

**WAGNER SELEME POSSEBON**

**DO SEGURO DE RESPONSABILIDADE CIVIL À BASE DE  
RECLAMAÇÕES: ASPECTOS CONTROVERTIDOS**

**Monografia apresentada como requisito  
parcial à conclusão do curso de  
Direito, Setor de Ciências Jurídicas,  
Universidade Federal do Paraná.**

**Orientador: Prof.º Dr. Elimar Szaniawski**

**CURITIBA**

**2004**

## TERMO DE APROVAÇÃO

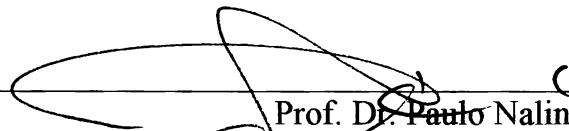
WAGNER SELEME POSSEBON

DO SEGURO DE RESPONSABILIDADE CIVIL À BASE DE RECLAMAÇÕES:  
ASPECTOS CONTROVERTIDOS

**Monografia aprovada como requisito parcial para obtenção da graduação de Bacharel no curso de Direito, Setor de Ciências Jurídicas, Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:**



Orientador: Prof. Dr. Elimar Szaniawski



Prof. Dr. Paulo Nalin



Prof. Dr. Sergio Seleme

Curitiba, 03 de Novembro de 2004.

*“A Deus, à minha família, aos meus amigos e a todos os meus professores, em especial aos meus pais, por fornecerem o amparo necessário para transformar um sonho em realidade.”*

## SUMÁRIO

<b>RESUMO</b> .....	v
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	01
<b>2 BREVES CONSIDERAÇÕES SOBRE O SEGURO</b> .....	03
<b>3 O SEGURO NO BRASIL</b> .....	05
<b>4 O SEGURO DE RESPONSABILIDADE CIVIL</b> .....	08
4.1 ESPÉCIES DE APÓLICES NO ÂMBITO TEMPORAL.....	10
4.1.1 Apólice à base de ocorrências.....	10
4.1.2 Apólice à base de reclamações.....	12
4.1.2.1 Primeiras apólices no Brasil.....	13
4.1.2.2 Repercussão no Direito Comparado.....	14
<b>5 DAS CRÍTICAS À “CLAIMS MADE”</b> .....	17
5.1 DA PORTARIA Nº 03/01 DA SDE.....	17
5.2 DO PARECER NORMATIVO Nº 5/2003 DA SUSEP.....	18
5.3 DA CONTRARIEDADE AO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR.....	19
5.2.1 Da Aplicabilidade do Código de Defesa do Consumidor .....	19
5.2.2 Do Desequilíbrio Contratual Significativo.....	22
<b>6 DA EVOLUÇÃO DA APÓLICE À BASE DE RECLAMAÇÕES</b> .....	25
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	27
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	31
<b>APÊNDICE 1 – EXCERTO DE APÓLICE À BASE DE RECLAMAÇÕES</b> .....	33
<b>ANEXO 1 – CIRCULAR SUSEP Nº 235/2003</b> .....	35
<b>ANEXO 2 – CIRCULAR SUSEP Nº 252/2004</b> .....	42

## **RESUMO**

Busca-se, por meio deste estudo, analisar a sistemática dos contratos de seguro de responsabilidade civil à base de reclamações realizados no Brasil, apresentando sua origem, definição e a viabilidade jurídica da sua utilização, à luz do novo Código Civil Brasileiro e demais títulos normativos pertinentes, fazendo um cotejamento crítico entre as posições doutrinárias que se apresentam, as quais, lamentavelmente, ainda são escassas sobre a matéria.

## 1 INTRODUÇÃO

Segundo J. J. Calmon de PASSOS (2000, p. 13) “...vivemos em uma sociedade que incorporou o risco ao seu cotidiano como preço a pagar pelo que se fez prioritário – o progresso tecnológico e a reprodução ampliada.”

Com efeito, ao mesmo tempo em que a vertiginosa evolução tecnológica e a produção em massa nos propiciaram alguns confortos, percebemos também que a humanidade está cada vez mais exposta a riscos que há cinquenta anos sequer eram cogitados.

Neste contexto, defronte às significativas transformações sociais, culturais e econômicas, o seguro tornou-se uma instituição indispensável, na medida em que socializa as conseqüências econômicas de um sinistro, repartindo-as entre muitos.

Um dos ramos que mais cresce no mundo é o do seguro de responsabilidade civil, inclusive no Brasil, onde recentemente consagrou-se a teoria do risco, ampliando-se sobremaneira a esfera da responsabilidade dos agentes econômicos.

Procurando adequarem-se cada vez mais a esta nova realidade, as companhias seguradoras têm oferecido novas modalidades de cobertura, dentre as quais se encontra a apólice de seguro de responsabilidade civil à base de reclamações - “*claims made basis*”, amplamente difundida no mercado externo, especialmente nos Estados Unidos, ambiente em que foi idealizada.

No Brasil, a despeito da inexistência de uma regulamentação específica, tal modalidade vinha sendo comercializada normalmente, até que uma série de críticas vieram a tona, a começar pela Portaria nº 03/2001, da Secretaria de Direito Econômico do Ministério da Justiça, que a classificou sob a pecha de abusiva.

O embate jurídico realçou-se com a publicação, pela SUSEP<sup>1</sup>, da

---

<sup>1</sup> SUSEP – Superintendência de Seguros Privados, que é o órgão executor da política traçada pelo Conselho Nacional de Seguros Privados, podendo, para tanto, baixar instruções e expedir

Deliberação nº 84/2003, a qual deu força normativa ao parecer jurídico do seu então Procurador Geral, Dr. Raul Teixeira.

Tal parecer tinha como objeto analisar os reflexos do novo Código Civil nos contratos e planos de seguros realizados em território nacional. Ao ser recepcionado como normativo, suas disposições tornaram-se de observação obrigatória pelas seguradoras, que poderiam ser punidas em caso de descumprimento.

Dentre outras colocações, Raul Teixeira concluiu pela impossibilidade jurídica da utilização da cláusula *claims made*, alegando para tanto a não consonância da mesma com o Código Civil e também com o Código de Defesa do Consumidor, conforme detalhar-se-á mais especificamente no decorrer do trabalho.

Seguiram-se então uma série de discussões acerca das abordagens realizadas em tal parecer e, afinal, através da Circular nº 235/2003<sup>2</sup>, a SUSEP retificou a sua posição, regulamentando a operacionalização dos contratos de seguro de responsabilidade civil à base de reclamações.

Não obstante ainda não seja alvo de mais aprofundada análise pela doutrina pátria, este trabalho tem o intuito de fornecer, sem pretensão de esgotar a matéria, subsídios que possam vir a despertar o interesse acadêmico em novas pesquisas dentro da área, dada a crescente importância do tema em nossa vida cotidiana.

---

circulares relativas à regulamentação das operações de seguros. Tem como função básica fiscalizar as seguradoras, zelando pela sua liquidez e solvência, isso em prol do interesse dos segurados.

<sup>2</sup> Revogada pela circular nº 252/2004, com mudanças pontuais em seu teor.

## 2 BREVES CONSIDERAÇÕES SOBRE O SEGURO

Conta Celso Marcelo de OLIVEIRA (2002, p. 3-4) que os primeiros esboços do seguro datam da antiga Babilônia, quando grupos de viajantes do deserto, face à alta possibilidade de morte de camelos durante a viagem, faziam um pacto, mediante o qual todos eles rateariam os prejuízos, minorando as consequências econômicas individuais. Outrossim, diz que o mesmo mecanismo era utilizado pelos fenícios e hebreus em suas caravanas marítimas.

Daí percebe-se que os seres humanos, em uma escala que cresce dos pequenos núcleos familiares até uma massa anônima de pessoas sujeitas a um dado tipo de risco, têm a tendência de elaborarem mecanismos que os protejam das eventualidades. Esse é o pressuposto do mutualismo.

Ao explicar a essência do mutualismo, Frank Larrúbia SHIH (2002, p. 9) diz que “...os homens logo percebem que a vida ultrapassa qualquer entendimento e o sofrimento causado pelas perdas cria um sentimento de união, de solidariedade entre os homens, não porque ficaram bons e purificados, mas porque aquela é um fator imprescindível para superação das dificuldades...”.

No mesmo sentido, Pedro ALVIM (1999, p. 2) diz “...que o auxílio de muitos para suprir a necessidade de poucos amenizava as consequências danosas e fortalecia o grupo. A mutualidade era, pois, uma condição altamente proveitosa para a coletividade sujeita aos mesmos riscos.”

Visto isso, pode-se afirmar que o seguro é uma instituição salutar para o desenvolvimento econômico de uma coletividade. Não só porque ameniza o impacto financeiro do sinistro, mas principalmente porque dá confiança e tranquilidade ao segurado, como se fosse, nas palavras de Sérgio CAVALHIERI FILHO (2000, p. 86), “...uma espécie de rede jurídico-econômica que nos protege contra os riscos a que estamos expostos”.

Outrossim, seguindo a linha de raciocínio do ilustre professor, é interessante

mencionar que são três os elementos essenciais do contrato de seguro: o mutualismo, como base econômica, o risco, como pressuposto material, e a boa-fé, a qual deve instruir todos os contratos, mormente os de seguro, onde as declarações do segurado são essenciais para que haja equilíbrio financeiro entre o risco assumido pela seguradora e o prêmio pago por aquele.

Por derradeiro, face à contínua complexidade das relações intersubjetivas, o Seguro foi se aperfeiçoando, a fim de se adaptar às novas exigências sociais, de modo que hoje essa poupança coletiva reservada aos infortúnios é administrada por empresas seguradoras, que se valem das mais sofisticadas técnicas da administração, bem como do uso de dados estatísticos e cálculos atuariais, para se determinar, em função do risco a que está exposto o segurado, qual é o valor da contraprestação devida – o prêmio, oferecendo as mais variadas modalidades de cobertura, de acordo com a necessidade do segurado e as características do risco assumido.

### **3 O SEGURO NO BRASIL**

A atividade securitária, no Brasil, nasceu com a abertura dos portos, quando da chegada da Família Real Portuguesa, em 1808. Naquela época, qualquer sociedade ou pessoa, de ilibada moral e riqueza, poderia ser segurador, bastando habilitar-se na Real Junta do Comércio.

Após a Independência, o legislador brasileiro demonstrou interesse sobre a matéria, de sorte que, em 1850, o nosso Código Comercial passou a regulamentar o seguro marítimo, até então o mais difundido e, em 1901, foi editado o decreto nº 4.270 – Regulamento Murtinho, o primeiro diploma mais abrangente, estabelecendo restrições às empresas estrangeiras, dentre as quais que as reservas técnicas das seguradoras deveriam ser feitas exclusivamente no país.

O crescimento da atividade securitária foi tamanho que, em 1916, quando da elaboração do nosso Código Civil, que regulamentou a atividade securitária em geral, já existiam 178 companhias de seguros no país (ALVIM, 1999, p. 49-58).

