O Judiciário Diante da Lei 15.040/24

Ney Wiedemann Neto[1]

Thiago Fagundes Rosenfeld[2]

Resumo: O artigo examina os principais impactos da Lei 15.040/24 sobre o direito securitário brasileiro e destaca o papel do Poder Judiciário na concretização do novo regime jurídico do contrato de seguro. Analisa a superação do modelo normativo fragmentado anteriormente centrado no Código Civil e evidencia a necessidade de interpretação sistemática da nova lei em diálogo com a boa-fé objetiva, a transparência, o equilíbrio contratual, o Código de Defesa do Consumidor, a regulação setorial e a jurisprudência consolidada. O texto aborda a vinculação da seguradora aos fundamentos da recusa expressa e motivada de cobertura, a redefinição do termo inicial da prescrição, a exigência de autorização legal para pactuação de contratos de seguro, a delimitação dos riscos cobertos e excluídos, as cláusulas restritivas, o agravamento do risco e os problemas intertemporais decorrentes da aplicação da lei nova a contratos em curso. Conclui que a atuação jurisdicional deverá construir critérios interpretativos técnicos, equilibrados e sensíveis à proteção do segurado, à confiança legítima e à preservação da mutualidade securitária.

Palavras-chave: Contrato de Seguro; Lei 15.040/24; Direito Securitário; Poder Judiciário; jurisprudência.

Abstract: This article examines the main impacts of Law 15.040/24 on Brazilian insurance law and highlights the role of the Judiciary in implementing the new legal regime for insurance contracts. It analyzes the move beyond the previously fragmented regulatory model centered on the Civil Code and underscores the need for a systematic interpretation of the new

---

[1] Ney Wiedemann Neto é Desembargador do TJRS, integrante da 6ª Câmara Cível, Bacharel em Direito pela UFRGS e Mestre em Poder Judiciário pela FGV Direito Rio. Professor de Direito Empresarial, coautor de obras jurídicas e ex-3º Vice-Presidente do TJRS, atua em temas de Direito Empresarial, recuperação judicial, falência, propriedade intelectual, responsabilidade civil, seguros e saúde suplementar.

[2] Thiago Fagundes Rosenfeld é servidor do Poder Judiciário do Estado do Rio Grande do Sul, com atuação em gabinete de Desembargador do TJRS. Exerceu a função de Secretário da 3ª Vice-Presidência do TJRS no biênio 2020/2021. Possui pós-graduação em Direito Empresarial e formação complementar em matérias de insolvência empresarial, recuperação judicial, falência, contratos empresariais, responsabilidade civil e seguros.

law—one that engages with the principles of objective good faith, transparency, and contractual balance, as well as the Consumer Protection Code, sectoral regulations, and established case law. The text addresses the insurer's obligation to adhere to the grounds stated for an express and reasoned denial of coverage, the redefinition of the starting point for the statute of limitations, the requirement for legal authorization to enter into insurance contracts, the delineation of covered and excluded risks, restrictive clauses, the aggravation of risk, and the intertemporal issues arising from the application of the new law to existing contracts. It concludes that judicial practice must establish interpretive criteria that are technical, balanced, and sensitive to the protection of the insured, legitimate expectations, and the preservation of the insurance mutuality principle.

Keywords: Insurance Contract; Law 15.040/24; Insurance Law; Judiciary; case law.

I. Introdução

A entrada em vigor da Lei 15.040/24 representa um dos movimentos legislativos mais relevantes das últimas décadas no campo do direito securitário brasileiro. Ao estabelecer um regime jurídico próprio e sistemático para o contrato de seguro, a nova legislação promove uma profunda reorganização normativa do setor, substituindo o modelo fragmentado anteriormente existente, baseado principalmente em dispositivos do Código Civil, por um estatuto legal autônomo, estruturado e voltado a disciplinar de forma mais completa as relações securitárias. Essa mudança possui especial relevância para a atividade jurisdicional, porque desloca o centro interpretativo do microssistema securitário para uma legislação especial destinada a tratar, com maior densidade normativa, de temas que antes dependiam de construção doutrinária e jurisprudencial mais intensa.

Nesse contexto, o Poder Judiciário desempenhará papel particularmente relevante na concretização do novo regime jurídico. Com efeito, a experiência brasileira demonstra que, em matéria securitária, a literalidade da norma raramente esgota a complexidade dos conflitos concretos, notadamente em razão da multiplicidade de modalidades contratuais, da tecnicidade atuarial envolvida e da frequente incidência de princípios como boa-fé objetiva, transparência, equilíbrio contratual e proteção da confiança legítima.

A Lei 15.040/24 não apenas reorganiza institutos clássicos do contrato de seguro, como também introduz parâmetros interpretativos e procedi-

mentais novos que impactam diretamente a dinâmica dos litígios securitários e a forma como se estrutura a relação entre seguradora, segurado e beneficiário. Por isso, a atuação judicial exigirá também interpretação sistemática apta a harmonizar a nova disciplina com o Código Civil, com o Código de Defesa do Consumidor, com a regulação setorial e com a jurisprudência já consolidada pelos tribunais superiores.

Entre as inovações introduzidas pela lei, merece destaque, por exemplo, a disciplina conferida ao procedimento de regulação e liquidação de sinistros, que passa a ocupar posição central no sistema normativo. A legislação estabelece que eventual negativa de cobertura deve ser expressa e motivada, além de prever que a seguradora não poderá posteriormente inovar em juízo quanto aos fundamentos da recusa, salvo diante de fatos que somente venham a ser conhecidos após a negativa. Essa diretriz projeta reflexos relevantes na esfera processual, ao reforçar a exigência de coerência entre a fase administrativa de regulação do sinistro e a posterior atuação judicial.

Outro aspecto digno de nota refere-se à redefinição do marco inicial da prescrição nas pretensões securitárias, que passa a ser contado a partir da ciência da recusa expressa e motivada da seguradora, deslocando o foco do prazo prescricional para o momento em que se consolida a negativa de cobertura. Trata-se de alteração relevante para a prática jurisdicional, pois vincula a formação do conflito jurídico ao encerramento do procedimento de regulação. Esse novo desenho normativo poderá exigir revisão de entendimentos consolidados em matéria prescricional, inclusive no diálogo com a jurisprudência do STJ, especialmente em casos de seguro de dano, seguro de vida, responsabilidade civil e pretensões formuladas por terceiros prejudicados.

Também merece atenção o debate em torno do alcance institucional do mercado securitário, especialmente à luz do art. 2º[3] da nova lei, que reafirma que apenas entidades devidamente autorizadas podem pactuar contratos de seguro, questão que dialoga com discussões contemporâneas acerca da atuação de cooperativas, associações e estruturas mutualistas no setor.

---

[3] Art. 2º Somente podem pactuar contratos de seguro entidades que se encontrem devidamente autorizadas na forma da lei.

Além disso, surgem importantes questões de direito intertemporal, particularmente no que se refere à aplicação dos princípios da nova legislação aos sinistros ocorridos sob sua vigência e aos contratos de trato sucessivo, como ocorre com seguros renováveis periodicamente, cujas renovações anuais podem atrair a incidência do novo regime jurídico.

Esse será, possivelmente, um dos primeiros grandes campos de tensionamento interpretativo nos tribunais, pois envolverá a definição da incidência imediata da lei nova sobre efeitos futuros de relações contratuais em curso, sem desconsiderar os limites impostos pelo ato jurídico perfeito, pelo direito adquirido e pela necessidade de preservação da segurança jurídica. A distinção entre contrato originário, renovação, prorrogação e sinistro pendente de regulação poderá assumir papel decisivo, exigindo do intérprete especial cautela para identificar se a controvérsia se refere à constituição do vínculo, à disciplina da execução contratual ou à regulação de um evento ocorrido já sob a égide da nova lei. No plano prático, essa discussão poderá repercutir intensamente em seguros de longa duração, seguros coletivos, apólices com renovação automática e contratos em que a negativa de cobertura somente tenha sido formalizada após a entrada em vigor do novo diploma.

É importante reconhecer que muitas dessas matérias ainda não foram examinadas de forma consistente pelo Poder Judiciário, justamente porque a Lei 15.040/24 possui vigência relativamente recente. A construção jurisprudencial acerca de diversos de seus dispositivos ainda está em fase inicial, o que torna particularmente relevante o debate acadêmico e institucional sobre o tema. Nesse cenário, a reflexão crítica acerca da nova lei assume papel fundamental para a formação de critérios interpretativos que possam orientar a atuação jurisdicional nos próximos anos. Mais do que simplesmente aplicar novos artigos, será necessário definir como esses dispositivos dialogam com categorias já conhecidas do direito obrigacional, do direito do consumidor, da responsabilidade civil e da teoria geral dos contratos, evitando leituras fragmentárias ou excessivamente isoladas do novo diploma.

2. Vinculação da seguradora na recusa de cobertura

A Lei 15.040/24 introduziu importantes modificações no regime jurídico do contrato de seguro no direito brasileiro. Entre essas mudanças, merece especial destaque o disposto no artigo 86, § 6º, que estabelece regra expressa sobre a forma e os limites da recusa de cobertura pela seguradora:

> *Art. 86. A seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para manifestar-se sobre a cobertura, sob pena de decair do direito de recusá-la, contado da data de apresentação da reclamação ou do aviso de sinistro pelo interessado, acompanhados de todos os elementos necessários à decisão a respeito da existência de cobertura.*
>
> *... § 6º A recusa de cobertura deve ser expressa e motivada, não podendo a seguradora inovar posteriormente o fundamento, salvo quando, depois da recusa, vier a tomar conhecimento de fatos que anteriormente desconhecia.*

Esse dispositivo assume particular relevância no contexto da nova lei, pois atribui centralidade à fase de regulação do sinistro, transformando-a em momento essencial para a definição da controvérsia jurídica entre segurado e seguradora. Basta ver que os arts. 75[4] e 76[5] definem a regulação e a liquidação como serviços vocacionados à identificação das causas e dos efeitos do fato comunicado e à quantificação dos valores devidos. Essa modelagem normativa retira qualquer margem para considerar a fase regulatória como espaço imune a controle jurídico, submetendo-a, ao contrário, aos deveres de probidade, celeridade, informação e coerência previstos no próprio diploma legal.

A regulação do sinistro não constitui apenas um procedimento técnico interno da seguradora destinado à apuração das circunstâncias do evento. Trata-se de etapa fundamental para a identificação das causas do sinistro, para a verificação da existência de cobertura contratual e para a quantificação dos prejuízos eventualmente indenizáveis. É também nesse momento que se consolida a posição da seguradora quanto à obrigação de pagar

---

[4] Art. 75. A reclamação de pagamento por sinistro, feita pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo terceiro prejudicado, determinará a prestação dos serviços de regulação e liquidação, que têm por objetivo identificar as causas e os efeitos do fato comunicado pelo interessado e quantificar em dinheiro os valores devidos pela seguradora, salvo quando convencionada reposição em espécie.

[5] Art. 76. Cabem exclusivamente à seguradora a regulação e a liquidação do sinistro. Parágrafo único. A seguradora poderá contratar regulador e liquidante de sinistro para desenvolverem a prestação dos serviços em seu lugar, sempre reservando para si a decisão sobre a cobertura do fato comunicado pelo interessado e o valor devido ao segurado.

ou não a indenização securitária. Essa centralidade da fase regulatória é reforçada, ainda, pelo art. 82[6], segundo o qual o relatório de regulação e liquidação do sinistro constitui documento comum às partes.

A motivação da recusa desempenha papel essencial para o equilíbrio da relação contratual. Somente mediante a exposição clara dos fundamentos da negativa é possível ao segurado compreender as razões da decisão e exercer, de maneira efetiva, o direito de contestá-la. A ausência de motivação adequada comprometeria o exercício do contraditório, ainda que em sede administrativa, e criaria obstáculos indevidos à defesa dos interesses do segurado ou do beneficiário.

