utilizada na Circular Susep 249/04 e relacionada à necessidade de ambiente interno, cultura organizacional e filosofia de atuação que privilegie uma obediência consciente de regras. Sabe-se que consciência só pode aflorar depois de superadas certas resistências e que uma pessoa inconsciente tende a

rechaçar o que a incomoda ou não lhe dá prazer. Assim, há que se trabalhar com o fato de que está na psique das pessoas a maior dificuldade para a implantação do *Ambiente de Controle*, o que remete à necessidade de um esforço para conscientizar a todos sobre sua importância, principalmente aqueles com perfil psicológico mais resistente.

Por isso, um *Sistema de Controles Internos* que seja só tecnicamente perfeito não garante a adequada gestão dos riscos que podem afetar os objetivos estratégicos da companhia, porque nada pode ser efetivo nos negócios sem o comprometimento consciente de pessoas. É necessário adotar um programa de conscientização para, por um lado, não cercear a criatividade e a iniciativa – tão necessárias ao sucesso nos negócios – e, por outro, não contemporizar atitudes que afrontem objetivos, regras, menosprezem a gestão de riscos e negligenciem controles. Um sério treinamento sobre *Controle Interno, Gestão de Riscos* e seus componentes, uma efetiva

comunicação trezentos e sessenta graus, a atualização e o fortalecimento de funções como *Compliance* e Auditoria Interna, o estabelecimento de uma política que induza à implantação de melhorias, a intransigência com atos que representem falta de comprometimento e, principalmente, o exemplo da Administração, são os principais fatores para se conseguir a conscientização das pessoas para com o *Ambiente de Controle*.

A companhia que, na consolidação do seu *Sistema de Controles Internos*, lograr reunir técnicas efetivas e consistentes com elevado grau de conscientização de seus Administradores, Gestores e demais Colaboradores, logrará também incrementar o seu capital ético. Embora difícil de medir, isso é subliminarmente percebido por investidores, clientes e pelo público em geral, gerando níveis maiores de confiança e respeito, variáveis que influenciam positivamente no valor das ações, no faturamento, nos custos de aquisição e na rentabilidade.



Os Impactos de Solvência II nas companhias da Comunidade Europeia

Sob a perspectiva do aumento de custos – um alerta para o Brasil

Não há dúvidas que Solvência II trouxe benefícios em termos de maior segurança sistêmica e de maior inteligência estratégica dos agentes econômicos. Entretanto, é correto também destacar que os impactos de custos são significativos. Entre eles, destacam-se os custos de implementação que se constituem em relevante despesa adicional, especialmente tendo sob pano de fundo as sucessivas crises sistêmicas que ocorreram nas últimas décadas. Algumas pesquisas indicam que os custos de implementação devem ultrapassar três bilhões de euros no âmbito dos países da Comunidade Europeia, segundo o relatório intitulado "Succeeding under Solvency II – Guy Carpenter's Guide to the New Industry Landscape, publicado em Setembro 2011).

Entre os principais custos de implementação destacam-se os investimentos em redesenho de sistemas de informação e de construção de armazéns de dados e



MARCO PONTES

Consultor sênior de riscos da Mercer
marco.pontes@mercer.com
(11) 3048-1882

informações para alimentação de modelos internos de capital econômico e de relatórios gerenciais de riscos. Também se constituem em importantes custos de implementação os investimentos com o objetivo de reforçar a governança das seguradoras, em especial quanto à busca de maior qualificação profissional de seu quadro executivo, quanto à estruturação mais robusta das funções atuarial, de gestão de riscos e de auditoria interna, e quanto à criação de processos internos de auto avaliação de risco e solvência e de relatórios de condição financeira e solvência para divulgação ao público.

Além dos custos de implementação, destacam-se os custos de supervisão do sistema. Os aumentos desses custos serão muito provavelmente repassados para os seguradores na forma de maiores taxas de fiscalização. De fato, os supervisores terão de investir na contratação de profissionais qualificados para conduzir os processos de aprovação de modelos internos de capital econômico e monitorar o compliance das seguradoras e das resseguradoras com os princípios e prescrições do novo regime. Estima-se que os órgãos supervisores de seguros da União Europeia terão de ampliar seus quadros em cerca de 600 analistas seniores para atender as demandas de supervisão decorrentes de Solvência II.

Os custos de realocação de mão de obra e de contratação de profissionais especializados, também contribuirão para elevar a demanda por profissionais com experiência de gestão de riscos, quer como empregados ou como terceiros, em serviços de consultoria e auditoria, o que lhes propiciará remunerações e *fees* mais altos e, portanto, impactará as seguradoras através de um aumento dos custos dessa mão de obra especializada. Não bastasse isso, haverá uma pressão de custos associada à realocação de empregados em favor de atividades relacionadas ao atendimento das demandas regulatórias e em detrimento de atividades normais de operação de negócios.

Porém, os custos com injeções de capital são talvez os custos mais relevantes que Solvência II propiciará. Os requerimentos de capital promulgados pelo Estudo de Impacto Quantitativo 5 (QIS 5) para seguradoras de não vida (antes de considerar os efeitos de diversificação) são aproximadamente o triplo ou o quádruplo dos atuais requerimentos sob a égide de Solvência I, e variam muito conforme o ramo

de seguro: por exemplo, para o seguro de automóvel, eles são quase o dobro. Para os seguradores de vida, a mudança nos requerimentos de capital difere também entre tipos de produtos. No contexto de Solvência I, as provisões técnicas representam 80,5% do passivo, enquanto o montante relativo a outros passivos 7,3%. O Capital de Solvência Requerido (SCR) por sua vez representa 3,1% do passivo, de forma que resulta uma margem de reservas livres da ordem de 9,4%. À luz do QIS 5, apesar de permanecer praticamente inalterada a representatividade das provisões técnicas e dos passivos relativos a outras provisões, é possível identificar uma redução significativa das reservas livres decorrente do esforço de que as seguradoras não ligadas a conglomerados financeiros terão que realizar para atender aos pressupostos de capital no contexto de Solvência II.

Vale ressaltar que, conforme relatado no QIS 5, em 2007 – ano base para o exercício do QIS 4, o excedente financeiro do setor de seguros, calculado de acordo com as regras Solvência I e sem o reflexo da aplicação de Solvência II, totalizava € 600 bilhões. Esse montante diminuiu em torno de € 200 bilhões em 2008 por conta da crise financeira global. Entretanto, em 2009, ano base para a realização do QIS 5, já considerando os efeitos da instituição dos requerimentos de Solvência II, o montante de excedente financeiro do setor atingiu € 500 bilhões.

Os resultados do QIS 5 são caracterizados por diferenças fundamentais de valorização dos balanços das seguradoras para fins da apuração da condição de solvência e indicam que muitas seguradoras terão de injetar capital para levar avante seus planos de negócios, já que as suas reservas livres diminuirão ou mesmo desaparecerão.

Entretanto, a percepção dos representantes dos órgãos de supervisão tende a subestimar o impacto de custos na indústria. Tal pensamento reflete uma postura natural mais conservadora que acredita ser mais importante defender regras mais exigentes de modo a garantir a segurança do sistema. Em linha oposta, especialistas do setor privado acreditam que o QIS 5 demonstrou que Solvência II exigirá um grande esforço de adequação do setor às novas regras, especialmente das seguradoras e resseguradoras independentes.

Essa corrente de pensamento destaca que o alto custo de adequação regulamentar poderá resultar em uma onda de fusões e aquisições no setor de seguro, contribuindo para aumentar o nível de concentração do mercado. Essa conclusão foi recentemente corroborada em pesquisa realizada com executivos seniores no Reino Unido que estiveram diretamente envolvidos na condução de projetos dentro das seguradoras com a finalidade de atender aos pressupostos de Solvência II.

A pesquisa realizada pela Interim Partner destacou que 90% dos executivos acreditam que o Solvência II implicará na desistência de algumas seguradoras em atuar em determinadas linhas de negócios, visto que, sob o novo regime de regulamentação, o negócio deixará de ser rentável. A pesquisa ainda revelou que 73% dos executivos entrevistados acreditam que a adoção de Solvência II resultará em uma onda de consolidação no setor de seguros e 88% dos participantes da pesquisa acreditam que, em última análise, o Solvência II promoverá custos mais elevados dos produtos de seguros para os consumidores.

Como podemos observar, a abordagem orientada ao risco de Solvência II trará um

impacto quantitativo significativo no mercado europeu de seguros, caracterizado por uma subida do custo de capital e de custos operacionais das seguradoras e, por isso, induzirá uma consolidação dos seus provedores mais em favor de seguradoras ligadas a grupos econômicos, podendo até ter repercussões em termos de retração da oferta de coberturas de seguros à qual o regime atribuir mais cargas de capital. O ambiente recorrente de crises de crédito deverá contribuir para um acirramento dos efeitos concentradores do novo regime.

Como a experiência europeia pode servir de referência para evitar que a implementação de Solvência II em sua totalidade não sirva para aumentar a concentração da indústria de seguros no Brasil?

