



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

RECURSO ESPECIAL Nº 2260812 - SC(2018/0296045-9)

RELATORA : MINISTRA MARIA ISABEL GALLOTTI
RECORRENTE : METROPOLITAN LIFE SEGUROS E PREVIDENCIA PRIVADA SA
ADVOGADOS : RAQUEL SOBOLESKI CAVALHEIRO - RS047580
PAULO ANTÔNIO MÜLLER - SC030741A
LUANA BORGES - SC049057A
MARCO AURELIO MELLO MOREIRA - SC030589A
RECORRIDO : INACIA CORREIA
ADVOGADO : MILTON JOSÉ DALLA VALLE - SC019648

EMENTA

RECURSO ESPECIAL. SEGURO DE VIDA EM GRUPO. INVALIDEZ POR DOENÇA DE ORIGEM OCUPACIONAL. DISCOPIATIA DEGENERATIVA E SÍNDROME DO IMPACTO. EQUIPARAÇÃO A ACIDENTE PESSOAL. IMPOSSIBILIDADE. INTERPRETAÇÃO RESTRITIVA DO CONTRATO DE SEGURO. ARTS. 757 E 760 DO CÓDIGO CIVIL. RISCO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDO. TEMA 1.112/STJ. DEVER DE INFORMAÇÃO ATRIBUÍDO EXCLUSIVAMENTE AO ESTIPULANTE. INEXISTÊNCIA DE VIOLAÇÃO AO DIREITO DE INFORMAÇÃO IMPUTÁVEL À SEGURADORA. INAPLICABILIDADE DA COBERTURA DE IPA. MUTUALISMO E EQUILÍBRIO ATUARIAL. PRECEDENTES DO STJ. RECURSO PROVIDO.

1. Nos contratos de seguro de vida em grupo, o dever de prestar informações prévias aos segurados, inclusive acerca das cláusulas limitativas e restritivas de direito, incumbe exclusivamente ao estipulante, nos termos da tese firmada no Tema 1.112/STJ, não podendo ser imputada à seguradora eventual falha informacional.

2. O contrato de seguro submete-se à interpretação restritiva quanto aos riscos cobertos, sendo vedada a ampliação da garantia para alcançar hipóteses expressamente excluídas, em observância aos arts. 757 e 760 do Código Civil.

3. A doença ocupacional, ainda que gere invalidez parcial e permanente, não se equipara a acidente pessoal para fins de cobertura securitária por invalidez por acidente, quando o contrato exclui expressamente tal risco.

4. A aplicação do Código de Defesa do Consumidor não autoriza a criação de cobertura inexistente nem o afastamento de cláusulas claras e objetivas de exclusão de risco, sob pena de violação ao equilíbrio técnico-atuarial e ao mutualismo do seguro.

5. Acórdão recorrido em desconformidade com a jurisprudência consolidada do Superior Tribunal de Justiça.

6. Recurso especial provido.

ACÓRDÃO

Vistos e relatados estes autos em que são partes as acima indicadas, acordam os Ministros da QUARTA TURMA do Superior Tribunal de Justiça, em Sessão Virtual de 05/05/2026 a 11/05/2026, por unanimidade, conhecer do recurso e lhe dar provimento, nos termos do voto da Sra. Ministra Relatora.

Os Srs. Ministros Antonio Carlos Ferreira, Luís Carlos Gambogi (Desembargador Convocado do TJMG), João Otávio de Noronha e Raul Araújo votaram com a Sra. Ministra Relatora.

Presidiu o julgamento o Sr. Ministro João Otávio de Noronha.

Brasília, 11 de maio de 2026.