Mais do que exigir motivação, entretanto, o artigo 86, § 6º, estabelece uma consequência jurídica particularmente relevante, que é a vinculação da seguradora aos fundamentos apresentados na negativa de cobertura. A lei determina que a seguradora não poderá posteriormente inovar os fundamentos da recusa, impedindo que novos argumentos sejam apresentados em momento posterior, especialmente em eventual demanda judicial, para justificar a negativa inicialmente comunicada ao segurado. Não se trata de simples recomendação de boa prática regulatória, mas de comando normativo que impõe à seguradora o ônus de formular, de maneira completa e responsável, sua posição no momento procedimental adequado.

Essa limitação possui clara justificativa sistemática. Não faria sentido admitir que a seguradora apresentasse sucessivamente novos fundamentos de recusa, modificando sua argumentação ao longo do tempo e surpreendendo o segurado com razões que não foram previamente indicadas. Tal comportamento comprometeria a transparência da relação contratual e dificultaria a adequada defesa do segurado, que se veria diante de uma sucessão indefinida de argumentos impeditivos da indenização.

A vedação de inovação posterior dos fundamentos da negativa atua, portanto, como instrumento de estabilização da controvérsia. Ao exigir que a seguradora apresente desde logo as razões que justificam sua decisão, a lei promove maior clareza na definição do conflito e contribui para a racionalização do debate jurídico que eventualmente venha a ser submetido

[6] Art. 82. O relatório de regulação e liquidação do sinistro é documento comum às partes.

ao Poder Judiciário. Em termos práticos, a regra tende a influenciar diretamente a instrução probatória e a fundamentação das decisões judiciais, na medida em que o magistrado deverá aferir, com maior precisão, se os fundamentos deduzidos em juízo coincidem com aqueles efetivamente comunicados ao segurado na via extrajudicial. Essa circunstância poderá repercutir, inclusive, na distribuição do ônus da prova e na valoração da conduta processual da seguradora, sobretudo quando a defesa judicial se afastar do quadro fático-jurídico inicialmente invocado.

Essa regra também se harmoniza com princípios estruturantes do direito contratual contemporâneo, notadamente os deveres de boa-fé, lealdade e cooperação entre as partes. No âmbito do contrato de seguro, esses deveres impõem comportamentos transparentes e coerentes, evitando que uma das partes adote condutas contraditórias ou oportunistas que possam comprometer o equilíbrio da relação jurídica. O desafio interpretativo do Judiciário consistirá precisamente em conciliar a preservação do equilíbrio econômico do contrato com a exigência de comportamento leal, transparente e previsível por parte da seguradora.

Importante ressaltar, contudo, que a limitação imposta pelo dispositivo não deve ser interpretada como restrição incompatível com o direito de defesa da seguradora. A interpretação do artigo 86, § 6º deve ser realizada em estrita consonância com o direito à ampla defesa e ao contraditório. Nesse sentido, a vedação de inovação posterior dos fundamentos não impede que a seguradora se manifeste amplamente no processo judicial, apresente provas ou desenvolva argumentos jurídicos em defesa de sua posição.

O que a norma impede é apenas a introdução de novos fatos ou fundamentos que não tenham sido previamente indicados ao segurado no momento da negativa de cobertura. Trata-se, portanto, de uma limitação voltada à preservação da coerência argumentativa da seguradora e à proteção da confiança legítima do segurado na motivação apresentada. Essa confiança merece tutela específica porque influencia o comportamento subsequente do segurado, inclusive quanto à produção de documentos, à formulação de pedido de reconsideração, à tentativa de composição e ao ajuizamento da demanda. Uma negativa mal motivada ou mutável compromete a adequada reação do interessado e produz assimetria indevida no acesso à tutela jurisdicional.

A própria lei, ademais, estabelece importante exceção a essa regra. A seguradora poderá inovar os fundamentos da negativa quando vier

a tomar conhecimento de fatos que anteriormente desconhecia. Essa ressalva revela preocupação do legislador em evitar interpretações excessivamente rígidas do dispositivo, permitindo que elementos relevantes descobertos posteriormente sejam considerados na análise da cobertura securitária. Assim, se durante ou após a regulação surgirem fatos novos que não eram conhecidos pela seguradora no momento da decisão inicial, será possível a revisão ou complementação da motivação apresentada. Essa possibilidade preserva o direito de defesa e impede que a seguradora fique vinculada a uma decisão tomada com base em informações incompletas. Ainda assim, a incidência dessa exceção deverá ser apreciada com cautela pelo Judiciário, exigindo-se demonstração concreta de que se trata, efetivamente, de fato supervenientemente conhecido, e não de elemento que já poderia ou deveria ter sido apurado pela seguradora no curso ordinário da regulação. Do contrário, a exceção converter-se-ia em expediente para esvaziar a regra, enfraquecendo a utilidade normativa do § 6º do art. 86.

Nesse ponto, revela-se indispensável a articulação entre o art. 83 e o art. 86, § 6º, da Lei 15.040/24. O *caput* do art. 83 dispõe que "*negada a cobertura, no todo ou em parte, a seguradora deverá entregar ao interessado os documentos produzidos ou obtidos durante a regulação e a liquidação do sinistro que fundamentem sua decisão*" e o seu parágrafo único acrescenta que "*a seguradora não está obrigada a entregar documentos e demais elementos probatórios que sejam considerados confidenciais ou sigilosos por lei ou que possam causar danos a terceiros, salvo em razão de decisão judicial ou arbitral*".

Essa previsão confere materialidade à exigência de motivação prevista no art. 86, § 6º. Não basta que a recusa seja formalmente expressa, sendo necessário que ela venha acompanhada do lastro documental e técnico que permita ao segurado compreender, controlar e eventualmente impugnar as razões da negativa. Em outras palavras, o art. 83 funciona como desdobramento instrumental do dever de motivação, enquanto o art. 86, § 6º, atua como seu estabilizador, impedindo que a seguradora, depois de revelar os fundamentos e a documentação que embasaram a recusa, substitua-os posteriormente por novas justificativas.

A conjugação desses dispositivos é particularmente relevante para o contencioso judicial, pois reforça o dever de transparência substancial da seguradora e reduz a opacidade da fase regulatória. Se a seguradora deve entregar os documentos que fundamentam a negativa, forma-se um quadro objetivo de controle sobre a correção, suficiência e coerência da decisão administrativa. Isso significa que o Poder Judiciário poderá aferir, com

base em elementos concretos, se a negativa foi devidamente motivada, se a documentação apresentada é compatível com a conclusão adotada e se houve, ou não, inovação indevida de fundamentos em juízo. Sob esse prisma, o art. 83 e o art. 86, § 6º, operam em conjunto para prestigiar a boa-fé objetiva, proteger a confiança do segurado e reforçar a exigência de congruência entre a fase extrajudicial e a defesa processual.

Embora o parágrafo único do art. 83 ressalve hipóteses de sigilo legal ou risco de dano a terceiros, tal exceção não autoriza negativa genérica, obscura ou impenetrável, devendo ser compreendida restritivamente. Caberá ao Judiciário definir com precisão o alcance dessa reserva de confidencialidade, evitando que ela seja utilizada como expediente para subtrair do segurado os elementos essenciais à impugnação da recusa.

Especialmente em seguros que envolvem riscos complexos, como seguros empresariais, de responsabilidade civil ou de grandes riscos, o procedimento de regulação pode desempenhar função importante na construção de soluções consensuais ou na redução de divergências interpretativas. Nesse sentido, a exigência de motivação da negativa contribui para qualificar esse diálogo, permitindo que o segurado compreenda os parâmetros utilizados pela seguradora em sua análise.

Ao mesmo tempo, ao admitir a possibilidade de revisão da motivação quando surgirem fatos anteriormente desconhecidos, o legislador preserva a flexibilidade necessária à adequada apreciação das circunstâncias de cada caso concreto. Caberá ao Poder Judiciário, diante das situações que venham a ser submetidas à sua apreciação, interpretar e aplicar essa regra de maneira equilibrada, assegurando simultaneamente a proteção do segurado, a coerência da atuação da seguradora e a efetividade dos princípios constitucionais que regem o processo e o direito contratual.

3. Quem pode pactuar contratos de seguro

O artigo 2º da Lei 15.040/24 estabelece uma diretriz fundamental para a compreensão da estrutura jurídica da atividade securitária no Brasil ao dispor que somente podem pactuar contratos de seguro entidades que se encontrem devidamente autorizadas na forma da lei. Essa previsão, embora sintética, possui profunda densidade normativa, pois reafirma um dos pilares históricos do sistema securitário, no sentido da necessária institucionalização empresarial da atividade de seguro e sua submissão ao regime de autorização e supervisão estatal.

> *Art. 2º Somente podem pactuar contratos de seguro entidades que se encontrem devidamente autorizadas na forma da lei.*

Com efeito, a atividade securitária, pela própria natureza de sua função econômica e social, sempre esteve submetida a um regime jurídico especial. Trata-se de um setor que opera com a gestão coletiva de riscos e com a administração de recursos provenientes da mutualidade formada pelos prêmios pagos pelos segurados, circunstância que exige elevados padrões de solvência, governança, transparência e técnica atuarial. Por essa razão, o ordenamento jurídico brasileiro historicamente condicionou o exercício dessa atividade à existência de entidades estruturadas institucionalmente e submetidas ao controle regulatório do Estado.

Essa orientação já estava consagrada no artigo 24 do Decreto-Lei nº 73/1966, diploma que estrutura o Sistema Nacional de Seguros Privados:

> *Art. 24. Poderão operar em seguros privados apenas as pessoas jurídicas constituídas sob a forma de sociedade por ações ou de sociedade cooperativa previamente autorizadas pela Susep.*

A previsão contida nesse dispositivo evidencia que o exercício da atividade securitária depende não apenas da constituição de pessoa jurídica, mas também de sua adequação a determinados modelos societários que possibilitem maior controle regulatório, transparência patrimonial e governança corporativa. A exigência de autorização legal prévia não constitui mera formalidade administrativa. Trata-se de verdadeira condição jurídica para o exercício da atividade securitária, inserida no âmbito da regulação econômica do Estado. A autorização estatal funciona como instrumento de controle, permitindo ao órgão regulador verificar previamente a capacidade econômica, a estrutura organizacional, a governança corporativa e a adequação técnica da entidade que pretende atuar no mercado de seguros. De acordo com tal dispositivo, somente podem operar seguros privados as pessoas jurídicas constituídas sob a forma de sociedade por ações ou de sociedade cooperativa, desde que previamente autorizadas pela Susep. A Lei 15.040/24, ao reafirmar esse requisito no seu artigo 2º, demonstra clara opção legislativa por manter a centralidade da organização empresarial como pressuposto da atividade securitária.

A razão dessa exigência decorre da própria complexidade técnica da operação de seguros. A atividade securitária envolve múltiplas dimensões

especializadas, como cálculo atuarial, gestão de reservas técnicas, avaliação e subscrição de riscos, administração do fundo mutual, liquidação de sinistros, além da aplicação financeira dos recursos arrecadados. Cada uma dessas etapas exige conhecimento técnico específico e estruturas organizacionais adequadas para garantir a solvência do sistema e a proteção dos interesses dos segurados.

A nova legislação também reconhece a possibilidade de atuação de sociedades cooperativas de seguros, ampliando o espectro institucional do mercado securitário. Todavia, essa ampliação não elimina o requisito essencial da organização empresarial. Mesmo as cooperativas devem observar rigorosos padrões regulatórios e permanecem submetidas ao regime de autorização estatal. Além disso, a própria legislação estabelece limitações específicas, como a vedação à atuação das cooperativas nas operações de seguro estruturadas nos regimes financeiros de capitalização e de repartição de capitais de cobertura, atividades reservadas às sociedades por ações.