A resposta para essa questão encontra-se nos documentos produzidos pela EIOPA no capítulo que trata do princípio da Proporcionalidade, cujo objetivo fundamental é a diferenciação dos agentes do mercado de seguros de modo compatível com a sua situação específica sem abusos de regulamentação e fiscalização e dentro de parâmetros razoáveis de segurança financeira para as partes interessadas. Vale destacar que Proporcionalidade não significa, por outro lado, a introdução de simplificações automáticas e sistemáticas para determinadas empresas. O princípio deve ser aplicado somente onde seria abusivo aplicar regras gerais (quantitativas e qualitativas) sem alívio condizente às particularidades de cada caso. Resumidamente, o novo paradigma de regulação de Solvência II no Brasil deve levar em consideração o perfil de risco individual de cada operadora de mercado, caso contrário, as seguradoras de pequeno e médio porte encontrarão sérias dificuldades para operar no mercado, elevando a concentração do em poucos *players*.

Nossos cursos e seminários são especialmente elaborados para atender a necessidade de reciclagem e/ou obtenção de conhecimento dos profissionais que atuam com controles internos, gestão de riscos e/ou compliance. Todas as nossas turmas de 2013 foram avaliadas como acima da expectativa, fruto de nossa filosofia de que nosso relacionamento não acaba com o final do curso, ele apenas começa. O CBOK- Common Body of knowledge, publicado pelo ICI Estados Unidos é base de todos os nossos cursos auxiliando desta forma a obtenção da certificação internacional CICS pelos profissionais Brasileiros.

AGENDA JULHO/AGOSTO/SETEMBRO DE 2014

Curso Controle I	Introdução aos conceitos de controles internos e ambiente de controle. (COSO Controles Internos 2013 Incluso)	Turma Diurna - Local: São Paulo Data: Dias 15 e 16 de Julho
Curso Controle II	Metodologia para a construção e avaliação de um sistema de controles corporativos	Turma Diurna - Local: São Paulo Data: de 17 a 18 de Setembro
Curso Controle III	Gestão e avaliação de riscos corporativos	Turma Diurna - Local: São Paulo Data: de 28 e 29 de Julho
Curso Controle IV	Introdução a Lei Sarbanes-Oxley e a governança corporativa	Turma Diurna - Local São Paulo Dias 31 de Julho
Curso Controle V	Intensivo de controles internos para formação de especialistas CICS	T5 São Paulo - 02 a 06 de Junho T2 Brasília - 21 a 25 de Julho T6 São Paulo - 04 a 08 de Agosto
Seminário Executivo CrossOver	Fraude corporativa - O que você precisa saber sobre fraude.	Turma Diurna - Local São Paulo Dia 30 de Julho
Seminário Executivo CrossOver	Mapeamento de processos e avaliação baseado em riscos	Turma Diurna - Local São Paulo Dia 14 de Agosto

Para inscrição e informações acesse nosso portal www.crossoverbrasil.com, ou envie um email para icibrasil@crossoverbrasil.com

Mercado Segurador Caminha para Melhoria na Gestão de Risco



**LUIS FERNANDO CARVALHO E
MAURÍCIO GONÇALVES C. PINTO**

Sócios da M-Camilo Consultoria



Nas últimas décadas a necessidade do desenvolvimento de mecanismos de gerenciamento de perdas operacionais ultrapassou o âmbito das discussões acadêmicas para ocupar a pauta de executivos, reguladores, supervisores e acionistas.

Essa mudança, infelizmente, não decorreu de um processo natural de conscientização do mercado, ou da sociedade, mas foi fruto de perdas operacionais que, por sua magnitude, levaram diversas instituições ao término de suas operações, como o banco inglês Barings (1995), o fundo LTCM (1998), Enron (2002) e o Lehman Brothers (2008). A quebra de diversas instituições internacionais nos anos 90, em decorrência da falta de controles adequados e o consequente impacto no sistema

financeiro global, despertou em tais instituições e em seus respectivos órgãos de supervisão o interesse pela gestão do risco operacional.

A Susep, autarquia federal responsável pela supervisão e fiscalização do setor de seguros, resseguros, previdência aberta e capitalização, tem por meta trabalhar na regulamentação de questões relativas à gestão de riscos e está próxima de concretizar as diretrizes para constituição do BDPO – Banco de Dados de Perdas Operacionais, baseado no risco operacional aplicável ao mercado segurador brasileiro. Essa perda operacional é o valor quantificável associado à falha, deficiência ou inadequação de processos internos, pessoas e sistemas, ou decorrente de fraudes

ou eventos externos. Dentre elas incluem-se, perdas legais e exclui as decorrentes de decisões estratégicas e à reputação da instituição. Os prazos estabelecidos pela Susep para o início de preenchimento do BDPOS é Janeiro de 2017, sendo que ao final de 2014, o orçamento para o desenvolvimento do projeto e implementação deve estar aprovado pela empresa para que no fim de 2016, a empresa já tenha aprovado formalmente o sistema.

As empresas que não participarem do banco de dados de perdas operacionais estarão mais expostas a riscos potencialmente elevados as demais empresas. Haverá uma seleção de empresas para as quais a implementação do banco de dados de perdas operacionais, nos termos propostos, será mandatória, ficando as demais dispensadas dessa obrigatoriedade. Desta forma, deverão estar munidas desses instrumentos, com o propósito de aprimorar a qualidade e confiabilidade dos dados disponíveis, para uma melhor gestão e mensuração dos riscos operacionais, além de prover mecanismos para o

desenvolvimento de modelos internos de apuração de capital adicional baseado no risco operacional.

Embora não resolva todos os potenciais problemas, a gestão de riscos é um instrumento que auxilia as empresas numa melhor administração e tomada de decisão quanto aos seus negócios. Uma empresa pequena está teoricamente mais sujeita a ter problemas de capital decorrentes de demandas de risco operacional do que uma empresa de maior porte, que dilui este risco em uma maior gama de operações. Dessa maneira, mesmo com a complexidade e possível custo dos processos exigidos para o desenvolvimento da base de dados, uma empresa pequena talvez pudesse desenvolvê-la sem a necessidade de sistemas computacionais, apenas definindo processos manuais de identificação, captura e classificação das perdas e registrá-las por meio de planilha eletrônica, sendo assim, importante o esforço de todos para obter controles de acordo com a necessidade de suas operações.



Aspectos Jurídicos da Cláusula de Depreciação nos Contratos de Seguros de Danos

Pellon
& Associados
A D V O C A C I A

SERGIO RUY BARROSO DE MELLO

Membro do Conselho Mundial da AIDA
e Sócio Vice Presidente
Pellon & Associados Advocacia



Depreciação, do ponto de vista estritamente jurídico, conforme informa Maria Helena Diniz¹, significa “**diminuição** ou **perda de valor** de uma coisa em razão de **desvalorização econômica**, uso ou decurso do tempo”.

Para fins de conceituação jurídica com reflexos diretos no contrato de seguro, ou, melhor dizendo, dentro da atividade seguradora, é possível dizer que há depreciação quando um bem, móvel ou imóvel, sofre redução em seu valor por uso, deterioração ou desgaste.²

É fácil perceber que a depreciação de um bem se verifica pela perda de seu valor

à medida que os objetos envelhecem ou tornam-se obsoletos, cuja avaliação poderá ser feita por perícia ou por mera estimativa. Já do ponto de vista da técnica do seguro, a depreciação será sempre representada por um **percentual matematicamente calculado** que indica o desgaste material de um bem, considerando, dentre outros elementos, a **idade** e as **condições de uso, funcionamento** ou **operação** do próprio bem.

A depreciação, no cenário técnico do seguro de dano, nada mais é do que o valor percentual matematicamente calculado que, deduzido do *valor de novo* de um determinado bem, conduzirá ao *valor atual* desse bem, ou seja, o seu valor na data de eventual sinistro.

¹ In, *Dicionário Jurídico*, V2, 2ª ed., SP, 2005, p. 87

² In, *Dicionário de Seguros*, FUNENSEG, 1996, RJ, 1ª ed., p.52

Se o segurado declara risco inferior ao efetivamente existente, deve responder na proporcionalidade pelos prejuízos suportados. Mesmo porque, o prêmio é calculado sobre o risco declarado e não sobre o risco real, razão pela qual o percentual que representa a diferença entre aquele e este deve ser assumido pelo segurado.

Ao comentar a cláusula de rateio, Sílvio de Salvo Venosa³ leciona:

“Nem sempre bem compreendida é a chamada cláusula de rateio. Vimos que no seguro de danos o teto segurável é sempre o valor da coisa. Isto é, o valor segurado não pode suplantá-lo. Contudo, problemas poderão advir, quando a cobertura contratada for insuficiente, inferior ao valor da coisa e dos danos. **Essa diferença será suportada pelo segurado que, na hipótese, assumiu o risco do valor que sobejou, ou seja, é segurador de si mesmo**”. (n.g.)