Ministra Maria Isabel Gallotti
Relatora



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

RECURSO ESPECIAL Nº 2260812 - SC(2018/0296045-9)

RELATORA : MINISTRA MARIA ISABEL GALLOTTI
RECORRENTE : METROPOLITAN LIFE SEGUROS E PREVIDENCIA PRIVADA SA
ADVOGADOS : RAQUEL SOBOLESKI CAVALHEIRO - RS047580
PAULO ANTÔNIO MÜLLER - SC030741A
LUANA BORGES - SC049057A
MARCO AURELIO MELLO MOREIRA - SC030589A
RECORRIDO : INACIA CORREIA
ADVOGADO : MILTON JOSÉ DALLA VALLE - SC019648

EMENTA

RECURSO ESPECIAL. SEGURO DE VIDA EM GRUPO. INVALIDEZ POR DOENÇA DE ORIGEM OCUPACIONAL. DISCOPIATIA DEGENERATIVA E SÍNDROME DO IMPACTO. EQUIPARAÇÃO A ACIDENTE PESSOAL. IMPOSSIBILIDADE. INTERPRETAÇÃO RESTRITIVA DO CONTRATO DE SEGURO. ARTS. 757 E 760 DO CÓDIGO CIVIL. RISCO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDO. TEMA 1.112/STJ. DEVER DE INFORMAÇÃO ATRIBUÍDO EXCLUSIVAMENTE AO ESTIPULANTE. INEXISTÊNCIA DE VIOLAÇÃO AO DIREITO DE INFORMAÇÃO IMPUTÁVEL À SEGURADORA. INAPLICABILIDADE DA COBERTURA DE IPA. MUTUALISMO E EQUILÍBRIO ATUARIAL. PRECEDENTES DO STJ. RECURSO PROVIDO.

1. Nos contratos de seguro de vida em grupo, o dever de prestar informações prévias aos segurados, inclusive acerca das cláusulas limitativas e restritivas de direito, incumbe exclusivamente ao estipulante, nos termos da tese firmada no Tema 1.112/STJ, não podendo ser imputada à seguradora eventual falha informacional.

2. O contrato de seguro submete-se à interpretação restritiva quanto aos riscos cobertos, sendo vedada a ampliação da garantia para alcançar hipóteses expressamente excluídas, em observância aos arts. 757 e 760 do Código Civil.

3. A doença ocupacional, ainda que gere invalidez parcial e permanente, não se equipara a acidente pessoal para fins de cobertura securitária por invalidez por acidente, quando o contrato exclui expressamente tal risco.

4. A aplicação do Código de Defesa do Consumidor não autoriza a criação de cobertura inexistente nem o afastamento de cláusulas claras e objetivas de exclusão de risco, sob pena de violação ao equilíbrio técnico-atuarial e ao mutualismo do seguro.

5. Acórdão recorrido em desconformidade com a jurisprudência consolidada do Superior Tribunal de Justiça.

6. Recurso especial provido.

RELATÓRIO

Trata-se de recurso especial interposto, com base nas alíneas “a” e “c” do inciso III do art. 105 da Constituição Federal, por Metropolitan Life Seguros e Previdência Privada S/A contra acórdão assim ementado (fl. 392):

APELAÇÕES CÍVEIS. AÇÃO DE COBRANÇA. SEGURO DE VIDA EM GRUPO. PRETENSÃO DE COBERTURA PARA INVALIDEZ POR DOENÇA (DISCOPATIA DEGENERATIVA LOMBAR E CERVICAL E SÍNDROME DO IMPACTO BILATERAL). SENTENÇA DE PARCIAL PROCEDÊNCIA. INSURGÊNCIA DE AMBAS AS PARTES. RECURSO DA DEMANDANTE. PARTE BENEFICIÁRIA DA JUSTIÇA GRATUITA. APELO QUE VERSA EXCLUSIVAMENTE SOBRE MAJORAÇÃO DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS. INTERESSE DO CAUSÍDICO. INCOMUNICABILIDADE DA GRATUIDADE DE JUSTIÇA, A TEOR DO ART. 99, § 5º, DO CÓDIGO DE PROCESSO CIVIL. DESPACHO DETERMINANDO O RECOLHIMENTO DO VALOR DAS CUSTAS EM DOBRO OU PROVA DA HIPOSSUFICIÊNCIA, SOB PENA DE DESERÇÃO. AUSÊNCIA DE MANIFESTAÇÃO. DESCUMPRIMENTO DO DISPOSTO NO ART. 1.007 DO MESMO DIPLOMA LEGAL. CARACTERIZADA A DESERÇÃO. RECURSO NÃO CONHECIDO. APELO DA SEGURADORA RÉ. INVALIDEZ PARCIAL E PERMANENTE EM VIRTUDE DE DOENÇA DE ORIGEM LABORATIVA. MOLÉSTIA EQUIPARADA À INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE PESSOAL. PRECEDENTES DESTES SODALÍCIO. INEQUÍVOCO DIREITO À COBERTURA SECURITÁRIA. ARBITRAMENTO DA INDENIZAÇÃO NO VALOR TOTAL DO CAPITAL SEGURADO. SENTENÇA MANTIDA. DESPROVIMENTO DO RECURSO.