Nesse sentido, o artigo 2º da nova lei não apenas reafirma um princípio tradicional do direito securitário, mas também evidencia a centralidade da organização empresarial como pressuposto da própria garantia securitária. O contrato de seguro somente pode existir plenamente quando celebrado com uma entidade capaz de administrar profissionalmente o fundo mutual e de cumprir, com segurança econômica e técnica, a obrigação de indenizar o segurado. Sob a perspectiva do Poder Judiciário, essa diretriz normativa assume especial relevância interpretativa, pois delimita o próprio campo de validade dos contratos de seguro e estabelece parâmetros para o controle judicial da atividade securitária.

Nesse cenário, um dos desafios interpretativos que se colocam para o Poder Judiciário será equilibrar a proteção do segurado, tradicionalmente reconhecida pela jurisprudência, com a preservação da estabilidade técnica e econômica do sistema securitário, de modo a evitar interpretações que possam comprometer o equilíbrio atuarial e a solvência das seguradoras.

4. Prescrição e termo inicial

Entre os diversos temas que passam a exigir reflexão por parte da doutrina e, sobretudo, do Poder Judiciário, destaca-se a disciplina da prescrição das pretensões decorrentes do contrato de seguro, especialmente a inovação introduzida pelo artigo 126, inciso II, que redefine o termo inicial de contagem do prazo prescricional para as pretensões do segurado em face da seguradora:

> *Art. 126. Prescrevem: ... II - em 1 (um) ano, contado da ciência da recepção da recusa expressa e motivada da seguradora, a pretensão do segurado para exigir indenização, capital, reserva matemática, prestações vencidas de rendas temporárias ou vitalícias e restituição de prêmio em seu favor;*

Cuida-se, aqui, de matéria particularmente sensível ao contencioso securitário, porque a definição do *dies a quo* da prescrição não constitui tema meramente técnico-processual, mas verdadeiro ponto de equilíbrio entre a proteção do crédito do segurado e a necessidade de previsibilidade inerente ao funcionamento econômico do mercado de seguros. Em outras palavras, a disciplina do prazo prescricional projeta efeitos diretos não apenas sobre o acesso à tutela jurisdicional, mas também sobre a estabilidade atuarial e a racionalidade do sistema mutualista que sustenta a atividade securitária.

A alteração é significativa porque abandona, em grande medida, a centralidade do evento danoso como fator apto, por si só, a irradiar consequências prescricionais, e passa a vincular o início do prazo ao momento em que se perfectibiliza a resistência qualificada da seguradora. Tal opção legislativa tende a influenciar profundamente a prática jurídica e processual da matéria, sobretudo nas demandas em que historicamente se discutia se o prazo começaria com o sinistro, com a ciência da incapacidade, com a consolidação do dano ou com a negativa administrativa.

Sob o regime anterior, especialmente à luz do art. 206, § 1º, II, do Código Civil, consolidou-se intensa controvérsia acerca do termo inicial da prescrição nas ações envolvendo contratos de seguro. Em muitas situações, a contagem do prazo anual era vinculada ao momento em que o segurado tomava conhecimento da ocorrência do sinistro ou da extensão do dano, o que gerava frequentes divergências interpretativas. A jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça oscilou ao longo dos anos, buscando equilibrar a proteção do segurado com a necessidade de estabilidade das relações securitárias. Nesse contexto, editou-se a Súmula 229 do STJ, segundo a qual o pedido de pagamento da indenização à seguradora suspende o prazo prescricional até que o segurado tenha ciência da decisão da companhia seguradora.

Além de redefinir o termo inicial da prescrição, o dispositivo legal introduz outro elemento de grande relevância, que é a exigência de

que a recusa da seguradora seja expressa e motivada. A negativa de cobertura não pode ser genérica, implícita ou meramente informal. Ao contrário, deve ser comunicada de forma clara e fundamentada ao segurado, indicando as razões pelas quais a seguradora entende que não está obrigada a pagar a indenização. Esse dever decorre diretamente do princípio da boa-fé objetiva, que rege os contratos de seguro e impõe às partes deveres de cooperação, transparência e lealdade.

A exigência de que a recusa seja expressa e motivada também influencia diretamente o início da contagem do prazo prescricional. Se a seguradora simplesmente comunica ao segurado que não realizará o pagamento, sem indicar os fundamentos da decisão, não estará preenchido o requisito legal para o início do prazo prescricional. Nesse caso, embora o segurado já possa buscar a tutela jurisdicional para discutir o direito à indenização, a contagem do prazo prescricional somente terá início quando a negativa vier acompanhada da devida fundamentação. É justamente nesse ponto que poderão surgir relevantes debates judiciais. Caberá aos tribunais definir, por exemplo, qual o grau mínimo de densidade argumentativa exigido para que a motivação seja juridicamente idônea: basta a mera indicação de cláusula contratual ou será necessária a explicitação da correlação entre os fatos do sinistro e a hipótese excludente invocada? Uma motivação incompleta, contraditória ou manifestamente genérica será apta a inaugurar o prazo prescricional? Tais questões tendem a assumir particular relevo na jurisprudência do TJRS.

Outro aspecto relevante introduzido pelo art. 126, II, diz respeito à expressão "ciência da recepção" da recusa. A escolha dessa formulação revela a intenção do legislador de enfatizar o caráter de recepção da comunicação da seguradora. A negativa de cobertura somente produz efeitos jurídicos quando chega ao conhecimento do segurado. Assim, a prescrição não começa a correr quando a seguradora toma internamente a decisão de negar o pagamento, mas apenas quando essa decisão é efetivamente comunicada e recebida pelo segurado.

A técnica legislativa, aqui, reforça a exigência de cognoscibilidade efetiva do ato denegatório, afastando a relevância de deliberações internas, lançamentos sistêmicos ou conclusões administrativas não exteriorizadas de forma devida. Em consequência, ganham centralidade temas como a forma de comunicação utilizada, a identificação do destinatário, a comprovação do recebimento e a suficiência do conteúdo transmitido. É plausível, portanto, que se consolidem discussões sobre a validade de comunicações eletrônicas, registros em aplicativos,

e-mails, mensagens automatizadas e notificações encaminhadas a intermediários, especialmente quando não houver prova segura de que o segurado recebeu integralmente a motivação da recusa.

Nesse contexto, o papel do Poder Judiciário torna-se particularmente relevante. A aplicação do novo regime prescricional exigirá uma interpretação sistemática da Lei do Contrato de Seguro, especialmente no que se refere à definição do momento em que se configura a recusa expressa e motivada da seguradora, bem como às consequências jurídicas de eventuais falhas na comunicação dessa decisão. Além disso, será necessário compatibilizar a nova legislação com a jurisprudência anteriormente consolidada sobre o tema, especialmente no âmbito do Superior Tribunal de Justiça.

Como se trata de legislação recente, muitas dessas questões ainda não foram objeto de apreciação judicial, o que torna ainda mais relevante o debate acadêmico e institucional acerca de seus efeitos. Caberá ao Judiciário, em diálogo com a doutrina e com os operadores do mercado securitário, construir uma interpretação que preserve os objetivos da nova lei de fortalecer a segurança jurídica das relações securitárias, garantir maior transparência na atuação das seguradoras e assegurar efetiva proteção aos direitos dos segurados.

Esse esforço interpretativo tende a ser particularmente importante na fase inicial de vigência da lei, quando ainda inexistirem precedentes consolidados sobre seus principais pontos de tensão. Nesse cenário, a doutrina terá papel decisivo na formação de critérios interpretativos aptos a orientar a jurisprudência, sobretudo quanto ao conteúdo da recusa motivada, ao alcance do pedido de reconsideração e à articulação entre o novo regime prescricional e os princípios estruturantes do direito securitário. Também se revela provável que, nos primeiros anos de aplicação da lei, os tribunais sejam chamados a enfrentar casos envolvendo contratos celebrados sob o regime anterior, mas com sinistros, negativas ou demandas ajuizadas em momento posterior, o que poderá suscitar delicados debates de direito intertemporal.

Não se pode ignorar, contudo, que a nova disciplina do termo inicial da prescrição também suscita algumas preocupações relevantes do ponto de vista da estabilidade do sistema securitário. Ao estabelecer que o prazo prescricional somente começa a fluir a partir da ciência da recusa expressa e motivada da seguradora, a lei afasta a contagem vinculada à ocorrência do sinistro, o que, em determinadas situações, pode resultar em significa-

tivo alongamento temporal da possibilidade de exercício da pretensão indenizatória. Em outras palavras, enquanto não houver manifestação formal da seguradora acerca da cobertura, a pretensão do segurado não se considera juridicamente violada para fins de início da prescrição. Isso pode gerar um intervalo temporal expressivo entre a ocorrência do evento danoso e o início da contagem do prazo prescricional, sobretudo em hipóteses em que a comunicação do sinistro seja tardia ou quando a regulação administrativa se prolongue por período considerável. Daí por que a interpretação do art. 126, II, não poderá desconsiderar os reflexos sistêmicos da disciplina prescricional sobre a ordem econômica securitária, sob pena de se comprometer, indiretamente, a própria função social do seguro como instrumento de repartição racional de riscos.

Se, de um lado, não se admite que a seguradora se valha de negativas obscuras ou de silêncio prolongado para antecipar indevidamente a fluência da prescrição, de outro também não parece compatível com a lógica do sistema admitir que o segurado possa, por inércia deliberada, deslocar indefinidamente o marco temporal do conflito. A resposta judicial deverá, portanto, ser orientada por critérios de boa-fé objetiva, vedação ao abuso de direito e preservação do equilíbrio contratual.

Esse possível prolongamento temporal da responsabilidade securitária, todavia, não pode ser analisado isoladamente. A própria Lei 15.040/2024 estabelece mecanismos destinados a preservar o equilíbrio da relação contratual e evitar que a indefinição temporal decorra de comportamento do segurado.

Nesse sentido, ganha especial relevância o art. 66, que impõe ao segurado o dever de comunicação imediata do sinistro. Nos termos do inciso II do referido dispositivo, ao tomar ciência do sinistro ou da iminência de sua ocorrência, o segurado deve avisar prontamente a seguradora, por qualquer meio idôneo, e seguir suas instruções para a contenção ou salvamento do dano. Trata-se de obrigação que decorre diretamente do princípio da boa-fé objetiva e do dever de cooperação que rege os contratos securitários, impondo ao segurado comportamento diligente para permitir que a seguradora tenha ciência tempestiva do evento e possa adotar as providências necessárias à adequada regulação do sinistro.

O comando legal evidencia que o legislador, ao redefinir o termo inicial da prescrição, não pretendeu franquear um espaço de indeterminação absoluta em favor do segurado. Ao contrário, a comunicação pronta do sinistro constitui pressuposto funcional para que a seguradora pos-

sa instaurar tempestivamente a regulação, apurar causas, dimensionar danos, requisitar documentos e, ao final, decidir fundamentadamente sobre a cobertura. Em termos práticos, o art. 66 funciona como contrapeso normativo ao art. 126, II, evitando que a postergação do termo inicial se converta em fator de desorganização do sistema.

Assim, embora o art. 126, II, estabeleça que o prazo prescricional tenha início com a ciência da recusa expressa e motivada da seguradora, tal regra deve ser interpretada em harmonia com o dever legal de comunicação imediata do sinistro. O sistema jurídico não autoriza que o segurado permaneça inerte por longos períodos após a ocorrência do evento danoso, retardando deliberadamente a comunicação à seguradora para postergar o início da contagem da prescrição. A demora injustificada no aviso do sinistro pode gerar consequências jurídicas relevantes, inclusive a perda do direito à indenização ou a responsabilização do segurado pelos prejuízos adicionais causados à seguradora. Desse modo, a leitura conjunta dos arts. 126 e 66 revela que a nova lei procura equilibrar dois valores fundamentais do direito securitário: de um lado, a proteção do segurado, garantindo que a prescrição somente se inicie quando houver efetiva violação de seu direito; de outro lado, a preservação da estabilidade do sistema de seguros, impondo ao segurado o dever de agir prontamente para permitir a adequada apuração e liquidação do sinistro.