Isso significa que, quando o segurado declara na proposta de contratação do seguro valor em risco demasiadamente inferior àquele a que realmente se encontra sujeito, impõe-se a aplicação da cláusula que estabelece a proporcionalidade (ou, no jargão corrente no mercador segurador, um rateio) do valor da indenização, e segundo a qual se considera o segurado como responsável por parte proporcional dos danos, partícipe, portanto, na liquidação dos prejuízos pelo mesmo sofridos.

Isso significa, ainda nas oportunas nas palavras de Sílvio Salvo Venosa, que “o segurador não contrata a indenização de um dano, mas se responsabiliza pela repartição do risco que assume”. E complementa: “Essa orientação é tradicional do contrato de seguro. Não depende de norma expressa (...)”⁴.

Com efeito, a cláusula de rateio é de uso corrente nos contratos de seguro de danos e se justifica plenamente frente a critérios técnico-atuariais, tendo sido, por tal motivo, inclusive, de há muito ratificada pela jurisprudência emanada do Egrégio Superior Tribunal de Justiça – STJ e consagrada pelo artigo 783, do Código Civil de 2002.

De fato, visa a referida cláusula evitar que, na contratação do seguro, consigne o segurado um “valor em risco” inferior àquele a que o seu estabelecimento encontra-se realmente exposto. Destarte, estaria tirando vantagem ilícita da Seguradora quando da ocorrência de sucessivas perdas parciais no seu imóvel, em razão do pagamento de um prêmio menor ao que seria efetivamente devido caso o valor em risco, e também o limite máximo indenizável tivessem sido estimados e informados corretamente.

A inclusão dessa cláusula no contrato não deriva de um simples capricho do segurador, como à primeira vista a um leigo possa parecer, e sim, muito pelo contrário, de um imperativo de ordem técnico-atuarial que objetiva impedir a majoração excessiva do valor do prêmio e, conseqüentemente, a inviabilização da comercialização deste seguro.

Nesse ponto, vale citar Ernesto Tzirulnik⁵ que, ao mencionar as lições de Fábio Konder Comparato, assim se pronuncia:

“Na verdade, a aplicação da regra proporcional no infra-seguro resulta do próprio mecanismo operacional do contrato, simples elemento de uma mutualidade de riscos, como acima se disse. Com efeito, **se o prêmio é sempre calculado em função da frequência e da intensidade dos sinistros previsíveis, a colocação na mutualidade de riscos de valor**

3 VENOSA, Sílvio de Salvo. *Direito Civil: Contratos em Espécie*, p. 393, vol. III, 3ª ed., Editora Atlas S/A, São Paulo: 2003

4 Idem, p.394

5 TZIRULNIK, Ernesto. *O Contrato de Seguro: Novo Código Civil Brasileiro*. p. 122/123. Instituto Brasileiro de Direito do Seguro, São Paulo: 2002

superior ao declarado falseia os cálculos operacionais, acarretando no limite o pagamento de indenizações de montante superior à massa de prêmios recebidos do conjunto dos segurados (...).

A regra proporcional se funda, pois, em última análise, no fato da **insuficiência do prêmio pago em relação ao valor do interesse posto em risco**". (n.g.)

Já PEDRO ALVIM, em "O Contrato de Seguro"⁶, ensina que **"a aplicação da cláusula de rateio ou da regra proporcional se prende ao fato de ser o prêmio calculado em função do valor integral do bem segurado, como foi esclarecido. Tecnicamente, seria possível a reformulação dos cálculos para a concessão de uma cobertura ampla e geral, nos seguros insuficientes, mas a elevação do prêmio, sensivelmente, poderia desestimular a comercialização, em prejuízo dos segurados e dos seguradores"** (n.g.).

O Código Civil de 2002, como referido, consagra a validade da referida cláusula em seu artigo 783, estabelecendo, expressamente, que **"salvo disposição em contrário, o seguro de um interesse por menos do que valha acarreta a redução proporcional da indenização, no caso de sinistro parcial"**.

As companhias seguradoras no Brasil normalmente operam a cláusula de rateio com a sua inserção nas Condições Gerais das Apólices, sob a denominação de "Seguro a 1º Risco Relativo", com os seguintes dizeres:

"Fica entendido e acordado que, tendo o Segurado pago o Prêmio estabelecido com base na tabela Coeficiente de Agravamento em vigor, admite-se a contratação das: Cobertura Básica, as do ramo Lucros Cessantes e Quebra de Máquinas previstas nas Condições Gerais do Seguro, a 1º Risco Relativo, respondendo a Seguradora pelos prejuízos cobertos que excedam

a Franquia estabelecida até o limite de Indenização previsto na Apólice.

Fica igualmente, entendido que se o **Valor em Risco, apurado no momento de qualquer Sinistro, for superior a 1,25 do Valor em Risco expressamente declarado na Apólice, correrá por conta do Segurado a parte proporcional do prejuízo correspondente à diferença entre o Valor em Risco declarado e o Valor em Risco apurado no momento do Sinistro**. Se houver mais de um Valor em Risco especificado na Apólice, este ficará separadamente sujeito a esta condição, não podendo o Segurado alegar excesso de Valor em Risco declarado em uma verba para compensação de insuficiência em outro." (n.g.)

Logo, do ponto de vista legal, é razoável afirmar que a citada cláusula é absolutamente válida. Ademais, com apoio na interpretação doutrinário e jurisprudencial podemos mesmo considerar pacificado o entendimento, como se pode verificar da interpretação formulada pelo Ministro José Augusto Delgado, do Superior Tribunal de Justiça – STJ, aos tecer os seguintes comentários a respeito⁷:

"É com base, portanto, no valor declarado que serão produzidos os efeitos do contrato de seguro, tanto no referente à fixação do preço do prêmio, **como no tocante à indenização a ser paga em caso de ocorrer o sinistro**.

(...)

A fixação do valor declarado nos seguros de dano assume relevante importância porque **será o marco extremo a quantificar a indenização a ser paga pelo segurador**, se o sinistro ocorrer e produzir diminuição patrimonial". (n.g.)

6 Editora Forense, Rio de Janeiro, 2ª edição, pag. 325.

7 DELGADO, José Augusto. *Comentários ao Novo Código Civil*, vol. XI, Tomo I, p. 487, Editora Forense, Rio de Janeiro, 2004

ACESSE EM CASO DE EMERGÊNCIA.



LEGISCOR, O SITE DO CORRETOR DE SEGUROS

TODA A LEGISLAÇÃO E A NORMATIZAÇÃO DA ATIVIDADE DO CORRETOR DE SEGUROS, PARA CONSULTA, GRATUITAMENTE



www.legiscor.com.br/

E conclui: **“O Código Civil de 2002, ao introduzir o art. 783, manifestou, explicitamente, o seu apoio à denominada regra proporcional, seguindo a tendência da legislação estrangeira”**⁸ (n.g.). Como destacado pelo referido autor, no cálculo do prêmio esta cláusula assume especial relevo, mesmo porque, caso não existisse, o valor do preço do seguro seria excessivamente majorado, podendo até, em determinados situações, inviabilizar a sua comercialização.

E toda essa explanação funda-se no argumento segundo o qual **se o valor declarado como risco é meramente parcial, forçosamente há de se concluir que a indenização também o será, e na mesma proporção.**

Além do mais, ao dispor que correrá por conta do segurado a parte proporcional do prejuízo correspondente à diferença entre o valor em risco declarado e o valor em risco apurado no momento sinistro, visa a referida cláusula tão-somente a permitir um ajustamento entre o valor do prêmio pelo mesmo pago e a amplitude da cobertura oferecida pela seguradora, do contrário, haveria um flagrante enriquecimento ilícito por parte do segurado. Para prevenir-se contra tal situação, é que a referida cláusula foi ajustada e que o legislador a consagrou no código civil de 2002.

Nesse sentido, aliás, decisão proferida pelo Egrégio SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA no julgamento do Recurso Especial nº 5.734-PR, datado de 04/12/91, do qual foi Relator o eminente Ministro Waldemar Zveiter, **em que se decidiu pela juridicidade da cláusula que estabelece a proporcionalidade da indenização**, quando o valor da importância segurada (capital segurado) indicado pelo segurado na proposta de contratação do seguro

afigurar-se inferior ao do valor total e real em risco.

Na ementa do V. Acórdão, destaca-se que o direito pretoriano e a doutrina acolhem a tese da PROPORCIONALIDADE ou do “rateio” dos riscos, eis que, *“se o seguro é parcial, o segurador somente segura o valor indicado na apólice”*, de sorte que, *“ocorrendo o sinistro, o dano é repartido entre segurador e o segurado na proporção em que aquele cobriu o risco e em que esse ficou com o risco descoberto”*. (n.g.)