Após, um feito que merece destaque é a criação do IRB – Instituto de Resseguros do Brasil, em 1939, que deu condições para que as seguradoras nacionais pudessem competir de igual com as estrangeiras, pois, enfim, teriam como assumir riscos maiores, sendo que o que extrapolasse as suas capacidades de retenção seria automaticamente repassado para o referido órgão ressegurador.

O IRB, segundo o já citado Pedro Alvim, também proporcionou um grande avanço técnico no meio securitário brasileiro, na medida em que implementou novas técnicas atuariais e administrativas, as quais foram sendo, aos poucos, assimiladas pelas companhias seguradoras atuantes no país.

Outrossim, importante fazer menção à criação da FUNENSEG – Fundação Escola Nacional de Seguros, instituição que tem por escopo proporcionar constante treinamento técnico-profissional, bem como estimular a pesquisa científica dentro da área securitária e também da FENASEG – Federação Nacional das Empresas de

Seguros Privados e de Capitalização, que tem por objetivo aprimorar o desenvolvimento do mercado segurador brasileiro, a partir de ações planejadas em conjunto com outros órgãos, inclusive governamentais, e com a sociedade.

Por fim, não se pode olvidar o Decreto-Lei nº 73/66, ainda vigente, que criou o Sistema Nacional de Seguros Privados<sup>3</sup>, regulando arduamente as operações de seguros e resseguros.

Vê-se, portanto, que o Estado intervém diretamente sobre o mercado segurador, com o objetivo, em síntese, de garantir boas condições técnicas e operacionais às seguradoras, bem como a adequação das condições gerais e cláusulas de suas apólices ao direito brasileiro, a fim de se proteger a massa de segurados e promover o crescimento de todo o mercado.

Neste ínterim, aqui no Brasil, não obstante as seguradoras demonstrem insatisfação em face da regulamentação estatal, que alegam desatualizada, a atividade securitária está apresentando, ano a ano, índices de crescimento fantásticos, o que a faz figurar entre as mais importantes da economia, com expressiva participação no PIB.

Com efeito, em 1993, pouco antes da estabilização da economia através do Plano Real, a atividade seguradora movimentou US\$ 5,5 bilhões, 1,20% do PIB. O crescimento foi tamanho que, em 2003, a sua participação já alcançava 3,38%, movimentando US\$ 51,16 bilhões. E as perspectivas são otimistas, haja vista que ainda não se desenvolveu todo o potencial do mercado, não atingindo os índices apresentados nos países onde a atividade já está mais consolidada. Deste modo, projeta-se que, até 2009, o montante movimentado alcance mais de US\$ 116 bilhões.

Ciente disso, verifica-se que é uma atividade que exerce uma função social de extrema importância. A um, porque, como visto, socializa os impactos financeiros dos sinistros, protegendo os segurados, sejam eles pessoas físicas, ou então grandes

---

<sup>3</sup> Art 8º do Decreto-Lei nº 73/66 - Fica instituído o Sistema Nacional de Seguros Privados, regulado pelo presente Decreto-lei e constituído: a) do Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP; b) da Superintendência de Seguros Privados - SUSEP; c) do Instituto de Resseguros ao Brasil - IRB; d) das Sociedades autorizadas a operar em seguros privados; e) dos corretores habilitados.

empresas; a dois, porque é um setor estratégico de formação de poupança doméstica, bem como um agente financiador da economia; e, por fim, a três, porque gera cerca de 45 mil empregos diretos, injetando no mercado, anualmente, mais de R\$ 2 bilhões, em salários e benefícios, contribuindo com mais de R\$ 3 bilhões em tributos de todo tipo (FENASEG, 2004, p. 24-34).

Assim, reitera-se, por se tratar de uma atividade estratégica e que constantemente tem de se adequar às novas demandas, merece ser estudada e interpretada com mais preciosismo, atentando-se para suas peculiaridades técnicas e princípios informadores próprios.

#### 4 O SEGURO DE RESPONSABILIDADE CIVIL

Na vida em sociedade, as pessoas estão expostas a riscos e a serem responsabilizadas por atos seus ou de seus prepostos perante terceiros.

Responsável, na acepção jurídica do termo, é a pessoa que deve ressarcir o prejuízo decorrente da violação de um precedente dever jurídico.

Pois bem, nas últimas décadas, a teoria da responsabilidade civil evoluiu bastante, sendo que o seu fundamento deslocou-se da culpa para a quebra do equilíbrio econômico-jurídico provocada pelo dano, em contraposição à tese de Ihering (CAVALHIERI FILHO, 2002).

Com efeito, em uma sociedade constantemente em transformação - hoje não é mais loucura se falar em inteligência artificial, onde multiplicaram-se os riscos a que se expõem as pessoas, o conceito de responsabilidade baseado exclusivamente na culpa foi paulatinamente combatido, eis que em muitos casos se mostrou insuficiente para a responsabilização, não atendendo, dessarte, o principal objetivo da ordem jurídica, que é restabelecer o *status quo ante* do indivíduo lesado.

Se fazia necessário responsabilizar quem deu causa ao dano, independentemente de culpa, mediante a mera verificação do nexo de causalidade, surgindo, em decorrência, a teoria da responsabilidade objetiva, a qual foi expressamente adotada em nosso país.

Inicialmente, tal teoria foi aplicada para as empresas ferroviárias, sendo gradativamente acolhida pelas relações de trabalho, leis protetivas ambientais<sup>4</sup>, Código de Defesa do Consumidor<sup>5</sup>, até ser consagrada pelo novo Código Civil<sup>6</sup>.

Não obstante o sistema da responsabilidade civil objetiva não ser a regra - se aplica unicamente nos casos previstos em lei, houve uma ampliação significativa da esfera de responsabilidade dos agentes públicos e econômicos, o que acabou por dar

---

<sup>4</sup> Art. 14, §1º da Lei 6938/1981.

<sup>5</sup> Art. 12 do Código de Defesa do Consumidor

<sup>6</sup> Art. 927, Parágrafo Único, do Código Civil de 2002.

suporte ao crescimento da procura pelo seguro de responsabilidade civil.

Por esta modalidade, o segurador se obriga a indenizar os desfalques patrimoniais do segurado, relativos a atos pelos quais seja responsabilizado civilmente.

No entanto, o seguro de responsabilidade civil enfrentou, quando do seu nascimento, a oposição de parte da doutrina, que argumentava que o mesmo seria inviável perante o art. 1436 do Código Civil de 1916<sup>7</sup>, que diz ser nulo o contrato de seguro que se filie a atos ilícitos cometidos pelo segurado ou seus beneficiários.

Sobre esta controvérsia, veja-se o que disse o insuperável Pontes de MIRANDA (1972, p. 47).

“Nos contratos de seguro em caso de incêndio costumava-se inserir a cláusula de seguro da indenidade ao locatário, ou ao locador, ou aos vizinhos. No mais, repugnava aos juristas e aos legisladores a concepção de seguros contra sinistros causados por culpa do contraente. Sustentava-se o princípio da insegurabilidade em caso de danos provenientes de atos culposos do favorecido. Primeiro surgiu contra o óbice geral e indiscriminativo o argumento de haver casos de responsabilidade objetiva e responsabilidade apenas por presunção de culpa. Depois, teve-se de atender que o seguro de responsabilidade de certo modo protege as vítimas, pela destinação da indenidade. Finalmente, a intensificação do tráfego e das máquinas contemporâneas de transporte, terrestres a aéreos, veio por vivo a necessidade de se segurar a responsabilidade dos dirigentes e donos de veículos. Porém não só. Algumas profissões e atividades comerciais e industriais tornaram ingente a prática dos seguros de responsabilidade (hotéis, hospedarias, teatros, cinemas, fábricas de produtos perigosos, transportes de pessoas, guarda-móveis, criadores de cavalos e outros animais, acidentes do trabalho).”

Portanto, frente à necessidade social apresentada, acabou-se aceitando a legalidade do seguro de responsabilidade civil, sendo que o entendimento que restou sedimentado é que não se pode dar cobertura unicamente aos danos causados por atos dolosos.

Hodiernamente, essa modalidade de seguro é muito procurada, constituindo importante segmento da atividade securitária. Em 2003, a arrecadação foi recorde,

---

<sup>7</sup> Art. 1436 do Código Civil de 1916. Nulo será este contrato, quando o risco, de que se ocupa, se filiar a atos ilícitos do segurado, do beneficiado pelo seguro, ou dos representantes e prepostos, quer de um, quer do outro.

surpreendendo os mais otimistas, o que seria explicado pela maior conscientização das pessoas sobre o seu dever de reparar os danos causados a terceiros, ou, pelo fato de sentirem que o seu patrimônio está cada vez mais exposto, uma vez que a sociedade exige cada vez mais reparações (FENASEG, 2004, p.76).

#### 4.1 ESPÉCIES DE APÓLICES NO ÂMBITO TEMPORAL

Este novo cenário da evolução da responsabilidade civil levou o mercado segurador a desenvolver e incrementar o seguro de responsabilidade civil, utilizando-se de todas as técnicas securitárias modernas, a fim de adequá-lo às novas demandas, merecendo destaque um importante aspecto, **o temporal**.

Pois bem, adentrando no tema sugerido, nesta seara existem duas formas do segurador delimitar o risco, existindo as apólices à base de ocorrências e as novéis apólices à base de reclamações.

##### 4.1.1 Apólices à base de ocorrências

A primeira delas, a tradicional, cuja apólice é comumente chamada de “à base de ocorrências”, leva em conta, para a responsabilização do segurador, somente a ocorrência do fato – o sinistro. Deste modo, pouco importando a data em que eclodirão os prejuízos ou então quando advirá a reclamação do terceiro, desde que dentro do prazo prescricional legal, estará formado o vínculo que responsabilizará o segurador pelas eventuais futuras indenizações por que responda o causador do dano – o segurado.

Sucedo que, em virtude das transformações econômico-sociais anteriormente declinadas e a diversificação dos riscos a que se expõem as pessoas, tal modalidade se mostrou tecnicamente inadequada para cobrir determinados tipos de situações, em que não há coincidência temporal entre o fato, o dano e a reclamação do terceiro - os

chamados sinistros tardios ou riscos latentes.

Os sinistros tardios se caracterizam pela incubação dos resultados lesivos, que só se exteriorizam muito tempo após o fato, na maioria das vezes desconhecido do segurado, que só tomará ciência quando o terceiro prejudicado demandar em face dele, como, por exemplo, nos acidentes de consumo, cada vez mais frequentes, ou então na responsabilidade civil dos administradores. A título de exemplificação, podemos lembrar do caso da Talidomida<sup>8</sup>, dos Pneus Firestone<sup>9</sup>, dentre tantos outros que atingiram uma infinidade de consumidores, e que deram ensejo a centenas de condenações muitos anos após a ocorrência do sinistro, quando as empresas seguradoras já nem mantinham as reservas técnicas pertinentes às respectivas apólices (SANTOS, 2001, p. 11-13).

Portanto, somando-se à latência do risco, a imprevisibilidade dos resultados dos usos de novas tecnologias, os dilatados prazos prescricionais, bem como a cifra das indenizações, que não guardam, muitas vezes, fidelidade ao princípio da proporcionalidade, estava formada toda uma situação desfavorável para o cálculo do risco, e conseqüentemente, para a definição de um prêmio adequado, que garantisse o equilíbrio econômico-financeiro da avença securitária.

