La nueva Ley de Seguros redefine las enfermedades preexistentes y la cobertura

Boletín N°:

Mar 03, 2026 BRASIL

Desde el 11 de diciembre de 2025, está en vigor la Ley n.º 15.040/2024, que ha introducido cambios significativos en el mercado brasileño de seguros. Después de décadas bajo los artículos 757 a 802 del Código Civil, ahora contamos con un microsistema jurídico específico para los contratos de seguros que consolida las normas que estaban dispersas en el Código Civil, en el Decreto-Ley 73/1966 y en los reglamentos de la Susep (Superintendencia de Seguros Privados). Freepikplan de salud operadora

Entre los temas que más impactan en la práctica forense, destaco el tratamiento dado a las enfermedades preexistentes en los seguros de vida e integridad física. Hasta entonces, esta materia se regía básicamente por la jurisprudencia. Ahora ha ganado una disciplina legal específica en los artículos 118 y 119 de la nueva ley. Y el legislador dialogó con la Súmula 609 del STJ. Pero este diálogo no fue una simple confirmación de lo que ya existía. Aportó importantes refinamientos y abrió algunas zonas de tensión que aún darán trabajo. La idea aquí es analizar esta relación. Partiré de lo que ya está consolidado en la jurisprudencia del STJ, veré cómo la nueva ley incorporó (o no) estos entendimientos y señalaré los retos prácticos que ya comienzan a aparecer en los procesos.

Lo que estableció la Súmula 609 La Súmula 609, aprobada en abril de 2018, tiene un enunciado directo: «La denegación de cobertura de seguro, alegando una enfermedad preexistente, es ilícita si no se exigieron exámenes médicos previos a la contratación o si no se demostró la mala fe del asegurado».

La lógica es sancionatoria. Si la aseguradora no tomó las precauciones necesarias a la hora de aceptar el riesgo, ya sea mediante exámenes médicos o mediante un cuestionario adecuado, no puede, años después, invocar la preexistencia para denegar la cobertura. Quien no evaluó el riesgo asume las consecuencias. Pero atención: la declaración no es absoluta.

La segunda parte deja claro que, incluso sin un examen previo, la aseguradora puede rechazar la cobertura si se demuestra la mala fe del asegurado. Sin embargo, la carga de la prueba recae sobre ella. Y el STJ ha sido riguroso: no basta con demostrar que existía un diagnóstico antes de la contratación. Es necesario demostrar que el asegurado conocía ese diagnóstico, que se le preguntó claramente al respecto y que, aun así, omitió deliberadamente la información.

Sucede que muchos tribunales estatales venían aplicando la suma de forma automática. Bastaba con la ausencia de exámenes previos para descartar cualquier rechazo, sin analizar adecuadamente la cuestión de la mala fe. Esta lectura superficial generaba distorsiones: los asegurados que ocultaban deliberadamente diagnósticos graves se beneficiaban, mientras que las aseguradoras que formulaban cuestionarios detallados eran penalizadas de la misma manera que aquellas que simplemente no hacían nada. Positivización del tema: artículos 118 y 119

La nueva ley introdujo dos innovaciones fundamentales. Primera: el artículo 119 sustituyó el criterio del examen médico por el criterio del cuestionario claro. Es decir, la aseguradora no tiene necesariamente que exigir exámenes clínicos. Pero tiene el deber de formular un cuestionario de riesgo objetivo, claro y suficiente para que el asegurado declare su estado de salud.

Spacca Esto ya era lo que el STJ venía decidiendo en la práctica: lo importante no es el examen en sí, sino que exista algún mecanismo serio de evaluación del riesgo. Ahora, el cuestionario bien elaborado tiene un valor normativo explícito. Y cambia la dinámica del litigio porque la discusión pasa de los exámenes médicos a la calidad del cuestionario.

La segunda innovación radica en la exigencia de un nexo causal. El artículo 119 establece que la exclusión de la cobertura por enfermedad preexistente solo es lícita «cuando los siniestros cuya causa exclusiva o principal corresponda a estados patológicos preexistentes». Traducción: no basta con que exista una enfermedad preexistente, sino que esta debe haber sido la causa del siniestro. Esto limita los casos en los que la aseguradora rechazaba la cobertura por patologías preexistentes que no tenían nada que ver con el evento. Regla de carencia: un punto polémico Aquí está el punto más controvertido.