No seu voto, o julgador reproduz o pensamento de PONTES DE MIRANDA, que já entendia válida a cláusula que estabelece o rateio do valor da indenização quando o risco exceder o da importância segurada; bem como o de PEDRO ALVIM, emérito conhecedor da matéria securitária, para quem, nesses casos, defendia que havia de se aplicar o disposto no art. 1.460, do Código Civil anterior, segundo o qual, *“quando a apólice limitar ou particularizar os riscos do seguro, não responderá por outros o segurador”*.

Na mesma linha de raciocínio a jurisprudência emanada dos tribunais regionais, como pode ser verificado pelo acórdão paradigmático proferido pelo Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, nos autos da apelação cível nº 2002.001.26788, assim ementado:

“A cláusula contratual de depreciação nos seguros de dano é válida, porque o intuito é o de impedir indenização por um bem usado, como se fosse novo. reforma da sentença que declarou nula a cláusula que assim estipulava, por abusiva.”

Atualmente, como já visto, o Código Civil de 2002 consagrou a validade da referida cláusula em seu artigo 783, assim como estava permitida sob a ótica da doutrina como da jurisprudência.

Ademais, a cláusula de depreciação nos seguros de danos é apenas restritiva do

⁸ *Idem*, p. 498

direito do consumidor, jamais leonina, pois encontra fundamento na própria lei ao realçar o *caráter indenitário* desses tipos de seguro, como pode ser visto do teor do texto do art. 781 do Código Civil: “a indenização não pode ultrapassar o valor do **interesse segurado** no momento do **sinistro**, e, em hipótese alguma, o **limite máximo da garantia fixado na apólice**, salvo em caso de **mora** do segurador.”

O dispositivo do mencionado art. 781 tem por fim evitar o enriquecimento sem causa do segurado e preservar, com clareza solar e ênfase inquestionável, o *princípio indenitário* do seguro de dano ao criar o limite do interesse legítimo segurável (valor econômico da coisa), como o limite máximo do prejuízo.

Neste ponto, com razão Ricardo Bechara Santos⁹, para quem a cláusula de depreciação é

“apenas restritiva ao direito do consumidor, permitida pelo próprio CDC, já que expressa no contrato com toda clareza, pois o Código de Consumo veda apenas as cláusulas abusivas, que não é o caso, pois a delimitação do risco é da própria natureza do contrato de seguro, com base na qual o segurador pode dimensionar sua responsabilidade e calcular atuarialmente a taxa do prêmio devida, que levou em conta inclusive a projeção de depreciação do bem segurado.”

Aliás, prossegue referido autor, o *caráter indenitário dos seguros de danos, e daí esses rigorosos limites estabelecidos pelo legislador como intransponíveis, tem o efeito didático e moralizador de não permitir que o sinistro possa interessar, como no jogo e na aposta, ao segurado.*¹⁰

Note-se que o citado art. 781, do C.C., cria dois limites intransponíveis no que tange a indenização securitária objeto de

obrigação contratual por parte do segurador: i) o do valor do interesse segurado no momento do sinistro (valor do próprio prejuízo); ii) em *hipótese alguma*, o **valor do limite máximo da garantia**.

A ciência do seguro é tão precisa e dependente de alguns conceitos fundamentais, como o princípio indenitário, razão pela qual as palavras de J. J. de Souza Mendes ainda se mostram atuais nos seguintes termos:

“prejuízo depreciado pode parecer uma expressão absurda. se se raciocina, porém, em função da perda ou diminuição de patrimônio sofridas pelo segurado, chega-se à conclusão de que *o que ele de fato perdeu foi um valor menor do que o do custo de reposição*, pois seus bens não tinham por força do uso, da idade, do estado em que se encontravam, este último valor, o qual só poderá ser integralmente indenizado, em fase posterior, se o valor do seguro o comportar...”¹¹

Em realidade, a depreciação é elemento natural dentre os critérios da indenização de bens móveis e imóveis, até em função da regra inserida no citado art. 781 do C.C., segunda a qual a indenização se mede pelo *valor apurado na época do sinistro*, e não o da contratação.

A depreciação, por sua previsibilidade, não integra o conceito do risco, cujos efeitos econômicos se pretendeu transferir ao segurador, pois não se trata de um dano súbito ocasionado pelo sinistro, existe previamente a este e, obviamente é estranho à álea, razão pela qual costuma ser excluída por meio de cláusulas contratuais expressas.

A depreciação tem grande influência na liquidação do sinistro, dado que o segurador indenizará o valor real do risco

9 *Direito de Seguro no Novo Código Civil e Legislação Própria*, Forense, 2006, 1ª ed., RJ, p. 632/633

10 Ricardo Bechara Santos, ob., cit., p. 632

11 *Direito de Seguro no Novo Código Civil e Legislação Própria*, Forense, 2006, RJ, p. 634

segurado no momento da produção do evento danoso.

O Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul, ao examinar o tema, em um estudo apressado e pouco rigoroso, lançado no acórdão lavrado nos autos da apelação cível nº 70012710992, entendeu que a cláusula de depreciação de imóvel era abusiva ao sustentar ser uma “violação dos princípios da boa-fé e da comutatividade dos contratos, uma vez que o valor do prêmio é calculado de acordo com o valor do imóvel!”

No entanto, duas foram as premissas equivocadas da decisão acima referida: i) o contrato de seguro **não é comutativo**, é aleatório, motivo pelo qual há que se considerar que a depreciação já era de conhecimento das partes quando da celebração do contrato de seguro; e ii) **o prêmio considera a depreciação** no valor do bem segurado, o que significa dizer que se não houvesse tal componente em seus cálculos atuariais, o valor seria sobremaneira elevado.

Em sede de jurisprudência, contudo, está consolidado o entendimento, como já declinado nas decisões acima referidas, de forma que as incompreensões técnicas foram superadas pelo texto do novo código civil brasileiro, especialmente o do seu artigo 783.

E não seria difícil enumerar outros fundamentos de ordem jurídica e técnica a conferir legalidade a cláusula de depreciação nos seguros de dano, de forma a afastar o equivocado entendimento de sua abusividade. Para este efeito, há que se considerar os seguintes elementos:

- 1) é cláusula apenas *restritiva* ao direito do consumidor, permitida pelo Código de Defesa do Consumidor, já que expressa no contrato com toda clareza;
- 2) a *delimitação do risco é da própria natureza do contrato de seguro*, com base

na qual o segurador pode *dimensionar sua responsabilidade* e calcular atuarialmente a taxa do prêmio devida, que leva em conta, inclusive, a *projeção de depreciação* do bem segurado;

- 3) o seguro contratado por critério diverso do previsto na cláusula de depreciação ocasiona *enriquecimento sem causa para o segurado*, rompendo o critério indenitário com base no qual se funda o seguro de dano;
- 4) os cálculos dos prêmios incorporam a depreciação e não devem ser considerados caso a caso, porque *seguro só pode ser pensado como uma coletividade*, tendo no *mutualismo* a base técnica;
- 5) a ausência da cláusula de depreciação **estimula a fraude**, porque o segurado receberá aquilo que não perdeu;
- 6) pagar indenização maior que o valor do prejuízo experimentado pelo segurado, afronta a boa administração do *fundo comum*, formado pela *contribuição da massa segurada*, para a qual todos contribuem com a sua parcela; e
- 7) a utilização da cláusula de depreciação **flexibiliza o preço do produto, democratizando o acesso ao seguro**;

Em conclusão, pode-se asseverar a licitude contratual da cláusula de depreciação nos seguros de danos, cuja fonte primária se verifica no fundamento técnico dessa espécie de seguro, representado pelo princípio indenitário, este que é hoje consagrado pelo próprio texto legal (art. 781 do C.C.), e no princípio geral da aleatoriedade, presente em toda espécie de seguro, a teor do artigo 757¹², do mesmo diploma legal.

12 **Art. 757.** 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.

Seguro Existe para Proteger o Segurado



PENTEADO MENDONÇA ADVOCACIA

ANTONIO PENTEADO MENDONÇA

Sócio de Penteado Mendonça Advocacia, presidente da Academia Paulista de Letras e Articulista do Jornal O Estado de S.Paulo e articulista

As vezes eu me pergunto se o óbvio não ficou escondido pelo crescimento acelerado do setor de seguros ao longo das últimas duas décadas. Até que ponto o lucro a qualquer preço e o bônus para funcionários e executivos tirou o foco da missão de uma seguradora? Missão que não implica em perder dinheiro, ainda que pagando corretamente as indenizações.

A operação de seguro é a forma mais antiga e eficiente de proteção social. Para quem imagina que o seguro começou em Londres no final do século 18, vale a lição do Dr. Celso da Rocha Miranda, nos idos dos anos 1980, na Fundação Getúlio Vargas de São Paulo. A referência mais antiga que se conhece de uma operação similar ao seguro moderno remonta à

Mesopotâmia, alguns mil anos atrás. Em escavações na região foram encontradas tabuas de escrita cuneiforme definindo os procedimentos para acertar as perdas decorrentes das viagens das caravanas. E as soluções de então eram as mesmas de hoje: a repartição dos prejuízos sofridos pelo empreendimento de forma proporcional à participação de cada um de seus integrantes.