Ora, o que faz do Seguro uma Instituição, dentre outros fatores, é o equilíbrio que deve existir entre o prêmio e o risco assumido pela Seguradora. No momento em

---

<sup>8</sup> A talidomida era usada como calmante para grávidas até que se descobriu que causava malformações congênicas. Então, foi imediatamente retirada do mercado. Posteriormente, milhares de pessoas ingressaram na justiça com ações de indenização em face dos fabricantes.

<sup>9</sup> O Grupo Bridgestone Firestone anunciou ontem nos EUA que trocará, gratuitamente, 6,5 milhões de pneus para picapes e utilitários 4X4. Há registros de que os pneus Firestone ATX, ATX II, e Wilderness AT já provocaram 46 mortes. Serão trocados os pneus destes três tipos exclusivamente na medida P235/75R15 e produzidos em Illinois, EUA. No Brasil a troca será feita em revendas autorizadas Bridgestone Firestone. A empresa divulga hoje os procedimentos para a substituição gratuita. Segundo a Ford do Brasil, somente as Explorer XLT V6 importadas entre 1995 e 1998 foram equipadas com este tipo de pneus. Estes pneus defeituosos quando rodam em alta velocidade são submetidos a altas temperaturas e soltam a banda de rolagem, fazendo o motorista perder o controle da direção momentaneamente. 10/08/2000 - Jornal O Globo. (INFOCARRO, 2004)

que este equilíbrio se vê ameaçado, ou seja, quando se faz difícil delimitar precisamente o risco que se está assumindo, podendo se cobrar a mais ou a menos que o necessário para atender aos prejuízos dos sinistros, a própria natureza mutualística da instituição se vê ameaçada, dervirtuando-se como que para um simples jogo de azar.

Esses sintomas, primeiramente verificados nos Estados Unidos, e hoje exportados à grande maioria dos países integrantes do bloco capitalista, acabaram por gerar uma crise no setor, viabilizando o nascimento da segunda modalidade de apólice de seguro de responsabilidade civil, chamada de “à base de reclamações” ou “*claims made basis*”.

#### 4.1.2 Apólices à base de reclamações

Segundo publicado em artigo da lavra de Ricardo Bechara dos SANTOS (2001, p. 11-13), a primeira apólice de seguro nesta modalidade teria surgido em Nova York, em 1985, e teria a missão de ajustar a tradicional apólice à base de ocorrências às novas circunstâncias verificadas, como alternativa para possibilitar a aceitação dos mencionados riscos latentes.

Para tal mister, utiliza-se de uma restrição temporal da cobertura, de modo que só estariam cobertos pelo seguro os danos que fossem oriundos de um fato ocorrido durante a vigência da apólice, ou durante o prazo de retroatividade da cobertura, **desde que o terceiro prejudicado também apresentasse a reclamação durante a vigência da apólice ou durante um prazo complementar, previamente definido.**

Por isso é chamada de “*claims made*”, que não significa mais que “reivindicação feita”, em literal tradução.

Em uma primeira imagem, tem-se a impressão de que não passa de um artifício do segurador para enfrentar um cenário desfavorável.

Porém, nunca se perdendo de vista o conceito de mutualismo, pode-se dizer

que existem benefícios tanto para um, quanto para o outro lado, conforme se tentará demonstrar no restante do trabalho.

#### 4.1.2.1 Primeiras apólices no Brasil

No Brasil, as primeiras apólices à base de reclamações surgiram no final da década de 90 e suas poucas aparições foram no seguro de responsabilidade civil dos profissionais, tais como médicos, corretores de seguros, administradores, dentre outros, bem como na responsabilidade civil de empresas pelos seus produtos e serviços.

Como visto, sua maior particularidade é a limitação temporal do risco, de sorte que só haverá cobertura para os danos que sejam oriundos de um fato ocorrido durante a vigência da apólice, ou, se for o caso, durante o prazo de retroatividade da cobertura, desde que o terceiro prejudicado também apresente a reclamação durante a vigência da apólice ou durante um prazo complementar.

Nas apólices anteriores à circular nº 235/2003 da SUSEP, costumeiramente concedia-se, automaticamente, um prazo complementar de sessenta dias para a apresentação de reclamações, período no qual o segurado poderia optar pela aquisição de um prazo suplementar.

Se o segurado tivesse ciência do fato que pudesse originar uma futura reclamação e notificasse a seguradora até o término do prazo de sessenta dias, a seguradora seria responsável pelo eventual reclame por mais cinco anos a partir do término da vigência.

Considerando uma possível renovação, um aspecto interessante da apólice à base de reclamações é que, à medida em que vai sendo renovada, durante a sua vigência admitem-se reclamações decorrentes de fatos ocorridos durante a vigência das apólices anteriores, caracterizando, assim, o chamado período retroativo de

cobertura<sup>10</sup>, o que é contestado por parte da doutrina, por entender que o risco tem de ser necessariamente futuro, sendo que nesse caso estaria se dando cobertura a danos decorrentes de um fato passado, o que é vedado por lei.

Para melhor entendimento da sistemática da “claims made”, veja-se no apêndice 1 trechos das condições gerais de uma apólice de seguro de responsabilidade civil à base de reclamações, emitida pela Real Seguros S/A em 1997, antes da edição das circular nº 235/2003 da SUSEP.

#### 4.1.2.2 Repercussão no Direito Comparado

O modelo proposto, a exemplo do que já havia acontecido em diversos países, foi muito criticado, a despeito da sua boa aceitação nos Estados Unidos<sup>11</sup>.

Com efeito, na Espanha, o Supremo Tribunal, em 1991, decidiu pela nulidade da *claims made*, sob o fundamento de que a Lei Espanhola de Contratos de Seguro de 1980 se baseava na ocorrência para estabelecer o sinistro, e também que o referido diploma estabelecia garantias mínimas de proteção ao segurado, que não estavam sendo obedecidas pelas companhias seguradoras.

No entanto, esse entendimento acabou não prosperando, pois, na reforma da lei de seguros de 1995, o artigo 73 foi alterado pela Disposição Adicional 6ª, nº 5, da lei nº 30/1995<sup>12</sup>, admitindo expressamente a legalidade da restrição temporal da

---

<sup>10</sup> Que corresponde ao lapso de tempo compreendido entre a data de início de vigência da primeira de uma série de apólices renovadas sucessivamente até o início de vigência da apólice em curso.

<sup>11</sup> A título ilustrativo, as apólices à base de reclamações representam cerca de 70% do mercado americano de cobertura de responsabilidade civil médica (FINLAY; VAIRO, 1999, p. 5)

<sup>12</sup> Disposición Adicional Sexta. Modificaciones de la Ley de Contrato de Seguro (...) 5. Se añade un nuevo párrafo al art. 73, del siguiente tenor: **Serán admisibles, como límites establecidos en el contrato, aquellas cláusulas limitativas de los derechos de los asegurados ajustadas al art. 3 de la presente ley que circunscriban la cobertura de la aseguradora a los supuestos en que la reclamación del perjudicado haya tenido lugar dentro de un periodo de tiempo (grifo nosso), no inferior a un año, desde la terminación de la última de las prórrogas del contrato o, en su defecto, de su**

cobertura, mediante a utilização da *claims made*.

Outrossim, na França, um julgamento da *Cour de Cassation*, também datado de 1990, considerou a referida cláusula como não escrita, por gerar uma vantagem ilícita à seguradora, basicamente na mesma linha do julgado espanhol (SOBRINO, 2004).

Em uma superficial análise dos argumentos contrários à utilização da *claims made*, observa-se que, sem grandes variações na doutrina alienígena, a discussão se dá sobre a possível lesão ao interesse do segurado - consumidor, e sobre a viabilidade jurídica de se alterar o fato gerador da obrigação da seguradora, no campo do seguro de responsabilidade civil, da ocorrência do dano para a reclamação do terceiro, à luz da legislação específica de cada país.

Não diferente, na Argentina também não existe dispositivo legal que autorize expressamente a utilização da *claims made*. Ao contrário, o art. 109 da Lei de Seguros<sup>13</sup> condiciona a obrigação da seguradora à ocorrência do fato gerador do dano. Entretanto, a Superintendência de Seguros da Argentina deu nova interpretação ao referido artigo, dizendo que no campo do seguro de responsabilidade civil a palavra fato deve ser entendida como a reclamação do terceiro (MELLO, 2001).

No Brasil, o novo Código Civil fornece uma definição muito genérica sobre o Seguro de Responsabilidade Civil<sup>14</sup>, sendo omissivo no que tange ao nascimento da

---

período de duración. Asimismo, y con el mismo carácter de cláusulas limitativas conforme a dicho art. 3 serán admisibles, como límites establecidos en el contrato, aquéllas que circunscriban la cobertura del asegurador a los supuestos en que la reclamación del perjudicado tenga lugar durante el período de vigencia de la póliza siempre que, en este caso, tal cobertura se extienda a los supuestos en los que el nacimiento de la obligación de indemnizar a cargo del asegurado haya podido tener lugar con anterioridad, al menos, de un año desde el comienzo de efectos del contrato, y ello aunque dicho contrato sea prorrogado.

<sup>13</sup> Art. 109. El asegurador se obliga a mantener indemne al asegurado por cuanto deba a un tercero en razón de la responsabilidad prevista en el contrato, a consecuencia de un **hecho** (grifo nosso) acaecido en el plazo convenido.

<sup>14</sup> Art. 787 do Código Civil de 2002. No seguro de responsabilidade civil, o segurador garante o pagamento de perdas e danos devidos pelo segurado a terceiro.

dívida do segurador perante o segurado, de modo que, neste aspecto, não obstante a inexistência de previsão expressa, não há empecilho para a utilização do seguro à base de reclamações.

Pontes de MIRANDA (1972, p. 50), sempre atual e parecendo prever essa situação, considera que a dívida do segurador nasce com o fato danoso. No entanto, “porque pode o terceiro não exigir, desde logo, o que se lhe deve, é permitida a cláusula de tempo máximo, findo o qual a dívida do segurador se extingue”.

Portanto, no Brasil, tendo em vista a inexistência de contrariedade à lei civil, a controvérsia maior se encontra na questão da possível afronta aos direitos dos consumidores, conforme será visto a seguir.

## 5 DAS CRÍTICAS À “CLAIMS MADE”

### 5.1 DA PORTARIA Nº 03/01 DA SDE

No Brasil, a primeira manifestação contrária à utilização da *claims made* restou consignada na portaria nº 03/2001 da Secretaria de Direito Econômico do Ministério da Justiça, órgão que foi criado para atuar preventivamente no combate às práticas lesivas ao mercado, propiciando, através de estudos e pareceres técnicos, um procedimento mais célere e eficaz para adequar a política nacional de defesa econômica às novas práticas do mercado.