5. Delimitação dos riscos e cláusulas restritivas

Entre os dispositivos trazidos pela Lei de Seguros, o art. 9º assume posição particularmente estratégica. Ele trata, em essência, da delimitação da cobertura securitária, da necessidade de clareza na descrição dos riscos e interesses excluídos, da prevalência do texto mais favorável ao segurado quando houver divergência entre o contrato e a documentação técnico-regulatória, da autonomia relativa de garantias múltiplas reunidas em um mesmo instrumento, da disciplina específica do seguro de transporte e da vedação à extinção unilateral do contrato pela seguradora fora das hipóteses legais:

> *Art. 9º O contrato cobre os riscos relativos à espécie de seguro contratada.*
>
> *§ 1º Os riscos e os interesses excluídos devem ser descritos de forma clara e inequívoca.*

§ 2º Se houver divergência entre a garantia delimitada no contrato e a prevista no modelo de contrato ou nas notas técnicas e atuariais apresentados ao órgão fiscalizador competente, prevalecerá o texto mais favorável ao segurado.

§ 3º Quando a seguradora se obrigar a garantir diferentes interesses e riscos, deverá o contrato preencher os requisitos exigidos para a garantia de cada um dos interesses e riscos abrangidos, de modo que a nulidade ou a ineficácia de uma garantia não prejudique as demais.

§ 4º Nos seguros de transporte de bens e de responsabilidade civil pelos danos relacionados a essa atividade, a garantia começa quando as mercadorias são de fato recebidas pelo transportador e cessa com a efetiva entrega ao destinatário.

§ 5º O contrato não poderá conter cláusula que permita sua extinção unilateral pela seguradora ou que, por qualquer modo, subtraia sua eficácia além das situações previstas em lei.

A leitura sistemática do dispositivo evidencia, desde logo, que o legislador procurou enfrentar controvérsias históricas do contencioso securitário. Durante muito tempo, discutiu-se no direito brasileiro se a expressão "risco predeterminado", constante do art. 757 do Código Civil, autorizaria interpretação restritiva da cobertura. O risco não se confunde com o evento danoso consumado, mas constitui a possibilidade de ocorrência do evento adverso que ameaça o interesse legítimo protegido pelo seguro. O sinistro, por sua vez, é a concretização desse risco, o fato gerador da prestação securitária.

É justamente nessa chave que o art. 9º deve ser compreendido. Ele sugere que a predeterminação do risco deve ser identificada a partir da espécie securitária contratada, admitindo-se, dentro desse universo, cobertura ampla, sujeita às delimitações válidas e claramente enunciadas. A referência ao evento futuro diz respeito ao sinistro, não ao risco em si, sendo devido destacar que nem todos os riscos que ameaçam o interesse do segurado ingressam automaticamente na cobertura, mas apenas aqueles contratualmente abran-

gidos, previamente individualizados e delimitados. A cobertura não pode ser artificialmente comprimida pelo intérprete, mas tampouco pode ser expandida de modo a dissolver a própria técnica securitária. A tarefa judicial consistirá, precisamente, em identificar, à luz da espécie contratada, quais riscos se inserem normalmente em seu âmbito protetivo e quais foram licitamente excluídos por cláusulas claras, inteligíveis e compatíveis com a boa-fé.

A razão do art. 9º reside, assim, em dois grandes movimentos simultâneos. O primeiro é protetivo, de impedir que o segurado seja surpreendido por cláusulas obscuras, ambíguas, contraditórias ou desalinhadas. O segundo é estruturante, no intuito de preservar a racionalidade atuarial do contrato, exigindo que riscos, interesses, exclusões e modalidades de garantia sejam tecnicamente descritos e funcionalmente coerentes com a mutualidade. O dispositivo não foi concebido apenas para ampliar a proteção do aderente, embora também o faça, mas para qualificar a redação contratual, reforçar a governança da informação e disciplinar o próprio modo de construção do produto securitário. Nesse sentido, a norma privilegia valores como transparência, confiança legítima, boa-fé objetiva, previsibilidade, coerência documental e sustentabilidade econômico-atuarial.

O primeiro grande desafio para o Poder Judiciário será, justamente, evitar leituras unilateralmente maximalistas ou unilateralmente restritivas do art. 9º. Há, de um lado, o risco de se converter o *caput* em fundamento para uma espécie de cobertura automática e ilimitada de todos os danos remotamente relacionados ao objeto do seguro, o que seria incompatível com a predeterminação do risco, com a técnica atuarial e com a própria noção de mutualidade. Há, de outro lado, o risco inverso, de se interpretar o dispositivo como mera reafirmação da liberdade da seguradora para compartimentar exaustivamente a cobertura por redação unilateral. Nenhum desses extremos parece compatível com a estrutura da nova lei. O *caput* deve ser lido em conjunto com o § 1º, que deixa expresso que "*os riscos e os interesses excluídos devem ser descritos de forma clara e inequívoca*". Já não basta à seguradora alegar genericamente a inexistência de cobertura, sendo necessário demonstrar que o evento não se insere, por sua natureza, na espécie securitária contratada, ou que há exclusão expressa, com redação transparente e sistematicamente coerente. Essa exigência repercutirá intensamente no contencioso relativo à negativa de cobertura. O Judiciário será chamado com maior frequência a examinar não apenas a literalidade da apólice, mas a arquitetura documental do produto.

O § 2º do art. 9º amplia esse espectro ao estabelecer a prevalência do texto mais favorável ao segurado quando houver divergência entre o contrato e o modelo ou as notas técnicas e atuariais apresentados ao órgão fiscalizador. Esse ponto suscitará desafios delicados. Em primeiro lugar, será preciso definir, caso a caso, o alcance da expressão "modelo de contrato" e o papel das notas técnicas e atuariais. Em segundo lugar, surgirá a necessidade de delimitar as hipóteses em que a divergência decorrerá de erro de redação imputável à seguradora e aquelas em que resultará de informações específicas prestadas pelo proponente.

A nova lei, nesse aspecto, não autoriza leitura unilateral da boa-fé como princípio protetivo de um só polo da relação. Ao contrário, o art. 9º deve ser conectado aos deveres informacionais e cooperativos presentes em outros dispositivos. A interpretação judicial madura do novo regime exigirá abandonar tanto a presunção de abuso securitário quanto a presunção automática de oportunismo do segurado, substituindo-as por um método reconstrutivo dos deveres concretos de cooperação.

Outro ponto particularmente sensível é o § 5º do art. 9º, que proíbe cláusula permitindo a extinção unilateral do contrato pela seguradora ou que lhe subtraia eficácia fora das hipóteses legais. A formulação tem forte carga protetiva e dialoga diretamente com o sistema do Código de Defesa do Consumidor, sobretudo em seguros massificados, de adesão e vocacionados à proteção de consumidores vulneráveis. Sob esse prisma, a vedação busca impedir cancelamentos arbitrários, esvaziamentos funcionais do contrato e mecanismos negociais que deixem o segurado desprotegido justamente quando a cobertura se torna socialmente mais relevante. Entretanto, a aplicação judicial do dispositivo não poderá ignorar a existência de contratos empresariais paritários ou relativamente simétricos, nem a necessidade de preservação do equilíbrio econômico-financeiro da mutualidade.

O § 3º do art. 9º projeta outro desafio importante. A prática securitária contemporânea, sobretudo em seguros empresariais e em operações complexas, frequentemente reúne múltiplos interesses e múltiplos riscos em um mesmo instrumento. A lei adota solução tecnicamente adequada ao estabelecer que a nulidade ou ineficácia de uma garantia não prejudica as demais, desde que cada cobertura observe seus próprios requisitos. Essa orientação tenderá a reduzir decisões judiciais excessivamente globalizantes, que anulavam ou comprometiam o contrato como um todo em razão de vícios lo-

calizados. Porém, sua aplicação concreta exigirá dos tribunais compreensão mais refinada da conectividade entre coberturas, condições gerais, cláusulas especiais e particulares.

O § 4º, relativo aos seguros de transporte de bens e de responsabilidade civil correlata, também não é trivial. Ao afirmar que a garantia se inicia quando as mercadorias são de fato recebidas pelo transportador e cessa com a efetiva entrega ao destinatário, o dispositivo desloca a litigiosidade para o campo probatório. A expressão "de fato" exige lastro concreto e o Judiciário deverá valorar documentos físicos e digitais, registros logísticos, comprovantes de coleta, rastreamento, assinaturas eletrônicas, protocolos de entrega e outros meios de prova aptos a delimitar temporalmente o período de cobertura. Não se trata de questão meramente documental, visto que a definição do exato período de garantia repercute diretamente sobre sinistros.

Há um acervo jurisprudencial consolidado em matéria de interpretação de cláusulas securitárias, necessidade de destaque de restrições, boa-fé objetiva, dever de informação, função social do contrato e proteção do aderente. Em larga medida, o § 1º positivou esse ambiente normativo, reforçando a exigência de clareza e inteligibilidade das exclusões. Também o § 2º guarda afinidade com a tradição jurisprudencial que privilegia a tutela da confiança e a interpretação contra o predisponente em contratos de adesão.

Ao longo de toda essa análise, os princípios estruturantes do direito securitário devem permanecer no centro da interpretação. A boa-fé objetiva, como já assinalado, impõe deveres recíprocos de informação, lealdade e cooperação. A mutualidade lembra que o contrato de seguro, embora bilateralmente celebrado, está economicamente alicerçado na contribuição de muitos para a proteção de poucos sinistros efetivados. O princípio indenitário impede a transformação do seguro em fonte de lucro indevido, mas igualmente não autoriza que a seguradora o converta em instrumento de frustração sistemática da legítima expectativa de cobertura. Por fim, o equilíbrio atuarial do sistema reclama que a interpretação judicial seja sensível às bases econômicas do produto, sem abdicar do controle de abusividade e da tutela da confiança.

Esses princípios serão especialmente decisivos nas controvérsias sobre regulação e liquidação de sinistros. Nesse ambiente, o art. 9º tende a funcionar como norma de enquadramento. Primeiro, identifica-se a espécie de seguro e o interesse coberto, depois se o evento se insere no âmbito

ordinário dos riscos da espécie e, em seguida, examinam-se eventuais exclusões claras e válidas. Por fim, cotejam-se boa-fé, documentação técnica e comportamento das partes na formação e execução do contrato.

6. A Lei 15.040/24 e as suas questões intertemporais

A Lei 15.040/24, ao instituir uma disciplina sistemática para o contrato de seguro no Brasil, representa um marco de reorganização normativa do direito securitário e, ao mesmo tempo, inaugura um conjunto especialmente delicado de problemas intertemporais. Não se trata apenas de saber o que a nova lei passou a regular, mas sobretudo de definir como e em que medida esse novo regime jurídico incidirá sobre contratos celebrados sob a égide da legislação anterior e ainda em curso no momento do início de sua vigência.

É exatamente nesse ponto que se revelam, com máxima intensidade, os desafios do Poder Judiciário diante da Lei de Seguros e a importância de seu papel interpretativo na consolidação do novo modelo normativo. A questão intertemporal, longe de constituir tema periférico, projeta-se como um dos núcleos centrais da aplicação concreta da Lei 15.040/2024, porque dela dependerá, em larga medida, o equilíbrio entre segurança jurídica, proteção da confiança, adaptação do sistema às novas exigências regulatórias e preservação da funcionalidade econômica do contrato de seguro.

Todavia, a promulgação de uma lei nova, especialmente em matéria contratual, faz emergir imediatamente o problema de sua incidência no tempo. No caso da Lei 15.040/2024, a escolha legislativa de estabelecer vacatio legis de um ano já revela a percepção de que o novo regime exigiria adaptação do mercado, dos segurados, dos órgãos reguladores e do próprio Judiciário. Encerrado esse prazo, a lei passará a produzir efeitos imediatos e gerais, nos termos do art. 6º[7] da Lei de Introdução às Normas do Direito Brasileiro.