Exatamente o que ocorre atualmente, com a diferença de que, nos dias de hoje, as seguradoras administram carteiras de seguros que, pelo seu tamanho, conseguem diluir bem mais o risco de cada um dos segurados e conseqüentemente o valor a ser pago para transferir para a companhia de seguros a obrigação de suportar

os prejuízos decorrentes dos eventos pré-determinados no contrato.

Esta operação se baseia no mutualismo. Ela não passa da criação e gestão de um fundo destinado a suportar as perdas de alguns de seus integrantes rateando os prejuízos de forma proporcional ao risco de cada um pelo total do grupo.

Ou seja, independentemente da ocorrência do prejuízo individual, todos pagam desde o início os prejuízos suportados pela coletividade. Ao pagar o prêmio do seu seguro o segurado está de fato pagando proporcionalmente ao seu risco as indenizações que vão ocorrendo ao longo do tempo.

Em outras palavras, a operação de seguro não é mais do que a repartição das perdas de algumas pessoas atingidas por eventos definidos no contrato pela totalidade do grupo segurado.

É o celebre “todos por um, um por todos”. Neste conceito a palavra chave é solidariedade. Mas ela não é a única. Cabem também proteção mútua e poupança coletiva. Este é o tripé em que o seguro se apoia há mais de 4 mil anos.

Importante salientar que nos dias atuais a seguradora não é a dona do fundo. Ao contrário, os donos do fundo são os segurados. A seguradora é a gestora dele, só lhe cabendo se apropriar do saldo da operação após o encerramento do exercício.

É verdade que nos custos, além das indenizações, estão incluídas as despesas administrativas e comerciais, bem como a carga tributária incidente sobre o funcionamento da companhia de seguros.

Se, no final do exercício, sobrar um saldo, este é apropriado pela seguradora, saindo do fundo comum para o caixa da companhia.

Quando uma seguradora taxa corretamente o preço do seguro, o pagamento da indenização não é um prejuízo, mas uma despesa operacional. Numa comparação simples, o cheque do sinistro equivale ao automóvel ou à geladeira que a indústria entrega ao concretizar a venda.

Assim, a seguradora deveria olhar o negócio com olhos favoráveis ao segurado, ou melhor, ao pagamento das indenizações devidas em função da ocorrência dos eventos cobertos pela apólice.

É evidente que este pagamento deve ser feito após a análise dos fatos e dos documentos que embasam o pedido de indenização. Uma companhia de seguros não é instituição de caridade. Assim ela só deve pagar aquilo que está efetivamente coberto e para o quê ela recebeu prêmio.

Isto acontece durante o processo de regulação do sinistro. Ele existe não para a seguradora, a priori, negar a indenização, mas para avaliar os fatos, confirmar a cobertura e quantificar a indenização.

Vale sempre lembrar que o contrato de seguro, na legislação brasileira, é o único contrato onde a boa-fé entre as partes é exigida três vezes.

Utilizar subterfúgios para não pagar ou atrasar o pagamento da indenização é desacreditar a mais antiga e eficiente ferramenta de proteção social. E, tão grave quanto isto, é prejudicar deliberadamente alguém que contratou e pagou para ter a certeza da preservação de seu patrimônio no caso da ocorrência de um evento danoso capaz de afetar irremediavelmente o seu futuro e a sua capacidade de atuação.

Fazer isso é remar contra os interesses maiores da sociedade e da nação. Daí a importância da visão em favor do segurado que deve ser adotada por toda seguradora.

Um mercado de US\$ 2,5 trilhões à espera do seguro de vida

Este é o montante apurado pela pesquisa da Swiss Re que corresponde à lacuna de cobertura de seguro de vida no Brasil. Para atingir esse potencial, o caminho é a simplificação e customização de produtos.



MARGO BLACK

Head de Resseguros da Swiss Re para a América Latina Sul

É da essência do seguro possibilitar tranquilidade e segurança à sociedade, oferecendo proteção contra riscos que possam comprometer a existência plena das pessoas, do nascimento à velhice, em todas as fases da vida. Mas, oferecer a proteção adequada, na justa medida das necessidades da população de um país e a preços compatíveis com a sua capacidade financeira, requer conhecimento.

Para a indústria do seguro, este conhecimento deve ser o mais abrangente possível, transcendendo os limites das práticas técnicas e atuariais para alcançar o indivíduo, em seus temores, percepção de risco e desejo de proteção. Quanto sabemos sobre o consumidor de seguros?

O que eles pensam sobre a nossa indústria e os nossos produtos? Estamos preparados para atendê-los?

Para a Swiss Re, a chave do conhecimento está nas respostas para estas e outras questões que levará, de um lado, à ampliação da proteção do seguro para a sociedade, e, de outro, ao desenvolvimento da indústria do seguro. Por isso, além de produzir conhecimento, nos preocupamos em compartilhá-lo com todos os mercados de seguros.

Um bom exemplo desse conhecimento foi aplicado à América Latina, onde, já sabíamos, as oportunidades para os seguros de riscos pessoais são gigantescas. Embora a

penetração do seguro de vida nos países latino-americanos esteja em reta ascendente nos últimos anos, atingindo 1,28% em 2012, ainda está abaixo da média mundial de 3,69%.

Faltava, entretanto, conhecer melhor o consumidor de seguros desses países; entender suas necessidades específicas e, principalmente, saber o que os impede de comprar a proteção do seguro. No Brasil, sobretudo, havia uma questão ainda mais intrigante. Era preciso decifrar o porquê apesar de o país ter gerado mais da metade do volume de seguros de vida da América Latina – US\$ 44,8 bilhões em 2012 –, a taxa de penetração não ultrapassa 1,99%, bem abaixo da média mundial.

Em busca dessas respostas, a Swiss Re realizou, em 2013, sua primeira pesquisa de Vida e Saúde com consumidores em seis países da América Latina (Brasil, México, Chile, Colômbia, Peru e Porto Rico). Publicados em fevereiro deste ano, tendo resultados surpreendentes. A começar pelo mercado potencial para seguros de vida, que atinge até 90% da população de alguns países. No Brasil, a lacuna de cobertura é de US\$ 2,5 trilhões (US\$ 47.239 per capita), mais que o dobro do México, que alcançou US\$ 1 trilhão.

Entre os consumidores dos países pesquisados, duas preocupações principais se sobressaíram: doenças graves e os cuidados de longo prazo. Mas é interessante observar que existe também uma proporção significativa de pessoas que simplesmente não pensam na ideia de comprar seguro. Ou seja, existe uma discrepância considerável entre o que as pessoas temem e a proteção que elas têm atualmente. Eis um desafio para as empresas de seguros, que devem trabalhar, primeiramente, na conscientização sobre a importância do seguro.

No Brasil, também foram apontadas as doenças graves e os cuidados de longo

prazo como principais temores, porém, os brasileiros são o povo menos coberto por seguros de vida, invalidez ou doença na América Latina. A sólida cultura da poupança, influenciada, possivelmente, pela forte presença do canal bancário na venda de seguros, pode ter gerado na população a percepção de que os produtos de investimento, como PGBL e VGBL, oferecem proteção contra o risco de morte. Cabe à indústria de seguros mudar esta situação.

Surpreendentemente, a intenção de contratar um produto de seguro na América Latina é mais alta do que na Europa. No Brasil, embora na percepção de muitos seja a de que o seguro é caro, boa parte não considera o preço como o mais importante. Quando o consumidor sabe e entende exatamente o que lhe está sendo oferecido, está disposto a pagar o preço do seguro e, inclusive, estaria disposto a pagar mais.

Com base na pesquisa e nas análises realizadas pelos especialistas da Swiss Re, podemos considerar que a simplificação é o caminho a seguir pelo mercado de seguros para absorver o grande potencial do seguro de vida no Brasil. Apólices mais simples e mais transparentes, bem como a simplificação da subscrição de riscos e comercialização dos produtos serão capazes de aumentar o conhecimento e atrair o interesse dos brasileiros pelo seguro de vida. Também é necessária a oferta de produtos customizados, em que as coberturas possam ser reduzidas e adequadas ao poder aquisitivo do consumidor.

A pesquisa fornece ideias úteis e sugestões específicas para as seguradoras sobre o que pode ser feito para suprir a enorme lacuna de proteção do seguro no Brasil e América Latina. Com uma grande parcela da população ciente dos riscos potenciais e o grau de deficiência de cobertura de seguros, temos o ponto de partida para uma discussão sobre as necessidades e possíveis soluções para um futuro promissor.