Com fulcro no art. 56 do decreto regulamentar nº 2181/97<sup>15</sup>, tal portaria tinha por escopo declarar abusiva, dentre outras, a cláusula que:

“ ... 11. Limite temporalmente, nos contratos de seguro de responsabilidade civil, a cobertura apenas às reclamações realizadas durante a vigência do contrato, e não ao evento ou sinistro ocorrido durante a vigência;”

É certo que essa consideração vai ser levada em conta nos casos que eventualmente cheguem à apreciação do poder judiciário. No entanto, ainda sem adentrar no mérito, há de se considerar que tal portaria não goza de força de lei, sendo que se presta apenas a instruir os órgãos de defesa do consumidor, pois, do contrário, estaria contrariando o nosso sistema legal, na medida em que é vedado aos regulamentos inovar o ordenamento jurídico.

Outro não é o entendimento de Maria Helena DINIZ (2000, p. 288), que diz que os regulamentos são “normas jurídicas gerais, abstratas e impessoais estabelecidas pelo Poder Executivo da União, dos Estados ou Municípios, para desenvolver uma lei, minudenciando suas disposições, facilitando sua execução ou aplicação. Logo, não

---

<sup>15</sup> Art. 56. Na forma do art. 51 da Lei nº 8.078, de 1990, e com o objetivo de orientar o Sistema Nacional de Defesa do Consumidor, a **Secretaria de Direito Econômico divulgará anualmente, elenco complementar de cláusulas contratuais consideradas abusivas** (grifo nosso), notadamente para o fim de aplicação do disposto no Inciso IV do art. 22 deste Decreto.

poderão ampliar ou reduzir o conteúdo dos comandos legais que regulamentam, pois lhes é vedado inovar a ordem jurídica, ou seja, a criação de novos direitos e obrigações.”

No meio securitário, essa portaria foi recebida com surpresa, eis que a cláusula *claims made* recém havia sido implantada nos contratos de seguro destinados a cobrir a responsabilidade civil de empresas e profissionais liberais, logo, distantes da relação de consumo de massa, normalmente suscetíveis de serem relacionadas na referida portaria (MELLO, 2001).

Por fim, após a publicação da recente circular que operacionaliza este tipo de seguro, há quem diga que a *claims made* deverá ser excluída do rol das cláusulas abusivas, eis que a nova regulamentação estabelece garantias mínimas ao segurado, elidindo, como será visto, parte das críticas que se faziam.

## 5.2 DO PARECER NORMATIVO Nº 5/2003 DA SUSEP

Em 26/03/2003, foi publicada no Diário Oficial da União a deliberação nº 84/2003 da SUSEP, que aprovou e concedeu eficácia normativa ao parecer jurídico de seu então Procurador Geral, Dr. Raul Teixeira.

Tal parecer tinha por objetivo analisar os reflexos do novo Código Civil nos contratos de seguro, e suas observações deveriam ser obedecidas pelas seguradoras.

A despeito da inexistência de mudanças no Código Civil que fossem especificamente pertinentes, dentre os temas abordados no parecer se encontrava a questão das apólices à base de reclamações, cuja comercialização foi desaconselhada, eis que se entendia lesiva ao consumidor, bem como que afrontava o art. 773 do novo Código Civil ao dar cobertura a reclamações oriundas de fatos anteriores à vigência da apólice.

Quanto à última hipótese, argumentou-se que “por ser o risco, transferido para o segurador, evento futuro e incerto, nos parece que padece de juridicidade a cláusula *claims made*, mormente quando se observa que a apólice à base de

reclamação acoberta sinistros ocorridos anteriormente à sua vigência, ainda que desconhecidos pelo segurado (SUSEP, 2003).

No entanto, essa disposição foi infeliz, pois o art. 773 do novo Código Civil<sup>16</sup> reprime apenas a cobertura de riscos que se sabiam passados. Ora, no caso das apólices à base de reclamações, não obstante o fato causador do dano possa ter ocorrido anteriormente à vigência da atual apólice, não necessariamente segurador e segurado sabem de sua ocorrência, dada a própria natureza dos riscos cobertos. Assim, tecnicamente, o risco assumido continua sendo futuro e incerto, na medida em que o sinistro só se caracteriza quando da ocorrência das hipóteses previstas na apólice, ou seja, no caso, com a reclamação do terceiro.

Quanto a ser lesiva ao consumidor, expôs-se que a necessidade da renovação sistemática da apólice de reclamações em uma mesma seguradora afrontava os padrões éticos de uma atividade que é inteiramente regulamentada pelo Estado, concluindo que “se tal ocorrem, devem se dar pela eficiência e competência empresarial e nunca por mecanismos sutis e escamoteados que forcem a adquirir serviço de um único fornecedor” (SUSEP, 2003).

Esse aspecto de possível contrariedade aos direitos dos consumidores, por demandar maiores esclarecimentos, será analisado na próxima subseção.

### 5.3 DA CONTRARIEDADE AO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR

#### 5.3.1 Da Aplicabilidade do Código de Defesa do Consumidor

Nesta seara, o primeiro aspecto a ser observado é se o possível adquirente desta modalidade de seguro pode ser enquadrado no conceito de consumidor, para os fins da incidência do Código Consumerista.

---

<sup>16</sup> Art. 773 do Código Civil de 2002. O segurador que, ao tempo do contrato, **sabe estar passado o risco** (grifo nosso) de que o segurado se pretende cobrir, e, não obstante expede a apólice, pagará em dobro o prêmio estipulado.

É certo que tanto as pessoas físicas quanto as jurídicas podem ser consumidores, mas, como bem exposto pelos próprios autores do anteprojeto, “o Código de Defesa do Consumidor não veio para revogar o Código Comercial ou o Código Civil no que diz respeito a relações jurídicas entre partes iguais, do ponto de vista econômico”(GRINOVER et al., 1999, p. 29).

Assim, sem abordar com mais profundidade o tema, e a despeito das interpretações que se têm dado ao art. 2º do CDC<sup>17</sup>, parece que a intenção da lei seria estabelecer um mecanismo que amenizasse o abismo existente entre o consumidor hipossuficiente e o fornecedor de produtos ou serviços.

Nesta linha de raciocínio, os profissionais liberais que contratassem o referido seguro de responsabilidade civil à base de reclamações estariam sob o manto protetor do CDC, haja vista sua flagrante hipossuficiência em relação à seguradora, não só em conta da sua condição econômica, mas também técnica, pois, à medida em que se sabe que a cláusula *claims made* muitas vezes não é conhecida por advogados, não seria razoável acreditarmos que aqueles necessariamente sempre estejam em condições de compreender o seu verdadeiro teor e alcance, mesmo porque a idéia de quem adquire um seguro de responsabilidade civil é de que estarão cobertos todos os danos que eventualmente cause a terceiros durante a vigência da apólice, o que não é o caso desta nova concepção securitária.

Portanto, os contratos de seguros à base de reclamações que foram firmados por profissionais liberais, durante a primeira fase de sua utilização<sup>18</sup>, são suscetíveis de serem discutidos em juízo, por possível afronta ao CDC, acaso algum segurado desavisado tenha sido lesado por suas peculiaridades.

Entretanto, quando este tipo de seguro é contratado por empresas de grande

---

<sup>17</sup> Art. 2º. Consumidor é toda pessoa física ou jurídica que adquire ou utiliza produto ou serviço como destinatário final.

<sup>18</sup> Vide item 4.1.2.1

porte, que contam normalmente com departamento jurídico, para segurar a responsabilidade civil por seus produtos ou, então, pela má gestão de seus administradores - seguro D&O, entende-se que não são aplicáveis as disposições do CDC nem da Portaria nº03/01 da SDE, notadamente para a pretensão de se declarar nula a cláusula *claims made*, in abstrato, sem antes analisar, no caso concreto, à luz da lei civil e seus princípios informadores, se existe um desequilíbrio contratual que efetivamente ensejasse a sua revisão pelo poder judiciário.

Deste modo, nos casos em que não se aplica o CDC, ocorre uma ampliação da margem de livre negociação entre as partes, eis que não se vislumbra uma desigualdade formal entre elas. É claro que tal liberdade, no contexto da atividade securitária, deve respeitar os limites impostos pelo Estado, tendo-se em conta que é arduamente regulada, dada a sua importância econômica e social.

No entanto, várias disposições do CDC, principalmente no que diz respeito ao direito de informação, devem ser observadas tanto nos contratos sujeitos à sua incidência, quanto nos ditos empresariais, pois não significam mais que o standard mínimo de conduta exigível por parte de quaisquer contratantes, até mesmo em respeito ao princípio da boa-fé objetiva.

Ademais, “considerando-se o nível de compreensão do consumidor médio, e a sofisticação de certas operações securitárias, a seguradora se protege, na medida em que transmite aos segurados-consumidores informações corretas, claras, precisas e inteligíveis sobre as hipóteses de liquidação e de exclusão constantes da apólice” (COELHO, 2000, p.280).

Hoje, essa questão está um pouco mitigada, visto que a circular que regulamenta o uso da *claims made* restringe a sua comercialização apenas às pessoas jurídicas. Mesmo assim, a seguir veremos o porquê de tal cláusula ser considerada, por parte da doutrina, abusiva frente ao consumidor.

### 5.3.2 Do Desequilíbrio Contratual Significativo

Conforme delineado anteriormente, em face da exígua produção doutrinária pátria a respeito, grande parte das críticas à *claims made* foram importadas dos países em que a mesma é conhecida há mais tempo e que, conseqüentemente, já assistiram às suas repercussões jurídicas perante o Poder Judiciário.

A primeira crítica substancial é que, na tentativa de se protegerem dos impactos dos chamados sinistros tardios, as seguradoras lançaram mão da *claims made*, restringindo assim a cobertura e a proteção de seus próprios segurados, indo de encontro com o fim do contrato de seguro, pois, se aquelas, que contam com todo um aparato técnico, têm dificuldades em delimitar o risco assumido e manter as reservas técnicas pertinentes, seria mais absurdo ainda transferir o risco para o segurado, que nada entende sobre seguros. Essa é a crítica de um dos incansáveis combatentes da *claims made* na Argentina, Dr. Waldo Augusto Sobrino, in verbis:

“...la solución de las Aseguradoras, para los grandes riesgos (especialmente de Responsabilidad Civil), fue – justamente – limitar la cobertura y la protección de sus propios asegurados.” (SOBRINO, 2004).

Mesmo considerando um prêmio relativamente menor, a sistemática utilizada nas primeiras apólices poderia ser prejudicial ao interesse do segurado, pois, a um, o pagamento da cobertura ficava condicionado à reclamação de um terceiro, que desconhece a existência do seguro e suas condições, e, a dois, se tivesse interesse em mudar de seguradora, poderia, a despeito de ter contratado diversas apólices sucessivamente, ficar sem cobertura alguma, se não adquirisse o prazo suplementar para a apresentação de reclamações decorrentes de fatos ocorridos durante a vigência do seu seguro.

Ademais, ressalte-se novamente, em considerando a hipossuficiência técnica dos segurados, o seguro de responsabilidade civil à base de reclamações poderia vir a desnaturar o “resultado útil” do contrato de seguro, na medida em que restringe a cobertura legitimamente esperada.