Nas razões do recurso especial, a parte recorrente alega, em síntese, que o acórdão recorrido violou os arts. 757, 760, 801, § 1º, e 436, parágrafo único, do Código Civil; os arts. 370 e 373, I, do Código de Processo Civil; o art. 21, § 2º, do Decreto-Lei 73/1973; os arts. 46, 47 e 51 do Código de Defesa do Consumidor; e o art. 20 da Lei 8.213/1991.

Sustenta que, em contratos de seguro de vida em grupo, o dever de informação aos segurados incumbe à estipulante, mandatária do grupo, o que, segundo afirma, afasta a conclusão de violação do direito de informação e a invalidade de cláusulas limitativas, com ofensa dos arts. 21, § 2º, do Decreto-Lei 73/1973, 801, § 1º, e 436, parágrafo único, do Código Civil, e 373, I, do Código de Processo Civil.

Defende que doença ocupacional não se equipara a acidente pessoal para fins de cobertura de invalidez por acidente (IPA), por configurar risco expressamente excluído nas condições gerais, e que a interpretação extensiva dos riscos contraria os arts. 757 e 760 do Código Civil, além de afrontar os arts. 46, 47 e 51 do Código de Defesa do Consumidor e o art. 20 da Lei 8.213/1991, tendo em vista a regulamentação setorial aplicável.

Alega, ainda, que, caso mantida a cobertura por IPA, o pagamento deve observar proporcionalidade ao grau de invalidez apurado em perícia, por força do limite contratual indicado (“até”), em consonância com os arts. 757 e 760 do Código Civil, apontando divergência jurisprudencial sobre o tema.

Registra que o recurso também aponta divergência jurisprudencial quanto à impossibilidade de equiparação de doença ocupacional a acidente pessoal em seguros de pessoas e, subsidiariamente, quanto à necessidade de pagamento proporcional do capital segurado conforme o grau de invalidez.

Contrarrazões às fls. 520-528, nas quais a parte recorrida alega, em síntese, a ausência de preenchimento dos requisitos de admissibilidade do recurso especial por falta de prequestionamento e, no mérito, sustenta a manutenção integral do acórdão recorrido, com base no laudo pericial que atestou incapacidade parcial definitiva e na compreensão de que, no caso, a cobertura por invalidez por acidente é aplicável diante das atividades laborais e das limitações constatadas (fls. 520-528).]

É o relatório.

VOTO

Originariamente, a autora propôs ação de cobrança de seguro em face da seguradora, afirmando incapacidade para o trabalho em razão de esforços repetitivos e alegando existir apólice de seguro de vida em grupo com cobertura aplicável ao caso. Pediu a condenação ao pagamento do capital segurado, com custas e honorários (fls. 324-325).

A sentença julgou parcialmente procedente o pedido, condenando a ré ao pagamento integral da indenização, no valor de R\$ 42.489,00, com correção monetária e juros de mora a contar de 23/11/2012, fixando honorários em 10% sobre o valor da condenação e atribuindo custas à ré (fls. 328-329).

O Tribunal de origem decidiu, por unanimidade, não conhecer do recurso da autora por deserção e conhecer do recurso da seguradora para negar provimento, mantendo a condenação ao pagamento do valor total do capital segurado. Fundamentou que a invalidez parcial e permanente decorrente de doença de origem laborativa se enquadra, na espécie, como invalidez por acidente pessoal, ressaltou as limitações laborativas constatadas, e assentou que não houve demonstração de ciência da seguradora acerca das condições gerais limitativas, o que invalida restrições contratuais; concluiu, portanto, pela obrigação de pagar integralmente o capital segurado (fls. 391-395, 399-405).

O recurso merece prosperar.