**A INFORMAÇÃO QUE TODA
SEGURADORA DEVE TER.**

**A TRANQUILIDADE QUE TODA
CORRETORA DEVE POSSUIR.**

**A SEGURANÇA QUE TODA
INFORMAÇÃO DEVE OFERECER.**



**PORTAL DA
LEGISLAÇÃO
DE SEGUROS.**

RONCARATI
E D I T O R A

(11) 3071-0869 | contato@editoraroncarati.com.br
www.editoraroncarati.com.br

Mercado Brasileiro de Resseguros – Sucessos e Desafios



PAULO BOTTI

Diretor Presidente da
Terra Brasis Resseguros



Fala-se muito do sucesso da abertura do Mercado Brasileiro de Resseguros. Como demonstração deste sucesso são citados, entre outros, o enorme leque de opções para escolha de resseguradoras, a redução das taxas, a facilidade de colocação de resseguros, o desenvolvimento técnico do mercado de seguros e a atração de jovens brilhantes e bem preparados para o nosso mercado. Todos são realmente pontos muito positivos. Mas será que tudo é positivo? Não existem também pontos negativos com os quais deveríamos estar preocupados?

Implantação da Abertura

As circulares da Susep que disciplinaram o mercado foram editadas em Dezembro de 2007. Elas foram o resultado de um

fantástico trabalho de equipe, coordenado pela Susep, envolvendo seguradoras pequenas e grandes, nacionais e estrangeiras, corretores de seguro e resseguro, o IRB, resseguradoras internacionais, advogados, consultores, associações de classe, em resumo todos os que poderiam estar envolvidos nas operações de Seguro e Resseguro no Brasil.

Quando a regulamentação saiu havia um grande consenso que era o melhor que se podia implantar no momento. A única voz dissonante foi do *Chairman* do Lloyd's que a época visitava o Brasil e que, sem conhecer a regulamentação, declarou aos jornais que ela era péssima e que não atrairia nenhuma resseguradora a operar no país. Duas semanas após sua declaração, já tínhamos vários resseguradoras procurando obter licença da Susep para

Mercado de Resseguros no Brasil - Práticas



operar como admitidos, ou eventuais ou locais. Em algumas semanas o *Chairman* do Lloyd's fez outra declaração, se desculpando pela anterior.

Temos hoje 14 Resseguradores Brasileiros Locais (em poucos dias serão 16).

Temos também perto de 100 resseguradoras estrangeiras autorizadas a operar no Brasil, na categoria de admitidas ou eventuais. Após setenta anos de monopólio, o Brasil passou a ter, na média dos últimos 6 anos, mais de uma resseguradora nova por mês. E este número continua crescendo.

Sem dúvida, um grande primeiro sucesso.

Crescimento do Mercado de Resseguros

De 2008 até 2013 o volume de prêmios do mercado de resseguros brasileiro cresceu mais de 140%, passando de R\$ 3.3 Bi para

R\$ 8.0 Bi, superando inclusive o crescimento da indústria de seguros, um dos setores que mais crescem no Brasil.

Este crescimento de prêmios veio acompanhado do crescimento de capacidade do mercado local. O Patrimônio Líquido do conjunto de Resseguradores Locais é atualmente mais que o dobro do que existia até a abertura, comprovando o interesse e a crença dos investidores no desenvolvimento de uma indústria local de resseguros.

As Resseguradoras Locais detêm uma participação em torno de 66% do volume de prêmio cedido pelas Seguradoras Brasileiras, bem maior que o mínimo regulamentar de 40%, mostrando a confiança no mercado local. A captação, por resseguradoras locais, de prêmio de resseguro vindo do exterior também já se iniciou, mostrando que o Brasil pode ser um Centro Regional de Resseguros.

Em resumo, o crescimento do Mercado de Resseguros Brasileiro é um segundo grande sucesso.

Resultados das Resseguradoras Locais

Infelizmente aqui começam os problemas.

Os resultados das Resseguradoras Locais, que em 2012 foram beneficiados pelos prejuízos transferidos aos retrocessionários nas operações de retrocessão, como era de se esperar não se sustentaram em 2013.

Mesmo após os resultados de investimentos, o lucro da indústria como um todo foi reduzido quase que a metade (de R\$ 504M para R\$ 271M). O ROE de 2012 que foi em torno de 12%, caiu para 6% em 2013.

Com a manutenção da sinistralidade em níveis altíssimos e com a reação das retrocessionárias que parece ter se iniciado, não se podia esperar outra coisa que não este péssimo resultado.

Com exceção do IRB, todas as companhias locais apresentaram resultados de subscrição negativos, algumas em montantes bastantes elevados.

Apesar de estarmos num momento mundial de mercado "soft", o índice de sinistralidade do mercado brasileiro de resseguros, em torno de 90%, vem sendo muito pior que a média mundial, que tem apresentado sinistralidade em torno de 65%.

Portanto, em termos técnicos, algo está errado em nosso mercado, que está nos levando a estes resultados desastrosos.

É o primeiro grande insucesso.

Práticas de Mercado

Queremos um mercado competitivo e qualquer mercado, para ser competitivo, precisa de princípios e regras. Sem princípios e regras não há competição salutar.

Com base nos princípios e regras, o mercado desenvolve as suas práticas. Para que as práticas sejam propícias ao bom desenvolvimento do mercado, os princípios e as regras devem ser adequados; os *players* envolvidos devem aderir a eles e a fiscalização deve ser feita de forma eficiente.

Algumas práticas que têm ocorrido no mercado brasileiro, por parte das cedentes, dos corretores e das resseguradoras, indicam que este equilíbrio precisa ser aprimorado.

Um dos princípios básicos a ser incorporado na cultura do mercado é que "**Resseguro não é Milagre**". O Resseguro não transforma risco ruim em risco bom. O Resseguro não é uma forma de passar uma "batata quente" para quem deveria ser um parceiro na pulverização dos riscos. Os programas de Resseguro devem ser bons para as seguradoras, para as resseguradoras e para as retrocessionárias.

A análise das carteiras que envolvem operações de resseguro mostra que a sinistralidade das seguradoras está muito menor que a sinistralidade das resseguradoras que, por sua vez está menor que a sinistralidade das retrocessionárias.

Isto não é uma situação sustentável.

Um segundo princípio básico no resseguro é o princípio da "**Transparência**" ou da "**Extrema Boa-Fé**".

"A Cedente deve fornecer às Resseguradoras informações completas e precisas sobre as circunstâncias dos negócios cedidos"

Pela falta de experiência e pela deficiência de processos, não é o que temos visto no mercado. Ofertas sem ou com pouquíssimas informações e prestações de contas sem os dados mínimos para uma contabilização coerente são comuns no mercado. Agravadas pela grande dificuldade de obtenção de esclarecimentos, as subscrições e contabilizações têm sido feitas,

muitas vezes, sem o conhecimento preciso dos riscos e de seus resultados.

Se os resultados do mercado já estão ruins hoje, esta prática pode torná-los ainda pior no futuro.

Outro princípio importante e clássico no resseguro é o princípio do "Follow the Fortune".

"A Resseguradora aceita o prêmio fixado na apólice e recebe um percentual desse prêmio de acordo com sua proporção no risco. A comissão é o único mecanismo que a resseguradora dispõe para negociar o custo de resseguro".

Temos utilizado no mercado o termo "Prêmio de Resseguro" para denominar a parte do prêmio repassada às resseguradoras. Nos contratos proporcionais os prêmios devem ser divididos entre seguradora e resseguradora na mesma proporção em que os sinistros serão divididos. Além disso, a comissão de resseguro paga pelas Resseguradoras às Cedentes deve ser claramente exposta. Muitas vezes não é isto que vem acontecendo e o denominado "Prêmio de Resseguro" não tem esta proporcionalidade, incluindo descontos indevidos ou não incluindo adicionais que, cobrados pelas cedentes, deveriam ser repassados também às resseguradoras. Retenção do adicional de fracionamento, aplicação de "descontos pelo risco de crédito", comissões de resseguro embutidas, são práticas que merecem grande atenção do mercado e que tem prejudicado o princípio de "**Follow the Fortune**".

Finalmente, "**Resseguro não é um Mistério**".

Num mercado ainda jovem, iniciando suas operações, deveríamos desenvolver planos de resseguro simples e fáceis de entender.

Não é isto que estamos vendo. Programas com proteções, cláusulas, nomenclatura e condições complexas têm dotado o

mercado brasileiro de resseguro de instrumentos altamente sofisticados, operados por profissionais de grande potencial, mas, na sua maioria, ainda iniciando carreira na atividade de resseguro. A linguagem utilizada, de 300 anos de "Londres", num mercado de 7 anos, que deveria estar, com muita atenção, exercitando e aprendendo o "bê-a-bá" da operação, tem levado a acordos em que os envolvidos não sabem muito claramente o que estão acordando.

Em resumo podemos dizer que o mercado brasileiro de resseguros apresenta:

- Processo de Abertura de Grande Sucesso;
- Volume de Prêmios com Evolução Fantástica;
- Resultados Financeiros Muito Preocupantes;
- Adequação, Aderência e Fiscalização com Muito a Melhorar;
- Práticas Decepcionantes, que precisam ser aprimoradas rapidamente.

Depende de nós, participantes atuais, colaborar na manutenção e no **aprimoramento de regras e práticas adequadas** para garantir um mercado local forte e competente, mantendo o suporte do mercado internacional.