A *claims made*, desta forma, foi tomando o aspecto de cláusula abusiva, eis que desvirtuava a finalidade do contrato de seguro, que é a de proporcionar segurança e tranquilidade, na medida em que ou o **segurado se tornava um cliente cativo da seguradora, ou ficava à mercê da reclamação do terceiro para se ver ressarcido dos prejuízos.**

Com efeito, sob este enfoque, e sempre contando com a possível hipossuficiência técnica do segurado, temos que efetivamente a *claims made* só representaria perigo a ele, e nunca à seguradora, que, convenientemente, se livrou do problema dos riscos tardios.

Neste ínterim, oportunas são as palavras do Prof. Ruben S. STIGLITZ (2000, p. 117), que, ao realizar um comentário sobre as cláusulas abusivas nos contratos de seguro, observou que seu caractere essencial é o desequilíbrio significativo entre os contratantes, consistente na

“ampliación de ventajas o provechos em favor del asegurador, o aligeramiento o supresión de sus obligaciones y, consecuentemente, agravamiento de las cargas y obligaciones del asegurado sin que de la correlación de los polos provecho/sacrificio surja una contrapartida en beneficio del usuario, o sea, um fundamento legítimo con el que quedaría preservado el principio de la máxima reciprocidad de intereses.”<sup>19</sup>

Desta forma, levando-se em conta um cenário onde não se davam garantias mínimas ao segurado, tem-se que a *claims made* poderia, sim, ser considerada abusiva, mormente porque representou uma diminuição drástica do risco assumido pela seguradora, em relação às apólices à base de ocorrência, ao acabar com o problema dos sinistros tardios, isso às custas da falta de segurança daquele, que, como vimos, poderia inclusive ficar sem cobertura se não se atentasse para as características do seguro

---

<sup>19</sup> “...ampliação de vantagens e proveitos em favor do segurador, atenuamento ou supressão de suas obrigações e, conseqüentemente, agravamento das cargas e obrigações do segurado sem que a correlação da dos pólos proveito/sacrificio surja em contrapartida do benefício do usuário, ou seja, um fundamento legítimo com o que se restaria preservado o princípio da máxima reciprocidade de interesses.”

contratado, como não raro acontece.

No entanto, percebe-se que a problemática se resolve na fase pré-contratual, o que significa dizer que, desde que o segurado esteja ciente do tipo de seguro que está contratando, suas vantagens e desvantagens, não existe empecilho algum à utilização da *claims made*. Portanto, a cláusula pode ser considerada abusiva frente ao consumidor hipossuficiente, que efetivamente não tenha compreendido o seu teor e alcance, o que daria ensejo à aplicação do art. 51 do CDC, mas o mesmo não acontece quando o segurado tem condições fáticas de realizar tal juízo de valor, como, por exemplo, uma grande empresa ou mesmo um segurado pessoa física bem instruído, não se podendo falar, destarte, em desequilíbrio contratual significativo, eis que pagou o prêmio correspondente à extensão da cobertura contratada.

Nada obstante, a SUSEP, no intuito de jogar uma pá de cal no assunto, publicou a **Circular 235/2003**, regulamentando a operacionalização deste tipo de seguro, **restringindo sua comercialização unicamente às pessoas jurídicas e estabelecendo garantias mínimas ao adquirente**, o que representou uma significativa evolução, pois elidiu boa parte das críticas que se faziam.

## 6 DA EVOLUÇÃO DA APÓLICE À BASE DE RECLAMAÇÕES

Em face das críticas apresentadas não só no Brasil, como no exterior, a SUSEP, depois de muita pressão do meio segurador, editou a Circular nº 235/2003, regulamentando a operacionalização da *claims made*, concedendo, conseqüentemente, passe livre para a sua comercialização.

Entretanto, no intuito de amenizar a suposta abusividade da cláusula, o fez de forma a dar mais garantias ao segurado.

A primeira medida, insculpida no art. 3º da referida circular – vide anexo 1, exige a concessão de prazo complementar mínimo de três anos para a apresentação de reclamações, a partir do término da vigência da apólice.

Outrossim, se eventualmente o segurado resolver mudar de seguradora, em caso de não aceitação do risco pretérito pela nova companhia, a teor do art. 4º, a antiga é obrigada a conceder um prazo suplementar para apresentação de reclamações, mediante a paga de um prêmio previamente definido na apólice, podendo inclusive prever a possibilidade de conversão da apólice em “à base de ocorrências”.

Em breve comentário, por óbvio que o prazo complementar de três anos não representa uma vantagem financeira ao segurado, que paga esta cobertura adicional embutida no prêmio, o que é perfeitamente legítimo, eis que deve existir uma proporcionalidade entre o prêmio e o risco assumido. No entanto, ampliou-se a margem de segurança do mesmo, na medida que tem três anos para decidir pela compra do prazo suplementar, e não apenas sessenta dias, como antigamente.

Também parece que ficou resolvido o problema do segurado “cativo”, eis que este poderá mudar de seguradora a qualquer momento, sem pôr em risco a cobertura dos anos pretéritos, na medida em que pode contratar um prazo suplementar ou até mesmo converter a apólice em “à base de ocorrências”.

Em 26 de Abril de 2004, a SUSEP editou uma nova Circular, nº 252/2004 – anexo 2, revogando a anterior, apenas para fazer duas mudanças pontuais, mas que

também são relativamente importantes.

Por primeiro, alterou-se o inciso III do art 2º, dispondo que a data retroativa de cobertura não será necessariamente a data do início da vigência da primeira de uma série de apólices renovadas sucessivamente, mas que poderá ser definida, mediante acordo entre as partes, para uma data anterior, a qual servirá de referência para as próximas renovações.

Para tal, também modificou-se o art. 12 da antiga circular, dispondo que o segurado deverá apresentar uma declaração de que desconhece quaisquer fatos que possam ter ocorrido no período retroativo de cobertura acordado, que possam dar origem a uma futura reclamação.

Essa modificação também representa uma vantagem ao segurado, que poderá contratar, a partir da primeira renovação, cobertura para anos anteriores à vigência da apólice inicial.

Entretanto, novamente pode vir à tona o aspecto de possível contrariedade ao Código Civil, visto que a seguradora está garantindo as possíveis conseqüências de um fato que já teria acontecido. No entanto, conforme bem assinalado por Ernesto TZIRULNIK (1999, p. 66), “o sinistro é somente aquele evento danoso para o interesse segurado que corresponde à realização do risco tal como previsto na relação obrigacional securitária”.

Conseqüentemente, para os efeitos do seguro de responsabilidade civil à base de reclamações, somente acontecerá o sinistro quando o terceiro, prejudicado por um fato imputado ao segurado, efetivamente apresente a reclamação, momento em que nascerá a obrigação da seguradora de indenizar o segurado, dentro dos limites estipulados na apólice. Portanto, não há que se falar em risco passado, eis que está preservada a álea, elemento essencial ao contrato de seguro.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Já vimos que a *claims made* inova o conceito de risco no seguro de responsabilidade civil, deslocando o fundamento da responsabilidade da seguradora perante o segurado, do fato causador do dano para a efetiva reclamação do terceiro em face daquele.

Analisando sobre o aspecto técnico, constata-se que essa modalidade é efetivamente mais adequada para o correto cálculo do risco.

Com efeito, uma apólice à base de ocorrências dá cobertura para todos os prejuízos que o segurado venha a ter por danos causados a terceiros durante a vigência da apólice, não importando a data do efetivo reclame do indivíduo lesado.

Imagine-se, a título ilustrativo, um acidente de consumo causado por medicamento. O prazo prescricional do consumidor, que é de cinco anos, só começaria a fluir a partir do conhecimento do dano e da sua autoria, o que poderia levar anos. Agrave-se ainda mais o panorama, imaginando que esse medicamento causou mal a milhares de pessoas.

Pois bem, frente à imprevisibilidade das conseqüências do uso de novas tecnologias, bem como às inúmeras variantes que influem no cálculo do risco, as seguradoras se vêem em uma situação extremamente difícil, eis que, ou estabelecem prêmios de valores inviáveis para o mercado, ou então ficam à mercê dos acontecimentos, se obrigando a deixar vultosas quantias imobilizadas em reservas técnicas para fazer frente a esses riscos latentes, podendo inclusive deixar de oferecer o produto por insegurança, o que, em última análise, prejudicaria os próprios interessados em contratar esse tipo de seguro.

Assim, a proposta da *claims made* é condicionar a cobertura aos reclames ocorridos durante a vigência da apólice, que se relacionem a fatos que também ocorreram dentro deste mesmo período ou então nas hipóteses declinadas anteriormente.

Analisando sob o enfoque da seguradora, isso possibilita uma verificação muito mais precisa do risco assumido, bem como uma rápida absorção das contingências, permitindo um ajuste pontual do prêmio, que pode variar tanto para mais, como para menos, em função do índice de sinistralidade verificado.

Ao contrário, a apólice à base de ocorrências não dá essa margem de segurança, sendo que, uma vez calculado erroneamente o risco assumido, a seguradora poderá amargar anos de prejuízos decorrentes das apólices contratadas nos anos anteriores. Conseqüentemente, o valor do prêmio, quando percebido o equívoco, é ajustado drasticamente.

Ademais, essa maior capacidade de ajuste da apólice à base de reclamações possibilita uma maior confiança do segurador para oferecer limites de garantia mais altos aos segurados.

Em vista disso, Timothy Finlay e Carlos Vairo, em conclusão de artigo publicado na Revista Plano Diretor Seguro, afirmam que “a cobertura à base de reclamações amplia o potencial para um mercado de seguros estável, ou seja, disponibilidade continuada, a um preço justo” (FINLAY; VAIRO, 1999).

As críticas que se fazem à *claims made*, por outro lado, não são desprovidas de razão.

As primeiras apólices efetivamente induziam o segurado à renovação sucessiva em uma mesma seguradora, sob pena de perder a cobertura anterior, o que já foi repellido com as modificações trazidas pelas recentes circulares da SUSEP.

No entanto, creio que a apólice à base de reclamações não é apropriada para a responsabilidade civil de segurados, que, em vista da sua hipossuficiência, possam se enquadrar no conceito de consumidor, para os fins de aplicação do CDC.

Isso porque, como declinado anteriormente, a *claims made* é muito distinta da apólice tradicional de responsabilidade civil, o que pode induzir o segurado em erro, mormente porque a intenção do homem médio que contrata seguro é o de se ver totalmente protegido.

É claro que isso poderia ser amenizado com uma política mais séria e efetiva de informação ao segurado. Ora, em um mercado onde se oferece dois produtos distintos, com preços e coberturas diferenciadas, com cláusulas facilmente compreensíveis, onde o consumidor poderá optar pelo que melhor atenda aos seus interesses, desde que consciente, não há que se falar em hipossuficiência.

No entanto, sempre será uma postura de risco, na medida em que o CDC é protecionista ao extremo, o que poderia gerar demandas futuras perante o Poder Judiciário, com prejuízo para as seguradoras, que responderiam por riscos que não assumiram, em detrimento do fundo comum.

Portanto, considero acertada a decisão da SUSEP em restringir somente às pessoas jurídicas a comercialização do seguro de RC à base de reclamações, mesmo porque a urgência maior na utilização da “claims made” se verifica para o seguro de RC por produtos e também de RC por atos de administradores (D&O), vez que um sinistro ocorrido nestas áreas podem afetar milhares de terceiros, o que, conseqüentemente, poderia comprometer a solvência da seguradora.