A questão posta em análise foi devidamente pacificada no TEMA 1112 deste Tribunal:

TEMA 1.112: (i) Na modalidade de contrato de seguro de vida coletivo, cabe exclusivamente ao estipulante, mandatário legal e único sujeito que tem vínculo anterior com os membros do grupo (estipulação própria), a obrigação de prestar informações prévias aos potenciais segurados a respeito das condições contratuais quando da formalização da adesão, incluídas as cláusulas limitativas e restritivas de direito previstas na apólice mestre, e (ii) não se incluem, no âmbito da matéria afetada, as causas originadas de estipulação imprópria e de falsos estipulantes, visto que as apólices coletivas nessas figuras devem ser consideradas apólices individuais, no que tange ao relacionamento dos segurados com a sociedade seguradora”

A conclusão do Tribunal de origem está em desacordo com o entendimento desta Corte, que determina, com exclusividade, o dever do estipulante de informar ao segurado os direitos e limitações do contrato.

Sendo obrigação do estipulante, não cabe discutir neste processo se o ele prestou as informações ou não, pela simples razão de que a obrigação do estipulante é objetiva, além de ser "res inter alios" em relação a este feito.

Portanto, não há violação ao direito de informação.

Passo seguinte, a orientação desta Corte é no sentido de que o contrato de seguro deve ser interpretado de forma restritiva, não havendo se falar em intercâmbio das garantias de acidente e doença, nem validação de riscos excluídos pelo contrato.

A propósito:

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. AÇÃO INDENIZATÓRIA. SEGURO DE VIDA COLETIVO. CONTRATO QUE EXCLUI DOENÇA PROFISSIONAL . INTERPRETAÇÃO RESTRITIVA. AGRAVO INTERNO DESPROVIDO. 1. A jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça é no sentido de que, nos contratos de seguro de vida em grupo, diante da necessidade de interpretação restritiva das cláusulas do seguro, é inviável a equiparação entre doença profissional e acidente de trabalho, para recebimento de indenização securitária, notadamente quando há exclusão de cobertura da invalidez parcial por doença laboral .Acórdão recorrido em desacordo com o entendimento do Superior Tribunal de Justiça. 2. Demonstrado, no caso concreto, que a cláusula contratual é clara ao denominar o que se entenderia por "acidente pessoal", inclusive apontando como excludentes as doenças profissionais, sendo certo que as lesões por esforços repetitivos são uma delas, não há que se falar na cobertura securitária. 3 . Agravo interno desprovido. Decisão de provimento do recurso especial confirmada.

(STJ - AgInt no AREsp: 2317112 CE 2023/0076085-3, Relator.: Ministro RAUL ARAÚJO, Data de Julgamento: 20/11/2023, T4 - QUARTA TURMA, Data de Publicação: DJe 23/11/2023)

Havendo, pois, e

Nesse sentido, sendo clara a redação do contrato, não há que se cogitar em interpretação diversa daquela expressamente consignada, ainda que aplicável o diploma consumerista, visto que o segurado se encontra obrigado nos exatos termos da disposição contida na apólice, à luz dos artigos 757, 760 e 781 do Código Civil:

Art. 757. Pelo contrato de seguro, o segurador se obriga, mediante o pagamento do prêmio, a garantir interesse legítimo do segurado, relativo a pessoa ou a coisa, contra riscos predeterminados.

[...]

Art. 760. A apólice ou o bilhete de seguro serão nominativos, à ordem ou ao portador, e mencionarão os riscos assumidos, o início e o fim de sua validade, o limite da garantia e o prêmio devido, e, quando for o caso, o nome do segurado e o do beneficiário.

[...]

Art. 781. A indenização não pode ultrapassar o valor do interesse segurado no momento do sinistro, e, em hipótese alguma, o limite máximo da garantia fixado na apólice, salvo em caso de mora do segurador.

Conceder ao segurado indenização que é sabidamente indevida viola não só os artigos de lei supra mencionados, mas a estrutura lógica do contrato de seguro, regida por cálculos atuariais e pelo mutualismo, equilíbrio entre risco contratado e prêmio pago.

Como se sabe, o CDC tem por objetivo trazer equilíbrio contratual entre o prestador de serviços/fornecedor de produtos e o consumidor, geralmente a parte mais fragilizada no negócio jurídico, pois, como regra, é mero aderente aos termos dos contratos apresentados.