Cabe a nós também a **promoção da auto aderência às regras formais em vigor e aos princípios básicos do resseguro**.

Finalmente, temos obrigação de **colaborar no aprimoramento da metodologia de fiscalização**.

Fazendo isto estaremos lutando para a criação, no nosso país, de uma indústria de resseguros com a **cultura do exercício das melhores práticas**, sabendo que o que predominar agora, no início, prevalecerá no futuro.

Prevenção de riscos em grandes hotéis



ANTONIO FERNANDO NAVARRO

Físico, engenheiro civil, engenheiro de segurança do trabalho, mestre em saúde e meio ambiente, doutorando em engenharia civil, especialista em gerenciamento de riscos e professor do curso de Ciências Atuariais da Universidade Federal Fluminense.

Em novembro de 1991 foi publicada na Revista Hotelnews artigo sobre a prevenção de riscos em grandes hotéis. Na época a análise era direcionada para os grandes hotéis brasileiros que seguiam em seus projetos, normas de segurança contra incêndios bem específicos. O Brasil brevemente sediará a Copa do Mundo em 2014 e as Olimpíadas em 2016. A rede hoteleira preocupa-se com a absorção plena desses turistas internos e externos. Porém, não com a mesma ênfase, se preocupa com a segurança de seus hóspedes. O que em 1991 era o risco primeiro, o incêndio, hoje o risco maior é o dos assaltos e roubos. Na maioria das vezes essas ocorrências fogem ao controle dos Hotéis e passa a ser responsabilidade das polícias civil e militar das cidades.

Contudo, se os eventos ocorrerem com o envolvimento dos hotéis, seja com a disponibilização de veículos, excursões, divulgação através de folders, apoio a

serviços desenvolvidos por terceiros, os hotéis podem vir a ser acionados juridicamente. Deixando de lado essa questão, e limitando-se apenas aos riscos sob a responsabilidade direta dos hotéis, ainda podem ser agregados à lista enumerada em 1991:

- 1º Queda de hóspedes devido à falta de fixação dos carpetes, ou ao excesso de mobiliário em ambientes com baixos níveis de iluminação;
- 2º Acidentes causados a hóspedes portadores de necessidades especiais, pelo não atendimento às normas legais (ABNT NBR 9050)

O Governo do Estado de São Paulo publicou um "Manual de prevenção de quedas da pessoa idosa". Nesse, quando trata da queda define: deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial com incapacidade de correção em tempo hábil, determinado por

circunstâncias multifatoriais que comprometam a estabilidade.

Quando se compara o risco de queda conforme a idade e as condições do idoso observa-se, como resultado de pesquisas contidas no Manual de Prevenção de Quedas da Pessoa Idosa:

- No Brasil cerca de 30% dos idosos caem pelo menos uma vez no ano;
- A frequência de quedas é maior em mulheres;
- O risco de fraturas decorrentes de quedas aumenta com a idade;
- Estudos mostram que 40% das quedas em mulheres com mais de 75 anos e 28% das quedas em homens da mesma idade resultam em fraturas;
- 5 a 10% de quedas aumenta com o avançar da idade e pode chegar a 51% em idosos acima de 85 anos;
- Mais de dois terços daquelas que têm uma queda cairão novamente nos seis meses subsequentes;
- 70% das quedas em idosos ocorrem dentro de casa.

Em pesquisa de sinistros elaborada por AFANP em apólices de Vida em Grupo e de Acidentes Pessoais, no período de 1998 a 2001, avaliando os riscos de queda, chegou-se ao seguinte resultado:

- a) 70% das quedas ocorrem pelo simples fato das pessoas não conhecerem corretamente o ambiente em que se encontram. O percentual pode ser aumentado para até 90% se a pessoa for portadora de necessidades especiais ou tiver consumido grande volume de bebida alcoólica;
- b) 60% das quedas começam com o impacto contra objetos fixos ou móveis;
- c) 50% das quedas se dão devido ao trânsito sobre superfícies lisas;
- d) 30% das quedas ocorrem devido ao escorregamento de tapetes ou passadeiras.

Quanto aos locais de queda tem-se:

- a) 60% das quedas ocorrem nos banheiros;
- b) 20% das quedas se dão em cozinhas;
- c) 10% das quedas foram relatadas durante deslocamentos em corredores;
- d) 10% das quedas foram relatadas como ocorridas em salas.

No tocante ao horário ou momento em que se deu a queda pôde ser observado:

- a) 40% das quedas ocorreram ao se levantar ou logo após haver se levantado da cama;
- b) 35% das quedas ocorreram no período noturno;
- c) 25% das quedas ocorreram ao longo do dia.

No que diz respeito ao ambiente onde as quedas costumam ocorrer, tem-se os banheiros com cerca de 70% das ocorrências. Nas análises realizadas consegue-se identificar alguns pontos-chave que podem ter contribuído para as quedas:

- a) maçanetas das portas com pontas agudas, onde podem ficar presas partes da roupa ou mesmo o braço;
- b) portas estreitas;
- c) pisos escorregadios;
- d) tapetes soltos;
- e) desníveis na transposição do banheiro para o box ou para banheiras;
- f) falta de barras de apoio;
- g) pequena distância entre as peças do banheiro (lavatórios, vasos sanitários, banheiras, box).

O que se percebe é que poucos hotéis estão dotados de uma estrutura mínima de prestação de primeiros socorros, com pessoal qualificado para o primeiro atendimento, e a existência de macas e cadeiras de rodas.

A estrutura de pessoal dos Hotéis deve estar preparada para a recepção com segurança desse contingente de hóspedes, e da correta análise dos riscos a que esses hóspedes possam estar expostos.

Artigo publicado na revista Hotel News, em novembro de 1991

Em todo o mundo, grandes hotéis são sempre o ponto de convergência de turistas importantes, políticos, empresários, reis e rainhas, e, enfim, toda uma nata da sociedade. São sempre o ponto de referência, o lugar das palestras e conferências mais importantes.

Grandes hotéis são como um grande palco para onde todos olham, de um lado com os artistas e do outro, o lado escondido, os operários da grande festa.

É para a turma do outro lado, por detrás das cortinas, que vamos nos referir daqui para a frente.

Pela tão propalada dimensão social, política, econômica, tudo tem que dar certo. A iluminação na intensidade adequada, na padronagem dos elementos de decoração, nas dimensões e aparência dos apartamentos a até por conta dele, tem-se o risco.

O risco é tudo aquilo indesejável, provável causador de um acidente, de uma perda, de um ponto negativo.

O risco para um grande hotel é toda uma situação capaz de provocar acidentes, perdas materiais, humanas ou de imagem, afetando não só os hóspedes como toda uma coletividade que coabita nas redondezas.

Algumas atividades existentes em hotéis, gerenciados pelos próprios sob sua supervisão ou arrendados a terceiros, são:

- Loja de alimentos,
- Salões de beleza,
- Barbearias e sapatarias,
- Lojas de roupas,
- Restaurantes,
- Lavanderias,
- Serviços de Babysitter,

- Cursos de Golf,
- Piscinas e saunas,
- Clubes de musculação,
- Cursos de tênis,
- Teatros,
- Nightclubs,
- Marinas etc.

O hóspede, itinerante por todas as áreas, está constantemente sujeito a riscos de toda espécie, causados não somente pelo próprio ambiente como também devido à falta de cuidado ou atenção.

Alguns acidentes comuns são:

- Eletrocussão ou choques elétricos ao conectar ou desconectar aparelhos elétricos portáteis ou ao ligar aparelhos elétricos em voltagens diferentes, especialmente aparelho de 100 V em tomadas de 220 V.
- Quedas com possibilidade de fraturas ou concussão cerebral durante o banho em banheiras (muitos hotéis tem o chuveiro instalado sobre a banheira).
- Quedas em bordas de piscinas ou em saunas devido ao tipo de piso.
- Intoxicações alimentares por alimentos deteriorados ou com fungos, especialmente os do frigobar.
- Acidentes em elevadores, escadas rolantes, passarelas, rampas (especial cuidado deve-se dar aos elevadores com células fotoelétricas nas portas porque o hóspede pode não estar bloqueando o caminho da luz, mas estar com parte do corpo para fora).
- Acidentes em corredores escuros, seja pela falta de iluminação como por enrugamento do carpete.
- Intoxicações por gás de aquecedores, por queima de colchão ou carpete por ponta de cigarro.

- Morte ou acidentes por incêndios.
- Intoxicações por contato com pesticidas tóxicos.
- Acidentes em portas acionadas por sistemas de molas.
- Quedas por rompimento de corrimão.
- Intoxicação por contato ou ingestão de plantas venenosas.
- Acidentes com bebês em berços, cordões, cortinas.
- Colisões com veículos dos hóspedes.
- Roubo de bagagens na recepção, no apartamento ou em outras áreas (são comuns relatos de hóspedes que reclamam o sumiço do relógio ou cordão de ouro, quando tiram para mergulhar e o deixam na borda da piscina).
- Quedas de partes externas da construção, letreiros, antenas, por ventos fortes ou má conservação.