---

[7] Art. 6º A Lei em vigor terá efeito imediato e geral, respeitados o ato jurídico perfeito, o direito adquirido e a coisa julgada. § 1º Reputa-se ato jurídico perfeito o já consumado segundo a lei vigente ao tempo em que se efetuou. § 2º Consideram-se adquiridos assim os direitos que o seu titular, ou alguém por ele, possa exercer, como aqueles cujo começo do exercício tenha termo pré-fixo, ou condição pré-estabelecida inalterável, a arbítrio de outrem. § 3º Chama-se coisa julgada ou caso julgado a decisão judicial de que já não caiba recurso.

A partir daí, tornar-se-á inevitável a formulação da pergunta central: a nova disciplina securitária incidirá apenas sobre os contratos celebrados após sua entrada em vigor, ou também alcançará os contratos anteriormente pactuados, mas ainda em execução?

A resposta não pode ser simplista, porque o direito brasileiro não autoriza nem uma retroatividade ampla e descontrolada da lei nova, nem a intangibilidade absoluta de todos os efeitos pendentes dos contratos celebrados sob o regime anterior.

O ponto de partida da análise está no regime intertemporal brasileiro, fundado, de um lado, no art. 5º, XXXVI[8], da Constituição Federal, segundo o qual a lei não prejudicará o direito adquirido, o ato jurídico perfeito e a coisa julgada, e, de outro, no art. 6º da LINDB, que afirma a eficácia imediata e geral da lei nova, respeitadas essas situações juridicamente protegidas. Disso decorre uma conclusão elementar, mas indispensável: a regra, no direito brasileiro, é a irretroatividade das leis, e a retroação somente se admite em caráter excepcional, quando houver comando legal expresso.

No caso da Lei 15.040/2024, inexiste previsão de retroatividade. Portanto, contratos de seguro já concluídos ou extintos antes do início de sua vigência não podem ser atingidos pelo novo diploma. Mesmo que houvesse comando legal expresso em sentido contrário, ainda assim se imporia o limite constitucional de proteção ao ato jurídico perfeito. Sob esse aspecto, não parece haver controvérsia, pois a Lei 15.040/2024 não retroage para alcançar relações jurídicas integralmente consumadas no passado.

A verdadeira dificuldade começa quando se examinam os contratos celebrados antes da vigência da nova lei, mas que continuam produzindo efeitos após o seu advento. É nesse campo que se multiplicam as controvérsias e onde o Poder Judiciário será convocado a exercer, com maior intensidade, sua função.

Uma primeira corrente, ancorada na máxima *tempus regit actum*, tenderia a sustentar que o contrato deve permanecer integralmente submetido à lei vigente no momento de sua celebração, em nome da

[8] XXXVI - a lei não prejudicará o direito adquirido, o ato jurídico perfeito e a coisa julgada;

segurança jurídica e da proteção ao ato jurídico perfeito. Outra corrente, em sentido oposto, procuraria aplicar de imediato a nova disciplina a todos os contratos em curso, sobretudo quando se entendesse que a nova lei veicula normas de interesse público, proteção do segurado ou reorganização estrutural do mercado. Nenhuma dessas posições extremas, contudo, parece satisfatória. A primeira torna absoluta a ultratividade da lei velha e compromete a capacidade de adaptação do sistema jurídico a novas realidades sociais e econômicas. A segunda, ao dissolver demasiadamente a proteção constitucional do ato jurídico perfeito, debilita a previsibilidade dos vínculos contratuais e põe em risco a confiança legítima dos agentes econômicos.

A solução mais adequada exige uma análise mais fina, fundada em parâmetros objetivos e compatíveis com a teoria geral do Direito Intertemporal. A primeira premissa importante consiste em distinguir efeitos retroativos e efeitos imediatos da lei nova. A retroatividade ocorre quando a norma nova invade juridicamente o passado, atribuindo nova valoração a fatos já consumados ou alterando a disciplina jurídica de realidade integralmente pretérita. Já os efeitos imediatos dizem respeito à incidência da lei nova sobre fatos, situações ou efeitos que se produzem no presente, a partir do início de sua vigência, ainda que ligados a relações jurídicas constituídas anteriormente. Essa distinção é fundamental porque nem toda incidência da lei nova sobre contrato pretérito constitui retroatividade propriamente dita. Muitas vezes, trata-se apenas de projeção imediata de novo regime sobre efeitos ainda pendentes de uma relação em curso. O problema, portanto, não está em saber se a Lei 15.040/2024 pode atingir, em abstrato, contratos pretéritos ainda em execução, mas sim em definir quais aspectos desses contratos permanecem protegidos pela ultratividade da lei antiga e quais podem ser legitimamente regrados pela lei nova.

A resposta não pode ser dada por afirmações absolutas, mas por meio de uma análise individualizada, caso a caso, orientada por critérios jurídicos previamente identificáveis. O primeiro desses critérios reside na distinção entre cláusulas contratuais livremente estipuladas pelas partes e cláusulas que representam mera reprodução ou aceitação de normas legais cogentes. As primeiras pertencem ao núcleo da autonomia privada exercida sob a legislação anterior. Constituem, por isso, parte sensível do ato jurídico perfeito e não podem ser atingidas pela lei nova sem ofensa à segurança jurídica e à proteção constitucional da vontade contratual legitimamente exercida.

Já as cláusulas que apenas reproduzem comandos cogentes da lei então vigente não integram o mesmo núcleo de intangibilidade. Se a lei antiga impunha determinado conteúdo contratual de forma vinculante, e a nova lei modifica esse comando, é razoável sustentar que os efeitos imediatos da lei nova incidem sobre esse segmento normativo do contrato, justamente porque ele não decorre da liberdade negocial propriamente dita, mas da imposição legal superveniente-mente alterada.

Esse primeiro parâmetro, contudo, ainda não basta. É necessário acrescentar um segundo critério, no sentido da distinção entre elementos essenciais e aspectos acidentais ou secundários do contrato. Mesmo entre as cláusulas que reproduzem normas cogentes, nem todas podem ser atingidas da mesma forma pela lei nova. Se a modificação legislativa comprometer a própria essência do ato jurídico, isto é, suas condições de existência, validade, tipologia ou o regime jurídico estrutural que lhe confere identidade, a incidência imediata da lei nova deverá ser afastada. Isso porque não se pode, sob o pretexto de aplicação intertemporal, transformar um contrato válido em inválido, alterar retroativamente a natureza jurídica ou desfigurar o regime contratual que serviu de base à manifestação de vontade das partes.

Diversamente, se a alteração legal recair sobre aspectos procedimentais, acessórios, complementares ou funcionalmente secundários da relação contratual, sem desnaturar o negócio celebrado, sua aplicação imediata tende a mostrar-se mais compatível com a ordem jurídica. Em outras palavras, a incidência da Lei 15.040/2024 sobre contratos anteriores em curso exige a conjugação desses dois filtros: a nova lei pode, em tese, alcançar cláusulas derivadas de normas cogentes, desde que o faça apenas no plano dos aspectos secundários do vínculo, sem atingir seu núcleo essencial.

Esse modelo interpretativo parece particularmente apropriado para o direito securitário, porque o contrato de seguro combina, de maneira muito intensa, autonomia privada, técnica regulatória, cláusulas predispostas, controle estatal e racionalidade atuarial. Em vários segmentos do mercado, especialmente nos seguros massificados, a margem real de negociação do segurado é reduzida, e grande parte do conteúdo contratual decorre de condições gerais redigidas unilateralmente, em conformidade com padrões regulatórios, notas técnicas e exigências de conformidade.

Em outros segmentos, sobretudo nos seguros empresariais complexos, a autonomia negocial pode ser muito mais ampla, com personalização de coberturas, delimitação específica de riscos, franquias, exclusões e obrigações acessórias. Essa heterogeneidade mostra por que a aplicação intertemporal da Lei 15.040/2024 não pode ser resolvida por fórmulas únicas. Caberá ao juiz identificar, em cada litígio, o grau de autonomia privada exercido, a natureza da cláusula controvertida, sua relação com normas cogentes do regime anterior e o impacto da modificação legislativa sobre a estrutura essencial do contrato.

As questões práticas que chegarão aos tribunais serão numerosas. Por exemplo, a discussão poderá se dar a respeito das novas regras sobre deveres de informação, comunicação do sinistro, cooperação entre segurado e seguradora, critérios de interpretação contratual, regulação e liquidação do sinistro, prazos operacionais, extensão de coberturas, validade de exclusões ou disciplina da prescrição, se podem ser aplicadas a contratos anteriores ainda em curso.

Em alguns casos, a resposta tenderá a ser afirmativa, especialmente quando se tratar de regras procedimentais, deveres anexos de conduta ou comandos cogentes que incidam sobre efeitos futuros da relação. Em outros, a resposta tenderá a ser negativa, sobretudo quando a incidência da lei nova puder alterar a essência econômica do produto contratado, a delimitação originária do risco, a tipologia da cobertura ou a própria lógica atuarial que presidiu a formação do prêmio e da mutualidade. Será necessário, portanto, que o julgador compreenda não apenas a teoria geral do direito intertemporal, mas também a estrutura técnica do seguro, a função econômica do contrato e a lógica mutualista que o sustenta.

Esse ponto é central. O direito securitário não pode ser interpretado apenas como ramo de proteção individual do segurado, embora essa dimensão seja importantíssima. O seguro é também técnica de organização coletiva de riscos, baseada na mutualidade e no equilíbrio atuarial. A boa-fé objetiva, o princípio indenitário, a função social do contrato e a proteção da confiança convivem, no campo securitário, com a necessidade de solvência, previsibilidade estatística e coerência técnica entre riscos assumidos e prêmios cobrados. A aplicação intertemporal da Lei 15.040/2024 não poderá ignorar esse dado estrutural. Alterações normativas abruptas aplicadas indiscriminadamente a contratos pretéritos podem comprometer expectativas legítimas não apenas dos segurados, mas também das seguradoras e da coletividade

de participantes. Por isso, a busca por equilíbrio deve orientar a futura jurisprudência: proteger o segurado sem dissolver a lógica econômica do sistema; adaptar o direito às novas exigências normativas sem destruir a previsibilidade das relações jurídicas constituídas.

A Lei 15.040/24 inaugura uma nova etapa do direito securitário brasileiro, mas sua efetividade dependerá, em grande medida, da forma como o Poder Judiciário enfrentará seus problemas intertemporais. A ausência de retroatividade expressa exclui, de plano, sua incidência sobre contratos já concluídos antes do início de sua vigência. Quanto aos contratos anteriormente celebrados e ainda em curso, porém, a resposta não poderá ser dada por fórmulas rígidas e gerais. A boa solução jurídica exigirá exame individualizado, orientado por critérios objetivos, com distinção entre cláusulas livremente pactuadas e cláusulas que reproduzem normas cogentes, diferenciação entre elementos essenciais do negócio e aspectos acidentais ou secundários, preservação do núcleo do ato jurídico perfeito e admissibilidade de incidência imediata da lei nova sobre efeitos futuros de segmentos contratuais que não integrem esse núcleo protegido.

7. Agravamento do risco

Entre os temas que envolvem seguros, poucos são tão sensíveis quanto o agravamento do risco. Isso porque o risco não é apenas um elemento do contrato de seguro, mas é, em verdade, o próprio eixo em torno do qual gravitam a formação do vínculo, a definição do prêmio, a delimitação da cobertura, a estabilidade do fundo mutual e a própria racionalidade econômica da operação securitária. Por essa razão, os arts. 13 a 17 da Lei 15.040/24 assumem papel central no novo sistema, ao disciplinarem de maneira mais detalhada o agravamento intencional do risco, o dever de comunicação do agravamento relevante, os poderes da seguradora diante do novo estado de risco, a necessidade de nexo causal entre agravamento e sinistro e, por fim, o regime especial dos seguros sobre a vida e a integridade física.