Falando-se assim, passa-se a falsa impressão de que as seguradoras se preocupam apenas em ampliar as suas margens de lucro, nem que seja em prejuízo da segurança de seus clientes.

Porém, há de se levar em conta que o seguro paira por sobre a base do mutualismo. Daí se extrai que a seguradora nada mais faz do que administrar um fundo comum, utilizando toda a sua técnica, no intuito de que essa poupança coletiva seja suficiente para cobrir as conseqüências econômicas dos sinistros que, estatisticamente, se espera que ocorram durante um período determinado de tempo.

Como vimos, os sinistros tardios podem vir a desestabilizar esse equilíbrio, comprometendo a solvência do fundo mútuo, desvirtuando a própria natureza do contrato de seguro, que passa a constituir como que um jogo, na medida em que não se sabe se o prêmio será ou não suficiente para atender à soma dos prejuízos individuais. Deste modo, a *claims made* nada mais foi do que a alternativa mais adequada a

enfrentar esse problema, viabilizando uma boa prestação do serviço por parte da seguradora.

Portanto, não se trata de garantir maiores lucros às seguradoras, mas de garantir a própria sobrevivência destas carteiras, pois, na medida em que apresentem resultados negativos, ou se aumenta por demais o prêmio, no modo de ocorrências, ou então simplesmente não se disponibiliza esse tipo de cobertura no mercado, o que viria em prejuízo do próprio interessado em adquirir o seguro e, em última análise, da sociedade como um todo, eis que esta é a destinatária da indenidade nos seguros de responsabilidade civil.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVIM, P. **O contrato de seguro**, 3. ed., Rio de Janeiro: Forense, 1999.

CAVALHIERI FILHO, S. **Programa de responsabilidade civil**, 3. ed., São Paulo: Malheiros, 2002.

\_\_\_\_\_. A trilogia do seguro. In: **1. Fórum de Direito do Seguro**. São Paulo: Max Limonad, 2000.

COELHO, F. U. A aplicação do Código de Defesa do Consumidor aos contratos de seguro. In: **1. Fórum de Direito do Seguro**. São Paulo: Max Limonad, 2000.

DINIZ, M. H. **Compêndio de introdução à Ciência do Direito**, 12. ed., São Paulo: Saraiva, 2000.

FENASEG. **2º plano setorial da indústria do seguro 2004**. Rio de Janeiro, 2004.

FINLAY, T. J.; VAIRO, C. Apólice à base de reclamações: a resposta ao seguro de responsabilidade civil profissional para médicos. **Revista Plano Diretor Seguro**, n. 17, abr, 1999.

GRINOVER, A. P. et al. **Código Brasileiro de Defesa do Consumidor Comentado**, 6. ed., Rio de Janeiro: Forense Univestária, 1999.

INFOCARRO. **Firestone fará recall em 6,5 milhões de pneus**. Disponível em <[http://www.infocarro.com.br/t%C3%A9cnico%202000\\_2001.htm](http://www.infocarro.com.br/t%C3%A9cnico%202000_2001.htm)> Acesso em: 18 ago. 2004.

MARENSE, V. **O seguro no direito brasileiro**, 3. ed., Porto Alegre: Síntese, 1996.

MELLO, S. R. B. Validez de la cláusula claims made ante el derecho brasileño. **Mercado Assegurador**, v. 23, n. 261, ago, 2001.

MIRANDA, P. **Tratado de Direito Privado**, Tomo XLVI, 3. ed., Rio de Janeiro: Borsoi, 1972.

OLIVEIRA, C. M. de. **Contrato de Seguro**. 1. ed. Campinas, 2002.

PASSOS, J. J. C. de. O risco na sociedade moderna e seus reflexos na teoria da responsabilidade civil e na natureza jurídica do contrato de seguro. In: **1. Fórum de Direito do Seguro**. São Paulo: Max Limonad, 2000.

REAL SEGUROS S/A. **Condições gerais para o seguro de responsabilidade civil profissional de médico, dentista e enfermeiro (pessoa física)**, São Paulo. Apólice nº 00795011, emitida em 30/06/1997.

SANTOS, R. B. dos. Claims Made e o Seguro de responsabilidade civil no Brasil. **Revista do IRB**, Rio de Janeiro, v. 61, n. 283, p. 11-3, jan/mar,2001.

SHIH, F. L. **Os princípios do direito securitário**. Rio de Janeiro: Funenseg, 2002.

SOBRINO, W. A. R. **La clausula “claims made” y la función social del seguro de responsabilidad civil**. Disponível em <[http://www.estudio-sobrino.com/espanol/con\\_sultora/6.htm](http://www.estudio-sobrino.com/espanol/con_sultora/6.htm)> Acesso em: 18 ago. 2004.

STIGLITZ, R. El contrato de seguro como contrato de adhesión. Cláusulas abusivas. Control. In: **1. Fórum de Direito do Seguro**. São Paulo: Max Limonad, 2000.

TZIRULNIK, E. **Regulação de Sinistro**. São Paulo: Max Limonad, 1999.

**APÊNDICE 1 – EXCERTO DE APÓLICE À BASE DE RECLAMAÇÕES**

**CONDIÇÕES GERAIS PARA O SEGURO DE RESPONSABILIDADE CIVIL  
PROFISSIONAL DE MÉDICO, DENTISTA E ENFERMEIRO (PESSOA  
FÍSICA). APÓLICE Nº 00795011, EMITIDA PELA REAL SEGUROS S/A EM  
30/06/1997.**

1 – O presente seguro tem por objetivo indenizar o segurado das quantias pelas quais vier a ser responsável civilmente, relativas a reparações por danos corporais ou materiais, involuntariamente causados a terceiros, decorrentes de acidentes relacionados a: a) erros ou omissões cometidos pelo segurado no exercício da profissão de médico (e/ou dentista e/ou enfermeiro)

(...)

1.1 – Observadas as limitações previstas neste contrato, a presente cobertura só prevalece se ocorrerem simultaneamente as seguintes condições: (...) c) As reclamações por tais danos sejam apresentadas ao segurado pelos terceiros prejudicados na vigência deste contrato ou durante os prazos suplementares a que se refere a cláusula 7, quando prevalecerem.

(...)

7 – Prazos suplementares para apresentação de reclamação

7.1 – Caso este seguro não seja renovado ou se o contrato renovatório estabelecer “data-limite para eventos” posterior ao previsto neste contrato, fica convencionado que estarão automaticamente cobertas as reclamações de terceiros prejudicados apresentadas nos seguintes prazos: a) sessenta dias contados do término de vigência deste contrato; b) cinco anos contados do término de vigência deste contrato, desde que a respectiva ocorrência tenha sido notificada a seguradora no prazo previsto na alínea “a” deste subitem.

7.2 – Fica convencionado, ainda, que mediante pagamento de prêmio adicional e adoção de cláusula especial, será concedido, pelo presente contrato, em substituição ao prazo previsto na alínea “b” do subitem 7.1, um prazo suplementar de cobertura para reclamações de terceiros apresentadas no período compreendido entre o término de sessenta dias previsto na alínea “a” do subitem 7.1, e o vencimento dos respectivos prazos prescricionais, independentemente da data de notificação das respectivas ocorrências à seguradora.

7.3 – No tocante à extensão de cobertura prevista no subitem 7.2, fica entendido e acordado que: a) a mesma só será concedida se solicitada até sessenta dias após o término da vigência deste contrato; b) o prêmio adicional correspondente não excederá a 200% do prêmio anual deste contrato; c) prevalecerá uma importância segurada em separado, equivalente à importância segurada disponível no último dia da vigência deste contrato, que será determinada considerando apenas as indenizações já pagas.

7.4 – As disposições desta cláusula não alteram o período de vigência deste contrato, aplicando-se apenas as reclamações por danos ocorridos entre a “data-limite para eventos” previstos na apólice e o término de vigência deste contrato. (REAL SEGUROS S/A, 1997)

**ANEXO 1 – CIRCULAR SUSEP Nº 235/2003**

**CIRCULAR SUSEP Nº 235, de 21 de outubro de 2003.**

*Dispõe sobre a operacionalização das apólices de seguro de responsabilidade civil à base de reclamações (claims made basis).*

**O SUPERINTENDENTE DA SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP**, no uso das atribuições que lhe confere o artigo 36, alínea c, do Decreto-Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966, e considerando o disposto no artigo 34, inciso III, do Decreto nº 60.459, de 13 de março de 1967, e tendo em vista o que consta do processo SUSEP nº 15414.006360/2002-09,

**R E S O L V E:**

Art. 1º Aprovar as Disposições Gerais e Especiais, em anexo, que integram esta Circular e passam a orientar a contratação dos seguros de responsabilidade civil de apólices à base de reclamações (claims made basis).

Art. 2º As sociedades seguradoras deverão submeter à SUSEP, para fins de análise e arquivamento, as condições da apólice e a respectiva nota técnica atuarial, de conformidade com os critérios mínimos estabelecidos em regulamentação específica.

Art. 3º As sociedades seguradoras deverão adequar seus produtos, às disposições contidas nesta Circular, no prazo máximo de 90 (noventa) dias, admitindo-se, em relação aos contratos em vigor, que essa adequação seja efetivada, por ocasião da renovação do seguro.

Art. 4º Esta Circular entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 21 de outubro de 2003.

**RENÊ GARCIA JUNIOR**

Superintendente

CIRCULAR SUSEP Nº 235, de 21 de outubro de 2003 – ANEXO I

## **DISPOSIÇÕES GERAIS APLICÁVEIS ÀS APÓLICES À BASE DE RECLAMAÇÕES**

Art. 1º As presentes Disposições Gerais deverão ser observadas, para fins de elaboração das condições contratuais e das respectivas notas técnicas atuariais dos seguros de responsabilidade civil contratados à base de reclamações.

Art. 2º Considera-se, para os fins aqui previstos:

I – Apólice à Base de Ocorrências - aquela que define como objeto do seguro o pagamento, a título de perdas e danos, devido a terceiros pelo segurado, em decorrência de ato ou fato, pelo qual seja responsabilizado, ocorrido durante o período de vigência da apólice.

II – Apólice à Base de Reclamações - aquela que define como objeto do seguro o pagamento, a título de perdas e danos, devido a terceiros pelo segurado, em decorrência de ato ou fato, pelo qual seja responsabilizado, ocorrido durante o período de vigência da apólice ou, quando expressa e contratualmente previsto, em data anterior compreendida no período de retroatividade de cobertura, desde que o terceiro tenha a ele apresentado sua reclamação, durante a vigência da apólice ou nas hipóteses tratadas nos incisos V e VI, deste artigo.

III - Data Retroativa de Cobertura - data de início de vigência da primeira de uma série sucessiva e ininterrupta de apólices, à base de reclamações, a partir da qual e até o término de vigência da última apólice encontram-se cobertos os riscos expressamente definidos no contrato de seguro.

IV - Período de Retroatividade de Cobertura – corresponde ao espaço de tempo compreendido entre a data retroativa de cobertura e a do início de vigência da apólice em curso.