El párrafo 4 del artículo 118 dice: «Una vez acordado el período de carencia, la aseguradora no podrá negarse a pagar el capital alegando la preexistencia de una patología». La norma es categórica. Si hay un período de carencia, la denegación por enfermedad preexistente queda bloqueada, independientemente de la conducta del asegurado. En la práctica, esto significa que, incluso ante una omisión dolosa, si existe un período de carencia estipulado en el contrato, la aseguradora no puede invocar la preexistencia una vez finalizado dicho período. Entiendo la lógica: quien estipula un período de carencia asume el riesgo del período inicial, precisamente para compensar los problemas de información asimétrica. Pero la aplicación literal de esta disposición da lugar a situaciones cuando menos problemáticas.

Imaginemos: el asegurado omite dolosamente el diagnóstico de una enfermedad terminal. Sesenta días después, una vez cumplido el período de carencia, fallece precisamente a causa de la enfermedad ocultada. Según la literalidad de la ley, la aseguradora no podría negarse a pagar. Confieso que esto me preocupa. Este punto pone en tensión principios básicos como la buena fe objetiva y el equilibrio contractual. Estoy convencido de que el STJ tendrá que abordar esta cuestión en breve y posiblemente matizarla con la teoría del abuso de derecho o con la prohibición del enriquecimiento sin causa. Porque, tal y como está, francamente, abre la puerta a conductas oportunistas. Convergencias y tensiones entre la Súmula 609 y la Ley 15.040

La relación entre la norma resumida y el nuevo texto legal no es una simple sustitución. Hay convergencias, pero también puntos que requerirán interpretación judicial. En el campo de las convergencias, tanto la suma como la ley protegen al

asegurado de buena fe. Ninguna de las dos permite que la aseguradora rechace la cobertura sin haber adoptado algún mecanismo adecuado de evaluación del riesgo. Y en ambos casos, la carga de probar la mala fe recae en la aseguradora. La ley, en este punto, ha positivizado lo que la jurisprudencia ya había construido. En el campo de las innovaciones, el artículo 119 sustituye el examen médico por un cuestionario claro, introduce el requisito del nexo causal y crea la regla de la carencia como bloqueo absoluto. Se trata de cambios técnicos relevantes que exigirán a las aseguradoras la reformulación de sus procedimientos internos y a los abogados una mayor atención en las tesis de defensa. Y está la cuestión temporal. La Súmula 609 seguirá siendo aplicable a los contratos celebrados antes del 11 de diciembre de 2025, que siguen rigiéndose por el Código Civil de 2002. Esto significa que durante los próximos años tendremos dos regímenes coexistiendo: el antiguo (contratos hasta el 10 de diciembre de 2025) y el nuevo (contratos a partir del 11 de diciembre de 2025). Identificar qué régimen se aplica al caso concreto será el primer paso de cualquier análisis. Y les aseguro que veremos mucha confusión en los tribunales durante los primeros años.

Impactos prácticos para el litigio: la nueva centralidad del cuestionario de riesgo

Con la nueva ley, el cuestionario de riesgo ha dejado de ser un mero formulario administrativo. Ahora tiene un estatus normativo de primer orden. El artículo 44 impone al proponente la obligación de responder con exactitud; pero el artículo 119 condiciona la eficacia de la exclusión al hecho de que el asegurado haya sido «interrogado claramente». Para la estrategia de defensa de las aseguradoras, esto lo cambia todo. La discusión judicial se centrará cada vez más en la calidad del cuestionario. ¿Fue claro? ¿Fue objetivo? ¿Permitió al asegurado, lego en medicina, comprender exactamente lo que se le preguntaba? Estas preguntas marcarán los litigios de ahora en adelante. Las aseguradoras que elaboren cuestionarios ambiguos o genéricos no podrán alegar posteriormente omisión del asegurado. La inversión en la calidad del instrumento de suscripción se vuelve esencial no solo desde el punto de vista actuarial, sino también jurídico. Y hay otro punto que no puede pasar desapercibido: el cuestionario está sujeto a los preceptos del CDC, especialmente a los artículos 46 y 47, que exigen claridad, objetividad y comprensibilidad de los contratos de consumo.