A disciplina anterior do agravamento do risco estava concentrada, sobretudo, nos arts. 768 e 769 do Código Civil. O art. 768 estabelecia que o segurado perderia o direito à garantia se agravasse intencionalmente o risco objeto do contrato. O art. 769, por sua vez, impunha ao segurado o dever de comunicar ao segurador, logo que soubesse, todo incidente suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto, sob pena de perder a garantia se comprovado o silêncio de má-fé.

O art. 13[9] da nova lei estabelece que, sob pena de perder a garantia, o segurado não deve agravar intencionalmente e de forma relevante o risco objeto do contrato de seguro. Seu § 1º acrescenta que será relevante o agravamento que conduza ao aumento significativo e continuado da probabilidade de realização do risco descrito no questionário de avaliação de risco ou da severidade dos efeitos dessa realização. O § 2º prevê que, se a seguradora, comunicada nos termos do art. 14[10], anuir com a continuidade da garantia, cobrando ou não prêmio adicional, ficará afastada a consequência da perda da garantia.

Já o art. 14 dispõe que o segurado deve comunicar à seguradora o relevante agravamento do risco tão logo dele tome conhecimento. O § 1º autoriza a seguradora, no prazo de vinte dias, a cobrar a diferença de prêmio ou, se não for tecnicamente possível garantir o novo risco, resolver o contrato, hipótese em que ele perderá efeito em trinta dias contados do recebimento da notificação. O § 2º trata da forma de notificação e da restituição da eventual diferença de prêmio, ressalvado o ressarcimento das despesas incorridas com a contratação. O § 3º prevê a perda da garantia quando o segurado dolosamente descumprir o dever de comunicação.

---

[9] Art. 13. Sob pena de perder a garantia, o segurado não deve agravar intencionalmente e de forma relevante o risco objeto do contrato de seguro. § 1º Será relevante o agravamento que conduza ao aumento significativo e continuado da probabilidade de realização do risco descrito no questionário de avaliação de risco referido no art. 44 desta Lei ou da severidade dos efeitos de tal realização. § 2º Se a seguradora, comunicada nos termos do art. 14 desta Lei, anuir com a continuidade da garantia, cobrando ou não prêmio adicional, será afastada a consequência estabelecida no *caput* deste artigo.

[10] Art. 14. O segurado deve comunicar à seguradora relevante agravamento do risco tão logo dele tome conhecimento. § 1º Ciente do agravamento, a seguradora poderá, no prazo de 20 (vinte) dias, cobrar a diferença de prêmio ou, se não for tecnicamente possível garantir o novo risco, resolver o contrato, hipótese em que este perderá efeito em 30 (trinta) dias contados do recebimento da notificação de resolução. § 2º A resolução deve ser feita por qualquer meio idôneo que comprove o recebimento da notificação pelo segurado, e a seguradora deverá restituir a eventual diferença de prêmio, ressalvado, na mesma proporção, seu direito ao ressarcimento das despesas incorridas com a contratação. § 3º O segurado que dolosamente descumprir o dever previsto no *caput* deste artigo perde a garantia, sem prejuízo da dívida de prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas incorridas pela seguradora. § 4º O segurado que culposamente descumprir o dever previsto no *caput* deste artigo fica obrigado a pagar a diferença de prêmio apurada ou, se a garantia for tecnicamente impossível ou o fato corresponder a tipo de risco que não seja normalmente subscrito pela seguradora, não fará jus à garantia.

O § 4º dispõe que, se o descumprimento for culposo, o segurado ficará obrigado a pagar a diferença de prêmio apurada ou, se a garantia for tecnicamente impossível ou se o fato corresponder a tipo de risco normalmente não subscrito pela seguradora, não fará jus à garantia.

O art. 15[11], por sua vez, assegura ao segurado o direito de resolver o contrato quando, em decorrência do agravamento relevante do risco, o aumento do prêmio for superior a 10% do valor originalmente pactuado. O art. 16[12] completa o sistema ao determinar que, sobrevindo o sinistro, a seguradora somente poderá recusar-se a indenizar se provar o nexo causal entre o relevante agravamento do risco e o sinistro caracterizado. Por fim, o art. 17[13] estabelece regime diferenciado para os seguros sobre a vida e a integridade física, prevendo que, mesmo em caso de relevante agravamento do risco, a seguradora somente poderá cobrar a diferença de prêmio.

A finalidade jurídica desse conjunto normativo é bastante clara. O legislador procurou enfrentar um dos pontos mais sensíveis da prática securitária, que era a tendência de se invocar genericamente o agravamento do risco como fundamento para perda de cobertura, resolução do contrato ou recusa de indenização, muitas vezes sem critérios suficientemente precisos.

Ao mesmo tempo, a lei não ignora a dimensão econômica e mutualista do contrato securitário. Ao contrário, reconhece expressamente que o agravamento do risco pode afetar a base do prêmio, comprometer o equilíbrio do contrato, produzir assimetria informacional superveniente e desorganizar a mutualidade. O que a nova disciplina busca, portanto, é um ponto de equilíbrio, pois ela protege a seguradora e o fundo mutual contra

---

[11] Art. 15. Se, em consequência do relevante agravamento do risco, o aumento do prêmio for superior a 10% (dez por cento) do valor originalmente pactuado, o segurado poderá recusar a modificação no contrato, resolvendo-o no prazo de 15 (quinze) dias, contado da ciência da alteração no prêmio, com eficácia desde o momento em que o estado de risco foi agravado.

[12] Art. 16. Sobrevindo o sinistro, a seguradora somente poderá recusar-se a indenizar caso prove o nexo causal entre o relevante agravamento do risco e o sinistro caracterizado.

[13] Art. 17. Nos seguros sobre a vida e a integridade física, mesmo em caso de relevante agravamento do risco, a seguradora somente poderá cobrar a diferença de prêmio.

condutas oportunistas, mas condiciona a perda da garantia a pressupostos mais delimitados, como a intencionalidade, a relevância do agravamento e, sobretudo, a existência de nexo causal com o sinistro.

A primeira grande inovação está na exigência expressa de relevância do agravamento. O Código Civil tratava do agravamento intencional, mas não definia com precisão o grau de intensidade necessário para legitimar a perda da garantia. A doutrina e a jurisprudência vinham, pouco a pouco, suprimindo essa lacuna, exigindo agravamento essencial, considerável, significativo ou ao menos capaz de alterar a base contratual. A Lei 15.040/24 positivou esse esforço interpretativo ao exigir que o agravamento seja relevante e ao conceituá-lo, no § 1º do art. 13, que "*será relevante o agravamento que conduza ao aumento significativo e continuado da probabilidade de realização do risco descrito no questionário de avaliação de risco referido no art. 44*[14] *desta Lei ou da severidade dos efeitos de tal realização*". Com isso, o legislador procurou afastar o uso abusivo do agravamento do risco para situações triviais, marginais, previsíveis na vida cotidiana ou meramente desconectadas da lógica da cobertura contratada.

Esse ponto é particularmente importante ao Poder Judiciário. Os tribunais serão chamados a distinguir, com maior precisão, o que é efetivo agravamento relevante do risco e o que é simples variação ordinária da vida, do uso do bem ou do exercício da atividade segurada. A redação do art. 13, § 1º, ao mencionar aumento significativo e continuado, fornece um norte, mas não elimina as dificuldades. A expressão "significativo" exige valoração. A expressão "continuado", por sua vez, pode gerar discussão sobre se o agravamento eventual, porém intensamente perigoso, estaria ou não fora do alcance da norma.

---

[14] Art. 44. O potencial segurado ou estipulante é obrigado a fornecer as informações necessárias à aceitação da proposta e à fixação da taxa para cálculo do valor do prêmio, de acordo com o questionário que lhe submeta a seguradora. § 1º O descumprimento doloso do dever de informar previsto no *caput* deste artigo importará em perda da garantia, sem prejuízo da dívida de prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela seguradora. § 2º O descumprimento culposo do dever de informar previsto no *caput* deste artigo implicará a redução da garantia proporcionalmente à diferença entre o prêmio pago e o que seria devido caso prestadas as informações posteriormente reveladas. § 3º Se, diante dos fatos não revelados, a garantia for tecnicamente impossível, ou se tais fatos corresponderem a um tipo de interesse ou risco que não seja normalmente subscrito pela seguradora, o contrato será extinto, sem prejuízo da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela seguradora.

O legislador não pode ter pretendido excluir, de forma automática, todo agravamento relevante eventual. Se o segurado, embora não reiteradamente, pratica ato conscientemente arriscado, apto a alterar de modo intenso a probabilidade do sinistro ou a gravidade de seus efeitos, não faria sentido absolver a conduta apenas porque não se repetiu no tempo. A continuidade, nesse contexto, deve funcionar como forte indício de relevância, não como exigência mecânica capaz de neutralizar hipóteses graves de agravamento eventual dolosamente assumido. O Judiciário terá de tratar esse ponto com cautela, sob pena de reduzir demasiadamente a proteção da mutualidade ou, no extremo oposto, de inflar artificialmente o alcance do conceito de agravamento relevante.

A centralidade da boa-fé objetiva aparece com nitidez em toda essa disciplina. O agravamento intencional do risco constitui comportamento frontalmente incompatível com o dever de lealdade que informa o contrato de seguro. O segurado, embora protegido pela garantia, continua sendo gestor do risco em relação ao interesse legítimo segurado. O agravamento doloso do risco não lesiona apenas a seguradora em um vínculo bilateral, mas projeta efeitos sobre toda a coletividade de segurados que compõem o fundo mutual.

A lei também reforça a importância do questionário de avaliação de risco como parâmetro comparativo do risco originalmente assumido. Isso significa que o agravamento deverá ser aferido à luz das circunstâncias que serviram de base para a subscrição do risco e para a formação do prêmio.

O questionário de risco, por mais detalhado que seja, jamais é capaz de abarcar integralmente todas as variáveis da realidade. Em atividades complexas, inovadoras ou tecnologicamente sofisticadas, é impossível que o segurador antecipe exaustivamente todos os cenários possíveis. Isso reforça o dever de informação do segurado, que é quem melhor conhece seu interesse legítimo, sua atividade e as circunstâncias concretas de exposição ao risco. Também aqui o Judiciário terá de escapar de simplificações, visto que nem toda omissão do questionário absolve o segurado, nem toda imperfeição informacional pode ser transferida integralmente para ele. A distribuição dos deveres de informação e gestão do risco deverá ser feita segundo as circunstâncias concretas do caso, com atenção à natureza do seguro, ao grau de tecnicidade da atividade e à real assimetria informacional entre as partes.

Outro ponto especialmente relevante é o art. 14, que disciplina o dever de comunicação do agravamento relevante do risco. A lógica é simples. Se o segurado não deu causa ao novo estado de risco, não se lhe pode imputar, automaticamente, a perda da garantia. Contudo, uma vez que tenha conhecimento do agravamento, passa a incidir o dever de comunicação à seguradora, em prazo compatível com a urgência do caso. A expressão legal "tão logo dele tome conhecimento" deve ser interpretada de forma funcional. Não se trata de fórmula vazia. Em matéria de seguro, o tempo da informação pode ser decisivo para a contenção do risco, para a revisão do prêmio, para a redefinição da cobertura ou para a própria decisão de manter ou resolver o contrato. O prazo não pode ser arbitrariamente alongado. Em muitos casos, dois ou três dias poderão ser o máximo razoável. Em outros, as circunstâncias concretas poderão exigir comunicação ainda mais célere. O relevante, do ponto de vista jurídico, é que o segurado atue com a prontidão esperada.