V – Prazo Complementar - prazo adicional para apresentação, pelo segurado, de reclamações de terceiros, a ele concedido, obrigatoriamente, pela sociedade seguradora, sem cobrança de qualquer prêmio adicional, a partir do término de vigência da apólice ou da data de seu cancelamento.

VI – Prazo Suplementar - prazo adicional para apresentação de reclamações de terceiros ao segurado, oferecido, obrigatoriamente, pela sociedade seguradora, a partir do término do prazo complementar, mediante cobrança de prêmio adicional.

VII – Segurado - pessoa jurídica com interesse segurado.

Art. 3º As condições contratuais deverão, necessariamente, conter cláusula garantindo, ao segurado, prazo complementar mínimo de três anos, contado a partir do término de vigência da apólice ou de seu cancelamento, com vistas a amparar sinistros ocorridos na vigência da apólice e no período de retroatividade de cobertura.

Parágrafo único. A orientação prevista no "caput" deste artigo não se aplica às hipóteses de cancelamento da apólice por determinação legal ou por falta de pagamento do

prêmio ou, ainda, se atingido o limite agregado da apólice, conforme disposto no artigo 15 destas Disposições Gerais.

Art. 4º É obrigatória a inclusão, nas condições contratuais do seguro - quer se trate de apólice inicial, quer de renovação - de cláusula garantindo, ao segurado, o direito à obtenção de prazo suplementar.

Art. 5º As sociedades seguradoras poderão admitir, em suas condições contratuais, a possibilidade de ser a apólice transformada, a critério do segurado, de base de reclamações, para base de ocorrências, apenas nas hipóteses previstas no artigo 8º destas Disposições Gerais, abrangendo, também, o período de retroatividade de cobertura, nos termos do artigo 11.

Art. 6º O direito do segurado à obtenção de prazo suplementar ou à transformação da apólice, conforme previsto nos artigos 4º e 5º, destas Disposições Gerais, não se aplica aos casos de cancelamento do seguro por determinação legal ou por falta de pagamento do prêmio ou, ainda, por ter sido atingido o limite agregado, conforme definido no artigo 15 destas Disposições Gerais.

§ 1º - Em qualquer hipótese, o segurado somente poderá exercer o direito previsto no "caput" deste artigo uma única vez e exclusivamente durante a vigência do prazo complementar de que trata o artigo 3º destas Disposições Gerais.

§ 2º - As sociedades seguradoras poderão cobrar prêmio adicional, nas hipóteses previstas no "caput" deste artigo.

§ 3º - O prêmio adicional de que trata o parágrafo anterior deverá estar expressamente estabelecido nas condições contratuais do seguro, com indicação de todas as opções possíveis, incluindo a hipótese de transformação da apólice prevista no Art. 5º destas Disposições Gerais, quando couber, devendo o segurado definir expressamente sua escolha, em formulário próprio, que passará a fazer parte integrante do contrato.

Art. 7º A concessão de prazo suplementar ou a transformação da apólice a que se refere o artigo 6º destas Disposições Gerais, não acarreta, em hipótese alguma, ampliação do período de vigência do contrato de seguro.

Art. 8º Deverá ficar expressamente indicado, nas condições contratuais do seguro, que a concessão de prazo suplementar ou a possibilidade de transformação da apólice, nos termos dos artigos 4º e 5º destas Disposições Gerais, somente poderá prevalecer:

I - se o seguro for renovado em outra sociedade seguradora e esta não admitir, na cobertura contratada, o período de retroatividade da apólice anterior; ou

II - se o segurado não renovar o seguro ou se o renovar sob a forma de apólice à base de ocorrências, seja na mesma sociedade seguradora ou em outra.

Art. 9º Nas renovações sucessivas em uma mesma sociedade seguradora, é obrigatória a concessão do período de retroatividade da cobertura e do prazo complementar, bem como a previsão quanto à possibilidade de obtenção de prazo suplementar.

Art. 10. Renovada a apólice à base de reclamações, em outra sociedade seguradora que não aquela da apólice vencida, a nova sociedade seguradora poderá, mediante

cobrança de prêmio adicional e desde que não tenha havido solução de continuidade do seguro, admitir o período de retroatividade de cobertura considerado na apólice anterior.

Art. 11. A apólice à base de reclamações deverá indicar, expressamente, em destaque, além de sua vigência, o período de retroatividade de cobertura ou a data retroativa de cobertura.

Parágrafo único. Estarão cobertos os sinistros ocorridos entre a data retroativa de cobertura e o término de vigência da apólice, desde que reclamados durante seu período de vigência ou no prazo complementar previsto no artigo 3º destas Disposições Gerais ou, ainda, durante o prazo suplementar para apresentação de reclamações, no caso de ter sido o mesmo adotado.

Art. 12. Não é permitida a concessão de retroatividade de cobertura, na hipótese de seguro contratado pela primeira vez, sob a forma de apólice à base de reclamações, salvo na hipótese prevista no artigo 10 destas Disposições Gerais.

Art. 13. Deverá ser incluída cláusula, nas condições contratuais do seguro, estabelecendo qual dos critérios, a seguir indicados, será adotado, na hipótese de aceitação, pela sociedade seguradora, de aumento do limite máximo de garantia da apólice, durante sua vigência ou mesmo na renovação:

I – o novo limite prevalecerá, integralmente, durante a vigência da apólice e a respectiva data retroativa, se houver, inclusive para as reclamações relativas a sinistros já ocorridos e que não sejam de conhecimento do segurado; ou

II – será determinado que o novo limite se aplicará, apenas, a sinistros efetivamente ocorridos a partir da data de sua implementação, prevalecendo o limite anterior para os sinistros já ocorridos, sejam eles de conhecimento ou não do segurado.

Art. 14. Critérios análogos aos dispostos no artigo 13 acima, também, deverão ser estabelecidos pela sociedade seguradora, em cláusulas próprias, na hipótese de inclusão ou exclusão de coberturas.

Art. 15. É vedada a inclusão de cláusula de reintegração do limite máximo de garantia.

§1º Em contrapartida à vedação contida no “caput” deste artigo, deverá ser incluída a cláusula de limite agregado, assim considerado o valor expressamente indicado na apólice, igual ou superior ao limite máximo de garantia, que corresponderá ao total máximo indenizável pelo contrato de seguro, considerada a soma de todas as indenizações e demais gastos e/ou despesas relacionados aos sinistros ocorridos durante a vigência da apólice ou a partir do período de retroatividade de cobertura, se for o caso.

§ 2º Ocorrerá o cancelamento automático do contrato de seguro, quando a soma das indenizações e demais gastos e/ou despesas amparadas pelo seguro atingir o limite agregado.

§ 3º Não obstante a previsão de limite agregado superior ao limite máximo de garantia, conforme indicado no parágrafo 1º deste artigo, deverá ficar expressamente registrado, na mesma cláusula da apólice, que o limite máximo de garantia por sinistro

continua sendo o limite máximo de responsabilidade da sociedade seguradora, por reclamação ou série de reclamações resultantes de um mesmo evento.

Art. 16. Não é permitida a utilização de apólices à base de reclamações para seguros de responsabilidade civil contratados por período inferior a 12 (doze) meses ou, ainda, para aquelas modalidades não sujeitas ao risco de latência prolongada ou sinistros tardios.

CIRCULAR SUSEP Nº 235, de 21 de outubro de 2003 – ANEXO II

**DISPOSIÇÕES ESPECIAIS APLICÁVEIS ÀS APÓLICES À BASE DE RECLAMAÇÕES, COM NOTIFICAÇÕES**

Art. 1º É facultada ao segurado, mediante concordância da sociedade seguradora, a contratação de seguro à base de reclamações, com notificações, nos termos definidos nestas Disposições Especiais, cuja aplicação dar-se-á sem prejuízo do disposto no Anexo I desta Circular.

Art. 2º Estas Disposições Especiais aplicam-se àquela apólice que, além de vincular a cobertura à apresentação, pelo terceiro prejudicado, de uma reclamação contra o segurado, nos termos do Anexo I desta Circular, também admite, para esse efeito, a notificação de um fato ou circunstância, pelo segurado, à sociedade seguradora.

Art. 3º A entrega de notificação à sociedade seguradora, dentro do período de vigência do seguro, produzirá os seguintes efeitos:

I – caracteriza o sinistro como de competência da apólice, em cujo período de vigência a notificação tenha sido feita.

II – garante que as condições da apólice, assim definida como de competência, serão aplicadas às reclamações apresentadas por terceiros, em decorrência dos fatos ou circunstâncias, anteriormente, notificados pelo segurado.

Art. 4º Denomina-se notificação o ato por meio do qual o segurado comunica à sociedade seguradora, por escrito, fatos ou circunstâncias que podem dar origem a reclamações futuras amparadas pelo seguro.

Art. 5º A notificação deve ser apresentada durante a vigência da apólice, tão logo o segurado tome conhecimento do fato ou circunstância relevante, que possa acarretar uma reclamação futura, por parte de terceiros, nela indicando, de forma mais completa possível, os dados e particularidades do evento, tais como:

- a) lugar, data, horário e descrição sumária do ocorrido;
- b) se possível, nome, domicílio, estado civil, profissão ou ocupação do terceiro prejudicado ou falecido, se for o caso, bem como nome e domicílio de eventual testemunha; e
- c) natureza dos danos ou das lesões corporais e de suas possíveis conseqüências.

Art. 6º Estas Disposições Especiais são de livre negociação entre sociedades seguradoras e segurados.

**ANEXO 2 – CIRCULAR SUSEP Nº 252/2004**

**CIRCULAR SUSEP Nº 252, de 26 de Abril de 2004.**

*Dispõe sobre a operacionalização das apólices de seguro de responsabilidade civil à base de reclamações (claims made basis).*

**O SUPERINTENDENTE DA SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP**, no uso das atribuições que lhe confere o artigo 36, alínea c, do Decreto-Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966, e considerando o disposto no artigo 34, inciso III, do Decreto nº 60.459, de 13 de março de 1967, e tendo em vista o que consta do processo SUSEP nº 15414.006360/2002-09,

**RESOLVE:**

Art. 1º Aprovar as Disposições Gerais e Especiais, em anexo, que integram esta Circular e passam a orientar a contratação dos seguros de responsabilidade civil de apólices à base de reclamações (claims made basis).

Art. 2º As sociedades seguradoras deverão submeter à SUSEP, para fins de análise e arquivamento, as condições da apólice e a respectiva nota técnica atuarial, de conformidade com os critérios mínimos estabelecidos em regulamentação específica.

Art. 3º Esta Circular entra em vigor na data de sua publicação, ficando revogada a CIRCULAR SUSEP No 235, de 21 de outubro de 2003.

**RENÊ GARCIA JUNIOR**

Superintendente

**CIRCULAR SUSEP Nº 252, de 26 de abril de 2004 – ANEXO I****DISPOSIÇÕES GERAIS APLICÁVEIS ÀS APÓLICES À BASE DE RECLAMAÇÕES**

Art. 1º As presentes Disposições Gerais deverão ser observadas, para fins de elaboração das condições contratuais e das respectivas notas técnicas atuariais dos seguros de responsabilidade civil contratados à base de reclamações.