No basta con que la aseguradora formule preguntas técnicamente correctas desde el punto de vista médico o actuarial. Las preguntas deben ser comprensibles para el asegurado medio, que no es experto en medicina. Un cuestionario redactado con terminología excesivamente técnica, o que presuponga conocimientos especializados, puede considerarse nulo por violar el deber de claridad. Esta cuestión exige incluso una reformulación de los procesos de comercialización. Los corredores y los responsables de la suscripción deben estar capacitados no solo para recopilar respuestas, sino también para garantizar que el asegurado haya comprendido efectivamente lo que se le pregunta. Esta adecuación en la atención no es solo una buena práctica comercial, sino un requisito legal para garantizar la validez del cuestionario como instrumento de protección de la aseguradora en un posible litigio.

La carga de la prueba de la omisión voluntaria Al exigir que el asegurado «omita voluntariamente» la preexistencia, el artículo 119 confirma que la omisión culposa no es suficiente. La aseguradora tendrá que demostrar que el asegurado conocía su condición, fue claramente interrogado y conscientemente optó por no informarla.

Es una carga probatoria pesada. Exigirá a las aseguradoras una postura más proactiva en la recopilación y conservación de pruebas ya en el momento de la suscripción, no

solo de los formularios firmados, sino también de los registros de atención, las comunicaciones con el proponente y los documentos médicos que se hayan presentado. Cuanto más sólido sea el expediente probatorio inicial, más viable será la defensa en un futuro litigio.

Aplicación de la Súmula 609 a los contratos anteriores Para el vasto universo de contratos celebrados antes del 11 de diciembre de 2025, el régimen aplicable es el del Código Civil de 2002, y la Súmula 609 mantiene plena eficacia. Los abogados especializados en seguros tendrán que dominar simultáneamente dos marcos normativos distintos.

En la práctica forense, la primera medida al recibir un caso de denegación de cobertura por enfermedad preexistente será identificar la fecha de celebración del contrato. Si es anterior al 11 de diciembre de 2025, se aplica la Súmula 609 con la jurisprudencia consolidada del STJ. Si es posterior, se aplica la Ley 15.040/2024.

En las primeras fases de vigencia de la nueva ley, esta cuestión será inevitablemente controvertida. Y apuesto a que veremos tribunales aplicando el régimen equivocado simplemente por desconocimiento del cambio legislativo. Va a dar trabajo. Conclusión

La Ley 15.040/2024 trajo avances importantes en el tratamiento de las enfermedades preexistentes. Positivizó el núcleo esencial de la Súmula 609, pero con refinamientos técnicos que alteran la dinámica del litigio: exigencia de nexo causal, sustitución del examen médico por un cuestionario claro y creación de la regla de carencia como bloqueo absoluto a la denegación.

En los próximos años, la coexistencia de la Súmula 609 con el nuevo artículo 119 generará una rica producción jurisprudencial. Dos puntos merecen especial atención: el alcance de la regla de carencia del artículo 118, § 4º ante la omisión dolosa del asegurado; y el estándar de claridad exigido al cuestionario de riesgo para que la exclusión por preexistencia sea válida.

Para que los profesionales que trabajan en el mercado de seguros, abogados, gestores jurídicos y ejecutivos de compañías de seguros comprendan estos matices, no se trata solo de una cuestión de actualización normativa. Es una condición esencial para construir estrategias procesales adecuadas al nuevo escenario regulatorio.

El litigio sobre enfermedades preexistentes no ha terminado. Simplemente ha entrado en una nueva fase más sofisticada, más técnica y más exigente.

Fuente

Fuente: Conjur

Enlace:
https://www.conjur.com.br/2026-fev-24/doenca-preexistente-e-recusa-de-cobertura-securitaria-a-sumula-609-do-stj-a-luz-da-lei-no-15-040-2024/