Uma vez comunicada do agravamento, a seguradora não recebe poder absoluto para resolver o contrato. O art. 14, § 1º, oferece duas alternativas, uma de cobrar a diferença de prêmio ou, se não for tecnicamente possível garantir o novo risco, resolver o contrato. A resolução, portanto, deve ser compreendida como solução excepcional, não como faculdade discricionária ampla. Sempre que o novo estado de risco puder ser tecnicamente absorvido mediante reajuste do prêmio, adaptação das condições ou readequação da cobertura, essa deverá ser a via preferencial. O Judiciário deverá estar atento a isso, especialmente para evitar resoluções precipitadas ou oportunistas, travestidas de impossibilidade técnica sem demonstração adequada.

É justamente nesse ponto que uma das maiores controvérsias futuras deverá surgir. A lei continua a falar, em regra, em agravamento intencional do risco e em descumprimento doloso ou culposo do dever de comunicação. Mas a jurisprudência brasileira, inclusive do STJ, já flertou em diversas ocasiões com a ideia de que o agravamento culposo grave pode justificar consequências semelhantes às do dolo, especialmente quando representa causa determinante do sinistro. A culpa grave, vista como crassa desatenção ou violação consciente de dever elementar de cuidado, frequentemente aparece na prática como categoria intermediária entre a culpa simples e o dolo eventual. A nova lei não resolve de forma explícita esse problema. Caberá ao Judiciário decidir se, em hipóteses extremas, a culpa grave do segurado poderá continuar a ser tratada de maneira análoga ao

dolo, sobretudo quando combinada com omissão relevante e inequívoca quebra da confiança contratual.

Talvez a maior inovação prática esteja no art. 16. Ao dispor que, sobrevindo o sinistro, a seguradora somente poderá recusar-se a indenizar caso prove o nexo causal entre o relevante agravamento do risco e o sinistro caracterizado, a lei encerra, ou ao menos reduz bastante, uma longa zona de incerteza jurisprudencial.

A importância desse artigo é enorme. Ele funciona como barreira contra a tentação de negar cobertura com base em argumentos genéricos. A partir de agora, a seguradora deverá demonstrar, com ônus probatório seu, que o agravamento relevante do risco foi causalmente relevante para o sinistro. Ao mesmo tempo, o art. 16 não elimina as dificuldades interpretativas. Provar nexo causal em matéria securitária pode ser complexo, especialmente quando o sinistro resulta de múltiplos fatores concorrentes. Em acidentes de trânsito, por exemplo, pode haver debate sobre a influência causal de embriaguez, fadiga, velocidade, condição da via, defeito mecânico ou comportamento de terceiro. Em seguros patrimoniais, pode haver discussão sobre se a ausência de sistema de alarme, a negligência na manutenção preventiva, a mudança de atividade produtiva ou o descumprimento de protocolo de gerenciamento de risco tiveram efetiva relação com o dano. Em seguros empresariais, a apuração do nexo causal pode envolver prova técnica sofisticada. O Judiciário, portanto, precisará desenvolver sensibilidade probatória e metodológica para separar nexos reais de meras presunções simplificadoras. O Enunciado 374[15] da Jornada de Direito Civil continuará, nesse cenário, extremamente útil ao recomendar que o juiz proceda com equilíbrio, atento às circunstâncias reais e não a probabilidades infundadas.

O art. 17, por fim, consagra regime excepcional para os seguros sobre a vida e a integridade física. Mesmo em caso de relevante agravamento do risco, a seguradora somente poderá cobrar a diferença de prêmio. O exemplo paradigmático é a Súmula 620[16] do

---

[15] No contrato de seguro, o juiz deve proceder com equidade, atentando às circunstâncias reais, e não a probabilidades infundadas, quanto à agravação dos riscos.

[16] A embriaguez do segurado não exime a seguradora do pagamento da indenização

STJ, que afirma que a embriaguez do segurado não exime a seguradora do pagamento da indenização prevista em contrato de seguro de vida. A nova lei, ao adotar solução semelhante, faz uma escolha relevante, pois reconhece que, em seguros de vida e integridade física, a função protetiva do contrato, a tutela dos beneficiários e a sensibilidade existencial do interesse segurado justificam tratamento distinto daquele dispensado aos seguros de danos. O agravamento do risco, nesses casos, repercute apenas no plano econômico do contrato, autorizando cobrança da diferença de prêmio, mas não a supressão da garantia.

Essa opção, contudo, não está livre de críticas. Parte da doutrina entende que, em hipóteses extremas, nas quais o comportamento do segurado representa causa direta, deliberada e necessária do sinistro, a exclusão da cobertura não deveria ser completamente afastada nem nos seguros de pessoas. Ainda assim, a nova lei foi clara ao escolher o modelo protetivo. Caberá ao Judiciário respeitar essa opção, sem prejuízo da necessária discussão sobre os modos de apuração e desconto da diferença de prêmio do capital segurado devido. O relevante é perceber que a lei, ao distinguir seguros de danos e seguros de pessoas, reconhece a diversidade funcional das modalidades.

O regramento do agravamento do risco nos arts. 13 a 17 da Lei 15.040/2024 representa um dos pontos mais sofisticados e promissores do novo marco legal dos seguros. A nova disciplina, sem romper inteiramente com o passado, corrige lacunas do Código Civil, positivando soluções construídas pela doutrina e pela jurisprudência e oferecendo critérios mais objetivos para um tema historicamente conflituoso. Ao exigir relevância do agravamento, ao impor à seguradora o ônus de provar o nexo causal com o sinistro, ao graduar as consequências conforme haja dolo ou culpa na omissão do segurado, ao favorecer a manutenção do contrato mediante ajuste de prêmio e ao proteger de modo reforçado os seguros de vida e integridade física, a lei busca conciliar proteção do segurado com estabilidade do sistema securitário. Isso não significa, contudo, que o contencioso diminuirá de imediato. Ao contrário, a novidade legislativa provavelmente intensificará, em um primeiro momento, as disputas interpretativas, especialmente em torno da culpa grave, do agravamento por ato de terceiro, da extensão do dever de comunicação e da demonstração do nexo causal. O futuro

---

prevista em contrato de seguro de vida.

da matéria dependerá, em grande medida, da capacidade do Poder Judiciário de construir uma jurisprudência coerente, tecnicamente bem fundamentada e fiel ao equilíbrio interno da nova lei.

8. Dever de informação e questionário de risco

Entre os vários pontos centrais da nova lei, destacam-se o dever de informação e o questionário de risco, disciplinados nos arts. 44 a 46. Isso se explica porque o seguro é um contrato construído sobre a análise prévia do risco. A seguradora só aceita garantir determinado interesse, e só consegue calcular o valor do prêmio, porque recebe informações sobre a pessoa, o bem, a atividade ou a situação que pretende cobrir. Sem informação correta, suficiente e útil, não há avaliação adequada do risco e, sem avaliação adequada do risco, não há prêmio justo e, sem prêmio justo, o equilíbrio do contrato e da mutualidade ficam comprometidos. Por isso, a nova lei trata com muito mais cuidado da fase informativa do contrato, buscando equilibrar dois objetivos ao mesmo tempo: de um lado, proteger a seguradora e o fundo mutual contra omissões ou falsidades relevantes; de outro lado, impedir que o segurado seja punido de maneira automática ou exagerada quando houver erro sem má-fé, falha do questionário ou deficiência de orientação por parte da própria seguradora.

No regime anterior, a matéria era tratada principalmente pelo Código Civil, especialmente pelo art. 766, que previa a perda do direito à garantia se o segurado, por si ou por seu representante, fizesse declarações inexatas ou omitisse circunstâncias que pudessem influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio. Embora essa regra fosse importante, sua redação era relativamente aberta e deixava muitas dúvidas práticas. O dispositivo não diferenciava com a precisão necessária as hipóteses de dolo e culpa, não tratava com a devida minúcia do papel do questionário de risco, não esclarecia suficientemente o dever da seguradora de perguntar bem nem disciplinava de forma sistemática a cooperação informativa entre todas as pessoas envolvidas na contratação. Como consequência, grande parte do trabalho de construir soluções equilibradas ficou a cargo da doutrina e, principalmente, da jurisprudência. A Lei 15.040/24 procura justamente preencher essas lacunas. Ela mantém a lógica de que a informação correta é indispensável para a contratação do seguro, mas passa a disciplinar com mais cuidado o conteúdo do dever de informar, os sujeitos obrigados, o papel do questionário e as consequências jurídicas de cada tipo de descumprimento.

O art. 44[17] dispõe que o potencial segurado ou o estipulante é obrigado a fornecer as informações necessárias à aceitação da proposta e à fixação da taxa para cálculo do prêmio, de acordo com o questionário apresentado pela seguradora. Esse ponto merece atenção. A lei parte da ideia de que o dever de informar não é um dever ilimitado e abstrato, como se o segurado tivesse a obrigação impossível de adivinhar tudo o que poderia interessar à seguradora. Ao contrário, a informação devida é aquela necessária para a aceitação do risco e para a fixação do prêmio, e deve ser prestada com base no questionário formulado pela seguradora.

Isso não significa, porém, que o segurado possa se esconder atrás de um questionário incompleto para omitir deliberadamente fatos importantes. O próprio texto apresentado mostra com acerto que o segurado, especialmente quando conhece de modo mais profundo o interesse que pretende proteger, tem dever de cooperação. Em muitas situações, o segurado sabe muito mais do que a seguradora sobre a atividade que exerce, os processos produtivos que utiliza, os riscos tecnológicos do seu negócio, a situação concreta do bem ou as condições de saúde que já conhece. Em seguros empresariais, por exemplo, esse dado é ainda mais claro. A seguradora pode ter conhecimento técnico geral sobre o ramo, mas o segurado conhece as particularidades do seu estabelecimento, o uso de máquinas especiais, o armazenamento de materiais inflamáveis, os protocolos de segurança, a rotina operacional e os riscos específicos da atividade. Por isso, o dever de informação, embora ligado ao questionário, também se conecta à boa-fé objetiva e à cooperação. O segurado deve responder corretamente ao que foi perguntado, mas também não pode, dolosamente, silenciar sobre fato evidentemente relevante apenas porque a pergunta não foi feita com a exatidão ideal.

---

[17] Art. 44. O potencial segurado ou estipulante é obrigado a fornecer as informações necessárias à aceitação da proposta e à fixação da taxa para cálculo do valor do prêmio, de acordo com o questionário que lhe submeta a seguradora. § 1º O descumprimento doloso do dever de informar previsto no *caput* deste artigo importará em perda da garantia, sem prejuízo da dívida de prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela seguradora. § 2º O descumprimento culposo do dever de informar previsto no *caput* deste artigo implicará a redução da garantia proporcionalmente à diferença entre o prêmio pago e o que seria devido caso prestadas as informações posteriormente reveladas. § 3º Se, diante dos fatos não revelados, a garantia for tecnicamente impossível, ou se tais fatos corresponderem a um tipo de interesse ou risco que não seja normalmente subscrito pela seguradora, o contrato será extinto, sem prejuízo da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela seguradora.

A boa-fé impede o comportamento malicioso de ambas as partes: impede que o segurado esconda informação importante e impede que a seguradora elabore questionários vagos para depois alegar omissões de modo oportunista.

O § 1º do art. 44 prevê que o descumprimento doloso do dever de informar importa em perda da garantia, sem prejuízo da dívida de prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela seguradora. A lógica dessa regra é compreensível. O dolo, aqui, rompe a confiança básica sobre a qual o contrato de seguro é construído. Quem conscientemente presta informação falsa ou omite dado relevante não apenas engana a seguradora no plano bilateral do contrato, mas também afeta o equilíbrio da mutualidade, pois consegue integrar o fundo comum em condições que não correspondem ao risco real que oferece. A consequência severa da perda da garantia, portanto, tem fundamento não só na boa-fé, mas também na proteção do sistema securitário como um todo. Ao mesmo tempo, a manutenção da dívida de prêmio e o ressarcimento das despesas de contratação se explicam porque a seguradora, até descobrir a fraude ou a omissão dolosa, movimentou sua estrutura, analisou a proposta, utilizou pessoal técnico, eventualmente realizou inspeções, perícias e avaliações, e suportou custos legítimos da contratação. A regra evita que o segurado doloso ainda se beneficie financeiramente do comportamento desleal que adotou.