Art. 2º Considera-se, para os fins aqui previstos:

I – Apólice à Base de Ocorrências – a que define como objeto do seguro o pagamento, a título de perdas e danos, devido a terceiros pelo segurado, em decorrência de ato ou fato, pelo qual seja responsabilizado, ocorrido durante o período de vigência da apólice.

II – Apólice à Base de Reclamações - a que define como objeto do seguro o pagamento, a título de perdas e danos, devido a terceiros pelo segurado, em decorrência de ato ou fato, pelo qual seja responsabilizado, ocorrido durante o período de vigência da apólice ou, quando expressa e contratualmente previsto, em data anterior compreendida no período de retroatividade de cobertura, desde que o terceiro tenha a ele apresentado sua reclamação, durante a vigência da apólice ou nas hipóteses tratadas nos incisos V e VI, deste artigo.

III - Data Retroativa de Cobertura - mediante acordo entre as partes, será, no mínimo, a data de início de vigência da primeira de uma série sucessiva e ininterrupta de apólices, à base de reclamações, a partir da qual e até o término de vigência da última apólice encontram-se cobertos os riscos expressamente definidos no contrato de seguro.

IV - Período de Retroatividade de Cobertura – corresponde ao espaço de tempo compreendido entre a data retroativa de cobertura e a do início de vigência da apólice em curso.

V – Prazo Complementar - prazo adicional para apresentação, pelo segurado, de reclamações de terceiros, a ele concedido, obrigatoriamente, pela sociedade seguradora, sem cobrança de qualquer prêmio adicional, a partir do término de vigência da apólice ou da data de seu cancelamento.

VI – Prazo Suplementar - prazo adicional para apresentação de reclamações de terceiros ao segurado, oferecido, obrigatoriamente, pela sociedade seguradora, a partir do término do prazo complementar, mediante cobrança de prêmio adicional.

VII – Segurado - pessoa jurídica com interesse segurado.

Art. 3º As condições contratuais deverão, necessariamente, conter cláusula garantindo, ao segurado, prazo complementar mínimo de três anos, contado a partir do término de vigência da apólice ou de seu cancelamento, apenas nas hipóteses previstas no artigo 8º destas Disposições Gerais, com vistas a amparar sinistros ocorridos na vigência da apólice e no período de retroatividade de cobertura.

Parágrafo único. A orientação prevista no "caput" deste artigo não se aplica às hipóteses de cancelamento da apólice por determinação legal ou por falta de pagamento do

prêmio ou, ainda, se atingido o limite agregado da apólice, conforme disposto no artigo 15 destas Disposições Gerais.

Art. 4º É obrigatória a inclusão, nas condições contratuais do seguro - quer se trate de apólice inicial, quer de renovação - de cláusula garantindo, ao segurado, o direito à obtenção de prazo suplementar, apenas nas hipóteses previstas no artigo 8º destas Disposições Gerais.

Art. 5º As sociedades seguradoras poderão admitir, em suas condições contratuais, a possibilidade de ser a apólice transformada, a critério do segurado, de base de reclamações, para base de ocorrências, apenas nas hipóteses previstas no artigo 8º destas Disposições Gerais, abrangendo, também, o período de retroatividade de cobertura, nos termos do artigo 11.

Art. 6º O direito do segurado à obtenção de prazo suplementar ou à transformação da apólice, conforme previsto nos artigos 4º e 5º, destas Disposições Gerais, não se aplica aos casos de cancelamento do seguro por determinação legal ou por falta de pagamento do prêmio ou, ainda, por ter sido atingido o limite agregado, conforme definido no artigo 15 destas Disposições Gerais.

§ 1º - Em qualquer hipótese, o segurado somente poderá exercer o direito previsto no "caput" deste artigo uma única vez e exclusivamente durante a vigência do prazo complementar de que trata o artigo 3º destas Disposições Gerais.

§ 2º - As sociedades seguradoras poderão cobrar prêmio adicional, nas hipóteses previstas no "caput" deste artigo.

§ 3º - O prêmio adicional de que trata o parágrafo anterior deverá estar expressamente estabelecido nas condições contratuais do seguro, com indicação de todas as opções possíveis, incluindo a hipótese de transformação da apólice prevista no Art. 5º destas Disposições Gerais, quando couber, devendo o segurado definir expressamente sua escolha, em formulário próprio, que passará a fazer parte integrante do contrato.

Art. 7º A concessão de prazo suplementar ou a transformação da apólice a que se refere o artigo 6º destas Disposições Gerais, não acarreta, em hipótese alguma, ampliação do período de vigência do contrato de seguro.

Art. 8º Deverá ficar expressamente indicado, nas condições contratuais do seguro, que a concessão de prazo complementar, prazo suplementar ou a possibilidade de transformação da apólice, nos termos dos artigos 3º, 4º e 5º destas Disposições Gerais, somente poderá prevalecer:

I - se o seguro for renovado em outra sociedade seguradora e esta não admitir, na cobertura contratada, o período de retroatividade da apólice anterior; ou

II - se o segurado não renovar o seguro ou se o renovar sob a forma de apólice à base de ocorrências, seja na mesma sociedade seguradora ou em outra.

Art. 9º Nas renovações sucessivas em uma mesma sociedade seguradora, é obrigatória a concessão do período de retroatividade de cobertura da apólice anterior, e do prazo complementar, bem como a previsão quanto à possibilidade de obtenção de prazo suplementar.

Parágrafo único. Nas renovações, a data retroativa de cobertura poderá ser alterada, mediante acordo entre as partes, para data anterior, passando a nova data a ser adotada, como parâmetro mínimo, nas renovações sucessivas.

Art. 10. Renovada a apólice à base de reclamações, em outra sociedade seguradora que não aquela da apólice vencida, a nova sociedade seguradora poderá, mediante cobrança de prêmio adicional e desde que não tenha havido solução de continuidade do seguro, admitir período de retroatividade de cobertura.

Art. 11. A apólice à base de reclamações deverá indicar, expressamente, em destaque, além de sua vigência, o período de retroatividade de cobertura ou a data retroativa de cobertura.

Parágrafo único. Estarão cobertos os sinistros ocorridos entre a data retroativa de cobertura e o término de vigência da apólice, desde que reclamados durante seu período de vigência ou no prazo complementar previsto no artigo 3º destas Disposições Gerais ou, ainda, durante o prazo suplementar para apresentação de reclamações, no caso de ter sido o mesmo adotado.

Art. 12. Nas disposições do contrato, deverá haver cláusula estabelecendo, entre as condições necessárias para a aceitação da proposta, a apresentação, por parte do segurado, de declaração informando desconhecer quaisquer fatos ou circunstâncias, ocorridos durante o período de retroatividade de cobertura, que possam dar origem, no futuro, a uma reclamação coberta pelo seguro.

Art. 13. Deverá ser incluída cláusula, nas condições contratuais do seguro, estabelecendo qual dos critérios, a seguir indicados, será adotado, na hipótese de aceitação, pela sociedade seguradora, de aumento do limite máximo de garantia da apólice, durante sua vigência ou mesmo na renovação:

I – o novo limite prevalecerá, integralmente, durante a vigência da apólice e a respectiva data retroativa, se houver, inclusive para as reclamações relativas a sinistros já ocorridos e que não sejam de conhecimento do segurado; ou

II – será determinado que o novo limite se aplicará, apenas, a sinistros efetivamente ocorridos a partir da data de sua implementação, prevalecendo o limite anterior para os sinistros já ocorridos, sejam eles de conhecimento ou não do segurado.

Art. 14. Critérios análogos aos dispostos no artigo 13 acima, também, deverão ser estabelecidos pela sociedade seguradora, em cláusulas próprias, na hipótese de inclusão ou exclusão de coberturas.

Art. 15. É vedada a inclusão de cláusula de reintegração do limite máximo de garantia.

§1º Em contrapartida à vedação contida no “caput” deste artigo, deverá ser incluída a cláusula de limite agregado, assim considerado o valor expressamente indicado na apólice, igual ou superior ao limite máximo de garantia, que corresponderá ao total máximo indenizável pelo contrato de seguro, considerada a soma de todas as indenizações e demais gastos e/ou despesas relacionados aos sinistros ocorridos durante a vigência da apólice ou a partir do período de retroatividade de cobertura, se for o caso.

§ 2º Ocorrerá o cancelamento automático do contrato de seguro, quando a soma das indenizações e demais gastos e/ou despesas amparadas pelo seguro atingir o limite agregado.

§ 3º Não obstante a previsão de limite agregado superior ao limite máximo de garantia, conforme indicado no parágrafo 1º deste artigo, deverá ficar expressamente registrado, na mesma cláusula da apólice, que o limite máximo de garantia por sinistro continua sendo o limite máximo de responsabilidade da sociedade seguradora, por reclamação ou série de reclamações resultantes de um mesmo evento.

Art. 16. Não é permitida a utilização de apólices à base de reclamações para seguros de responsabilidade civil contratados por período inferior a 12 (doze) meses ou, ainda, para aquelas modalidades não sujeitas ao risco de latência prolongada ou sinistros tardios.

**CIRCULAR SUSEP Nº 252, de 26 de abril de 2004 – ANEXO II****DISPOSIÇÕES ESPECIAIS APLICÁVEIS ÀS APÓLICES À BASE DE RECLAMAÇÕES, COM NOTIFICAÇÕES**

Art. 1º É facultada ao segurado, mediante concordância da sociedade seguradora, a contratação de seguro à base de reclamações, com notificações, nos termos definidos nestas Disposições Especiais, cuja aplicação dar-se-á sem prejuízo do disposto no Anexo I desta Circular.

Art. 2º Estas Disposições Especiais aplicam-se àquela apólice que, além de vincular a cobertura à apresentação, pelo terceiro prejudicado, de uma reclamação contra o segurado, nos termos do Anexo I desta Circular, também admite, para esse efeito, a notificação de um fato ou circunstância, pelo segurado, à sociedade seguradora.

Art. 3º A entrega de notificação à sociedade seguradora, dentro do período de vigência do seguro, produzirá os seguintes efeitos:

I – caracteriza o sinistro como de competência da apólice, em cujo período de vigência a notificação tenha sido feita.

II – garante que as condições da apólice, assim definida como de competência, serão aplicadas às reclamações apresentadas por terceiros, em decorrência dos fatos ou circunstâncias, anteriormente, notificados pelo segurado.

Art. 4º **Denomina-se notificação** o ato por meio do qual o segurado comunica à sociedade seguradora, **por escrito, fatos ou circunstâncias** que podem dar origem a reclamações futuras amparadas pelo seguro.

Art. 5º A notificação deve ser apresentada durante a vigência da apólice, tão logo o segurado tome conhecimento do fato ou circunstância relevante, que possa acarretar uma reclamação futura, por parte de terceiros, nela indicando, de forma mais completa possível, os dados e particularidades do evento, tais como:

- a) lugar, data, horário e descrição sumária do ocorrido;
- b) se possível, nome, domicílio, estado civil, profissão ou ocupação do terceiro prejudicado ou falecido, se for o caso, bem como nome e domicílio de eventual testemunha; e
- c) natureza dos danos ou das lesões corporais e de suas possíveis conseqüências.

Art. 6º Estas Disposições Especiais são de livre negociação entre sociedades seguradoras e segurados.