No caso do contrato de seguro, há particularidades que justificam uma leitura ponderada entre as garantias previstas no CDC e as regras determinadas no Código Civil.

Isso porque as condições gerais dos contratos são padronizadas pela SUSEP - Superintendência de Seguros Privados autarquia federal responsável por regular e fiscalizar o mercado de seguros.

Dentro desse contexto, as regras das condições gerais, antes de disponibilizadas à comercialização, possuem importante controle público, de tal modo que suas disposições já foram destiladas pelo Estado em favor do consumidor, não só a fim de se evitar abusos por parte das seguradoras, como também de gerenciar o controle da mutualidade, instrumento no qual há o melhor equilíbrio entre o prêmio pago pelo segurado e os riscos assumidos pela seguradora.

Nesse sentir, o valor do prêmio pago pelo segurado corresponde à exata medida dos riscos assumidos e excluídos.

Assevero que entendimento diverso implicaria resultados que dificultariam a própria continuidade do seguro de vida em grupo, visto que os prêmios pagos por todos os segurados formam um fundo coletivo acumulado sob a forma de capitalização, calculado com base em parâmetros atuariais para aferição da sinistralidade, de modo a fazer frente aos riscos contratados.

No caso em tela, é importante consignar que o tribunal de origem reconhece a existência de doença, como se observa das fls. 399 (e-STJ):

A acionante laborava como auxiliar de produção para limpeza e, em razão dos movimentos repetitivos exigidos, foi diagnosticada com "discopatitíia degenerativa lombar e cervical e síndrome do impacto bilateral" (quesito 1, fl. 252), sendo uma doença de origem ocupacional, tornando-a incapacitada parcial e definitivamente para o labor, conforme atestou o expert na perícia judicial -, realizada (quesito 3, fl. 252).

Também não há controvérsia quando à exclusão do risco na apólice.

Assim, tratando-se de risco excluído, por força da argumentação acima delineada, a improcedência do pedido é medida que se impõe.

Em face do exposto, dou provimento ao recurso especial para julgar improcedente a ação, invertendo-se os ônus de sucumbência, atentando à gratuidade da justiça.

Ficam mantidas disposições quanto à correção monetária e juros, assim como a sucumbência recíproca, que deverá ser proporcionalmente distribuída, tal como fixadas no acórdão.

É como voto.



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

TERMO DE JULGAMENTO QUARTA TURMA

REsp 2.260.812 / SC
PROCESSO ELETRÔNICO

Número Registro: 2018/0296045-9

Número de Origem:

00279575920128240018 0027957592012824001850002 27957592012824001850002

Sessão Virtual de 05/05/2026 a 11/05/2026

Relator

Exma. Sra. Ministra MARIA ISABEL GALLOTTI

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro JOÃO OTÁVIO DE NORONHA

Secretário

Dra. TERESA HELENA DA ROCHA BASEVI

AUTUAÇÃO

RECORRENTE : METROPOLITAN LIFE SEGUROS E PREVIDENCIA PRIVADA SA

ADVOGADOS : RAQUEL SOBOLESKI CAVALHEIRO - RS047580

PAULO ANTÔNIO MÜLLER - SC030741A

LUANA BORGES - SC049057A

MARCO AURELIO MELLO MOREIRA - SC030589A

RECORRIDO : INACIA CORREIA

ADVOGADO : MILTON JOSÉ DALLA VALLE - SC019648

ASSUNTO : DIREITO CIVIL - OBRIGAÇÕES - ESPÉCIES DE CONTRATOS - SEGURO

TERMO

A QUARTA TURMA do Superior Tribunal de Justiça, em Sessão Virtual de 05/05/2026 a 11/05/2026, por unanimidade, decidiu conhecer do recurso e lhe dar provimento, nos termos do voto da Sra. Ministra Relatora.

Os Srs. Ministros Antonio Carlos Ferreira, Luís Carlos Gambogi (Desembargador Convocado do TJMG), João Otávio de Noronha e Raul Araújo votaram com a Sra. Ministra Relatora. Presidiu o julgamento o Sr. Ministro João Otávio de Noronha.

Brasília, 11 de maio de 2026