Ainda assim, a aplicação desse dispositivo não será simples. Um dos pontos que provavelmente gerará discussão judicial será a distinção entre dolo, culpa simples e culpa grave. A jurisprudência do STJ orienta-se no sentido de que, em certos contextos, a culpa grave pode aproximar-se do dolo, especialmente quando há violação grosseira dos deveres de vigilância, escolha ou cuidado. Embora a lei não diga expressamente que culpa grave se equipara ao dolo em matéria de dever de informação, é possível que o Judiciário, diante de casos extremos, continue a tratar certas condutas gravemente descuidadas como materialmente próximas do comportamento doloso. Isso, porém, exigirá prudência. Não se pode banalizar essa equiparação, sob pena de esvaziar a própria distinção legal entre dolo e culpa.

O § 2º do art. 44, talvez um dos pontos mais equilibrados da nova disciplina, estabelece que o descumprimento culposo do dever de informar implicará a redução da garantia proporcionalmente à diferença entre o prêmio pago e o que seria devido caso as informações poste-

riormente reveladas tivessem sido prestadas desde o início. Essa regra é muito importante porque evita soluções desproporcionais. Em outras palavras, busca-se recompor o equilíbrio econômico do contrato da forma mais justa possível. Se o segurado pagou menos porque informou mal, mas sem dolo, a seguradora não fica obrigada a indenizar como se o prêmio tivesse sido calculado corretamente; ao mesmo tempo, o segurado não é totalmente excluído da proteção. A solução procura preservar o sinalagma contratual, ajustando a garantia ao prêmio que efetivamente seria devido.

Essa inovação terá grande importância prática no contencioso judicial. Muitos litígios passarão a discutir não mais se a indenização é devida ou não em termos absolutos, mas em que medida ela deve ser reduzida proporcionalmente. Isso exigirá prova técnica, cálculos atuariais, demonstração de qual seria a taxa correta, análise do impacto efetivo da informação omitida no prêmio originalmente fixado e controle judicial sobre os números apresentados pela seguradora. Em outras palavras, a nova lei pode até reduzir algumas negativas totais de cobertura, mas certamente aumentará a necessidade de exame técnico da proporcionalidade da garantia. Caberá ao Judiciário verificar se a seguradora demonstrou de forma objetiva qual seria o prêmio correto, se a diferença alegada é real e se a redução pretendida respeita a lógica legal. Também será preciso cuidado para que a redução proporcional não vire, na prática, uma forma disfarçada de negativa total. O juiz terá de controlar essa operação com rigor, transparência e atenção ao caso concreto.

O § 3º do art. 44 prevê que, diante dos fatos não revelados, se a garantia for tecnicamente impossível, ou se tais fatos corresponderem ao interesse ou risco que não seja normalmente subscrito pela seguradora, o contrato será extinto, sem prejuízo da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas. Aqui a lei enfrenta uma situação diferente. Às vezes, o problema não é apenas que o prêmio foi calculado a menor. O problema é que, se a verdade fosse conhecida, a seguradora simplesmente não teria contratado, porque o risco não seria assumível. Nessas hipóteses, a redução proporcional da garantia deixa de fazer sentido, porque não existe parâmetro contratual viável para ajustar o prêmio. A solução, então, é a extinção do contrato.

Esse ponto também exigirá interpretação cuidadosa. A expressão "garantia tecnicamente impossível" não pode ser banalizada. A seguradora não poderá invocá-la de forma vaga ou genérica. Será necessário

demonstrar, de forma consistente, por que o risco não era segurável na sua estrutura operacional, no seu modelo técnico ou na sua autorização de atuação. Do mesmo modo, a alegação de que se trata de risco "não normalmente subscrito" também exigirá demonstração objetiva. Não basta que o risco seja indesejado; é preciso mostrar que ele efetivamente foge ao universo de riscos com os quais a seguradora trabalha de forma habitual.

O art. 45[18] reforça e amplia a disciplina do art. 44 ao estabelecer que as partes e os terceiros intervenientes no contrato, ao responderem ao questionário, devem informar tudo de relevante que souberem ou que deveriam saber a respeito do interesse e do risco a serem garantidos, de acordo com as regras ordinárias de conhecimento. Esse dispositivo é especialmente importante por três razões. Primeiro, porque deixa claro que o dever de informação não recai apenas sobre o potencial segurado, mas também sobre o estipulante e terceiros intervenientes, como corretores ou outros profissionais que participem da formação do contrato. Segundo, porque explicita que não importa apenas o que a pessoa efetivamente sabe, mas também aquilo que deveria saber segundo um padrão ordinário de diligência. Terceiro, porque aproxima a disciplina informativa do contrato de seguro de uma lógica mais ampla de cooperação contratual, fundada na boa-fé objetiva.

A expressão "o que souberem ou deveriam saber" traz, no entanto, um desafio interpretativo delicado. O que exatamente significa dizer que o segurado deveria saber determinada informação? Não se pode exigir do segurado comum um nível técnico idêntico ao da seguradora. Um leigo, por exemplo, pode saber que possui certo sintoma, mas não compreender sua relevância médica para o risco segurado. Pode conhecer um fato, mas não perceber que ele interfere de modo importante na aceitação da proposta ou no cálculo do prêmio. Por isso, a análise do que o segurado deveria saber deve levar em conta critérios de razoabilidade, sua posição concreta, o tipo de seguro, seu grau de experiência, o nível de especialização envolvido e a clareza do próprio questionário. O padrão não pode ser excessivo a ponto de transformar o dever de informar em obrigação impossível. Ao mesmo tempo, não pode ser tão frouxo

[18] Art. 45. As partes e os terceiros intervenientes no contrato, ao responderem ao questionário, devem informar tudo de relevante que souberem ou que deveriam saber a respeito do interesse e do risco a serem garantidos, de acordo com as regras ordinárias de conhecimento.

que esvazie a responsabilidade do segurado. Mais uma vez, o Judiciário terá papel decisivo na construção desse equilíbrio.

O art. 46[19] complementa o sistema ao impor à seguradora o dever de alertar o potencial segurado ou estipulante sobre quais são as informações relevantes a serem prestadas e de esclarecer, em suas comunicações e questionários, as consequências do descumprimento do dever de informar. Esse dispositivo talvez seja uma das maiores expressões do movimento de reequilíbrio informativo promovido pela nova lei. Durante muito tempo, o foco recaía quase exclusivamente sobre o dever do segurado de informar, como se a seguradora ocupasse posição passiva na coleta e na organização dessas informações. A lei altera essa lógica. A seguradora, justamente por ser a profissional da atividade, tem o dever de construir um questionário adequado, indicar com clareza o que considera relevante e explicar de maneira compreensível os efeitos jurídicos de uma omissão ou inexatidão. Esse dever é especialmente importante em relações de consumo, mas não se limita a elas. Mesmo em contratos empresariais, a seguradora continua tendo a obrigação de perguntar bem, de estruturar adequadamente a fase pré-contratual e de não transferir integralmente para o proponente o custo de sua própria deficiência informativa.

A aplicação dos arts. 44 a 46 exigirá do Judiciário uma atuação mais sofisticada do que a simples leitura formal do questionário. Será preciso examinar a qualidade das perguntas feitas, a clareza das advertências dadas, o perfil do segurado, o tipo de contrato, a relevância real da informação omitida, a existência ou não de dolo, a prova da diferença de prêmio, a possibilidade técnica de cobertura e o grau de cooperação recíproca entre as partes.

9. Conclusão

A Lei 15.040/24 representa um marco relevante para o direito securitário brasileiro, pois reorganiza de forma sistemática o contrato de seguro e desloca o centro interpretativo da matéria para um di-

[19] Art. 46. A seguradora deverá alertar o potencial segurado ou estipulante sobre quais são as informações relevantes a serem prestadas na formação do contrato de seguro e esclarecer, em suas comunicações e questionários, as consequências do descumprimento do dever de informar.

ploma legal próprio, mais denso e ajustado à complexidade técnica do setor. A nova legislação não se limita a substituir regras esparsas anteriormente previstas no Código Civil, mas inaugura um regime jurídico vocacionado a qualificar a relação entre seguradora, segurado e beneficiário, com especial valorização da boa-fé objetiva, da transparência, da confiança legítima, da coerência contratual e da preservação da mutualidade.

Alguns dispositivos da nova lei terão impacto direto na prática jurisdicional. A exigência de recusa de cobertura expressa e motivada, acompanhada da vedação à inovação posterior de fundamentos pela seguradora, tende a reforçar a congruência entre a fase administrativa de regulação do sinistro e a defesa apresentada em juízo. Da mesma forma, a redefinição do termo inicial da prescrição a partir da ciência da recusa expressa e motivada desloca o foco da análise para o momento em que se consolida a resistência da seguradora ao pagamento da indenização, o que poderá exigir revisão de entendimentos jurisprudenciais anteriormente formados.

A Lei 15.040/24 reafirma a necessidade de autorização legal para a atuação no mercado securitário, preservando a institucionalidade, a solvência e a racionalidade econômica do sistema. Além disso, a disciplina dos riscos cobertos e excluídos impõe maior rigor na redação das cláusulas contratuais, especialmente quanto à clareza das exclusões e à compatibilidade entre o contrato, os modelos submetidos ao órgão regulador e as notas técnicas e atuariais. Esses pontos revelam que a proteção do segurado não pode ser compreendida de forma isolada, pois deve dialogar com a estabilidade atuarial, com a previsibilidade econômica e com a função social do seguro como técnica coletiva de repartição de riscos.

As questões intertemporais deverão ocupar posição central nos primeiros anos de aplicação da nova lei. A ausência de retroatividade expressa impede a incidência do novo diploma sobre relações jurídicas integralmente consumadas antes de sua vigência, mas não elimina as dificuldades relativas aos contratos anteriores ainda em execução. Nesses casos, a solução deverá exigir exame cuidadoso da natureza da cláusula discutida, do grau de autonomia privada exercido, da existência de norma cogente reproduzida no contrato e do impacto da lei nova sobre o núcleo essencial da relação securitária.

O Poder Judiciário terá papel decisivo na concretização da Lei 15.040/24. Caberá aos tribunais construir critérios interpretativos

capazes de evitar tanto leituras excessivamente protetivas, que comprometam a técnica securitária, quanto interpretações demasiadamente restritivas, que esvaziem a tutela do segurado e permitam práticas incompatíveis com a boa-fé objetiva. O desafio estará em formar jurisprudência equilibrada, tecnicamente informada e sensível à dupla dimensão do contrato de seguro, que é, ao mesmo tempo, instrumento de proteção individual e mecanismo coletivo de gestão econômica de riscos.

10. Bibliografia

CAMPOY, Adilson José; MALFATTI, Marcio Alexandre; RUMSTAIN, Thaís de Cássia. Lei de seguros comentada. 1. ed. [SP]: Roncarati, [2025]. 340 p. ISBN 978-85-98028-64-4.

CARLINI, Angélica; CARVALHAL, Glauce (coordenadoras). Lei de seguros interpretada: Lei n. 15.040/2024 artigo por artigo. 1. ed. São Paulo: Editora Foco, 2025.

MIRAGEM, Bruno. Comentários à nova lei do contrato de seguro. 1. ed. São Paulo: Forense, 2026.

TOMAZETTE, Marlon. Contrato de Seguro. Comentários ao Marco Legal dos Seguros – Lei 15.040/2024. São Paulo: JusPodivm, 2025.

TZIRULNIK, Ernesto; COELHO, Fábio. Nova Lei de Contrato de Seguro - Ed. 2026. São Paulo (SP):Editora Revista dos Tribunais. 2026.