Enfim, são tantas as possibilidades de acidentes com os nossos hóspedes que enumerá-las seria aumentar demais o nosso artigo. Como se não bastasse isso, o instituto da Responsabilidade Civil multiplica esse número.

Por exemplo, imaginemos um grande hotel localizado à beira mar onde, devido à quantidade de roubos e assaltos nas proximidades, resolve, como serviço adicional, contratar vigilantes para acompanhar os hóspedes em seu banho de mar. Como ficaria a situação do mesmo, perante a justiça, se um dos hóspedes fosse assaltado na praia?

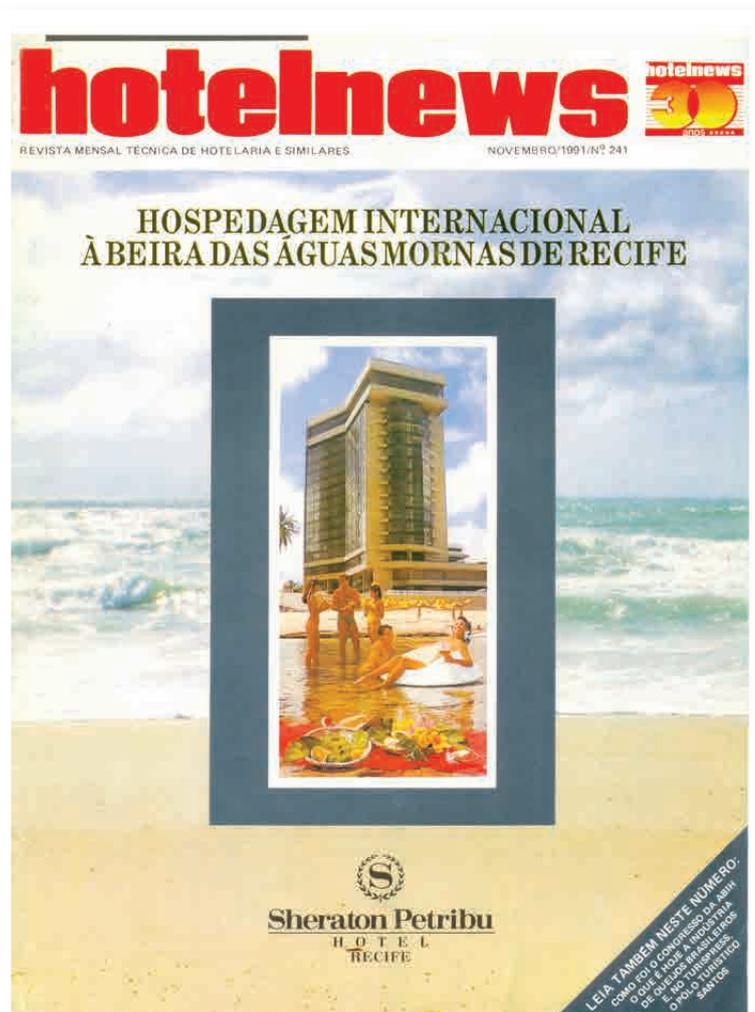
Dependendo do país onde a ação transcorresse, o hotel seria julgado e condenado a ressarcir o hóspede por danos materiais, pessoais e morais, pelo princípio da responsabilidade "in vigilandum" e "in diligendum". Ou seja, os guardas do hotel não souberam conter o roubo, seja por sua incapacidade seja por pequeno número frente aos assaltantes.

Em todo projeto de um novo hotel e mesmo durante revisões de projetos para ampliações e simples surveys, nunca é demais preocupar-se com os riscos e suas consequências. Muitas vezes uma situação quase absurda é a que termina ocorrendo.

Nessas ocasiões um bom assessoramento nunca é demais.

Uma das técnicas mais modernas, adotada em todo o mundo na prevenção de perdas é a Gerência de Riscos (Risk Manager). A Gerência de Risco atua mais no sentido da prevenção do que na correção de falhas. Para ela é muito mais importante um incidente do que um acidente. Através da coleta de todos os casos relatados, tem-se uma ideia de como proceder futuramente.

No nosso próximo artigo falaremos mais especificamente sobre Gerenciamento de Riscos aplicados a hotéis.



A Lei Anticorrupção e a Sociedade que queremos ter



VALERIA SCHMITKE
Legal & Compliance
Zurich Minas Brasil Seguros



Muito se tem falado nos últimos meses da lei nº 12.846/12, que entrou em vigor no dia 29/01/2014, também conhecida como FCPA Brasileiro ou lei da Probidade Empresarial. A Lei traz penalidades às empresas que obtiverem vantagens em razão da prática de corrupção ativa de seus empregados, diretores, representantes e prepostos, e até de terceiros atuando em nome e por conta da empresa e foi votada e publicada na esteira das manifestações de meados de 2013, que pediam mais transparência e menos crimes contra o patrimônio público. Se levarmos em conta que a lei reflete o comportamento social esperado, pois o Estado, que publica as leis, é apenas uma parte da sociedade

que o contém¹, devemos entender que a sociedade brasileira estava pronta e desejou essa norma.

Por outro lado, tristemente, verificamos que o Brasil ocupa posição muito ruim no ranking de percepção de corrupção, elaborado pelo do Instituto de Transparência Internacional (transparency.org). Estamos apenas em melhor colocação apenas que países de corrupção endêmica, e justamente

1 "Pouco a pouco a sociedade nas suas várias articulações torna-se o todo, do qual o Estado, considerado restritivamente como o aparato coativo com o qual um setor da sociedade exerce sobre o outro, é degradado à parte" (BOBBIO, Norberto. Estado Governo Sociedade: Para uma teoria geral da política. 3ª. ed. São Paulo, Ed. Paz e Terra, 1987).

por isso muito pobres, como alguns do continente africano, ou que estão no caminho de serem tornarem muito pobres, como alguns vizinhos da América Latina.

Mas não devemos desconsiderar a importância social da nova norma. A empresa é um ente impessoal que tem uma função básica: produzir lucro para seus sócios ou acionistas. Nesse sentido, a lei atinge sua eficácia na diminuição do lucro em razão do pagamento de multas elevadas e pelos danos à imagem pública da empresa. Criar medidas de repressão econômica e exposição pública às empresas corruptoras terá um efeito saneador no mercado ainda pouco considerado. Se a aplicação da lei por nossos tribunais for rigorosa, a própria sociedade brasileira dará vários passos à frente.

Mas a norma não tem de atuar apenas sob o aspecto repressivo. É uma verdade incontestável que onde não houver corruptores, não haverá corruptos. O problema da corrupção é uma chaga social brasileira, entranhada no dia-a-dia das pessoas e tem de ser atacada por todos os flancos. As empresas que obtêm vantagens e contratos públicos por meio de pagamento de propinas devem ser

severamente punidas, não apenas pela norma jurídica, mas também pela reprovação social, pelo repúdio dos consumidores que devem deixar de adquirir os produtos e serviços fornecidos por elas.

O filósofo de Princeton Kwame Appiah indica que as revoluções morais somente acontecem quando os códigos de honra se alteram para considerar determinados comportamentos antes tolerados ou socialmente aceitos como desonrosos.² Não basta a condenação da lei, o pagamento de multas e o aprisionamento dos responsáveis; é preciso que a sociedade condene tais comportamentos. É preciso que os corruptores ativos e passivos sejam socialmente excluídos e marginalizados. É preciso que tais comportamentos causem repulsa e rejeição. Somente dessa forma tais práticas podem deixar de existir.

“O direito é um trabalho sem tréguas, não só do Poder Público, mas de toda a população.”³

2 APPIAH, Kwame Anthony. O Código de Honra: Como Ocorrem as Revoluções Morais. 1ª. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.

3 IHERING, Rudolf von. A Luta pelo Direito. 1ª. ed. São Paulo: Ed. Martin Claret, 2003.



NÃO PERCA MAIS SEU TEMPO!



AGORA VOCÊ ENCONTRA TODA A LEGISLAÇÃO E A NORMATIZAÇÃO DE SEGUROS EM UM SÓ AMBIENTE!

Informações atualizadas, consolidadas e classificadas por assunto, área e status.

Resoluções do CNSP
Circulares da SUSEP
Resoluções do CMN
Leis
Decretos
Decretos-leis

Comunicados Técnicos do IBRACON
Pronunciamentos Técnicos do CPC
Recursos Especiais do STJ
Instruções e Deliberações CVM
Súmulas do STJ e STF
Soluções de Consulta



Diga adeus ao Google!

Muito fácil de usar, são vários filtros de busca para agilizar a sua pesquisa, tudo em um só lugar. Todos os normativos consolidados e com links remissivos.

RONCARATI

E D I T O R A

Entre em contato e solicite um período de avaliação gratuito

(11) 3071-1086 | contato@editoraroncarati.com.br
www.editoraroncarati.com.br