Una nueva ley limita la denegación de cobertura por enfermedades preexistentes

Boletín N°:

Mar 31, 2026 BRASIL

Una reciente modificación legislativa debería cambiar la forma en que las aseguradoras analizan las solicitudes de indemnización en los seguros de vida en Brasil. La Ley n.º 15.040/2024, que actualizó las normas de los contratos de seguro en el país, ha establecido criterios más objetivos para denegar el pago en casos relacionados con enfermedades preexistentes, un tema que hasta entonces era objeto de amplios debates en los tribunales.

En la práctica, según los expertos, la nueva legislación busca reducir los conflictos entre las aseguradoras y los beneficiarios al definir con mayor claridad cuándo una enfermedad preexistente puede justificar la denegación de la indemnización, al tiempo que reorganiza la distribución de responsabilidades en el contrato y establece parámetros más objetivos para la actuación de las aseguradoras, lo que podría tener un impacto en la judicialización del sector en los próximos años.

Cómo funcionaba antes

Antes de la nueva legislación, el debate sobre las enfermedades preexistentes se regulaba principalmente por el Código Civil y el Código de Defensa del Consumidor, además de la interpretación consolidada por los tribunales. La norma general estaba prevista en el artículo 766 del Código Civil, que preveía la pérdida del derecho a la indemnización cuando el asegurado omitía información capaz de influir en la aceptación del contrato o en el valor de la prima.

En la práctica, sin embargo, la aplicación de esta norma generaba frecuentes disputas judiciales. La interpretación predominante del Tribunal Superior de Justicia (STJ) era que la mera existencia de una enfermedad anterior a la contratación no autorizaba automáticamente la denegación de la cobertura. Para que esto ocurriera, sería necesario demostrar que el asegurado actuó de mala fe al omitir voluntariamente una afección de salud conocida.

Este tipo de discusión solía surgir a menudo solo tras el siniestro, ya que, según la interpretación del Tribunal Superior de Justicia, la denegación de la cobertura dependía del análisis de la existencia de mala fe por parte del asegurado, lo que llevaba a las aseguradoras a reevaluar, de forma retrospectiva, el historial médico tras el evento.

Qué cambia con la nueva ley

Con la entrada en vigor de la Ley n.º 15.040/2024, este escenario pasa a estar regulado de forma más clara. En los seguros de vida con cobertura por fallecimiento o invalidez, uno de los principales cambios se refiere al plazo de carencia, el período inicial del contrato durante el cual determinadas coberturas aún no surten efecto.

Según los expertos, cuando existe un período de carencia previsto contractualmente, la aseguradora no podrá denegar el pago de la indemnización tras la finalización de dicho período basándose únicamente en la alegación de que la enfermedad ya existía antes de la contratación. En opinión de estos profesionales, esta disposición tiene una consecuencia importante, ya que, al establecer un período de carencia, la aseguradora asume que, una vez superado dicho plazo, la mera existencia previa de la enfermedad no puede utilizarse, por sí sola, como motivo para denegar la cobertura.

La legislación también contempla situaciones en las que el contrato de seguro no prevé un período de carencia. En estos casos, la exclusión de la cobertura sigue siendo posible, pero no se produce automáticamente. Según un análisis publicado en un artículo técnico sobre el tema, la validez de la denegación depende de que se demuestre una omisión relevante de información en el momento de la contratación, lo que implica el análisis del cuestionario de salud y del resto de documentos firmados por el asegurado.

Las preguntas claras pasan a ser decisivas

Uno de los puntos centrales de la nueva ley se refiere a la forma en que las aseguradoras solicitan y registran la información sobre la salud del asegurado en el momento de la contratación. Según explica Marcelo Galiciano Nunes, abogado especialista en derecho de seguros del bufete Nunes Advogados, la legislación exige ahora que las preguntas formuladas al consumidor sean claras, específicas y objetivas, lo que modifica la forma en que se puede analizar la omisión de información en los litigios judiciales.

En opinión del abogado, los cuestionarios de salud genéricos, como las preguntas amplias sobre problemas de salud, pueden no ser suficientes para demostrar que hubo una omisión consciente de información relevante por parte del asegurado. Las preguntas que mencionan diagnósticos específicos o delimitan períodos determinados tienden a tener mayor relevancia jurídica. En este contexto, el abogado afirma que «sin preguntas claras sobre enfermedades específicas, la aseguradora no puede denegar la cobertura alegando posteriormente la omisión del asegurado sobre algo que nunca se le preguntó».

La alegación de una enfermedad preexistente no basta, por sí sola, para denegar la cobertura

Otro punto importante de la nueva legislación se refiere a la relación entre la enfermedad preexistente y la causa del siniestro. Según la nueva norma, la aseguradora solo puede excluir la cobertura cuando se demuestre que la enfermedad anterior fue la causa principal de la muerte o de la invalidez que dio lugar a la solicitud de indemnización.

Según el abogado especialista, esto significa, en la práctica, que la mera existencia de un problema de salud anterior a la contratación del seguro no es suficiente para justificar la denegación, siendo necesario demostrar que dicha afección fue efectivamente responsable del evento que dio lugar a la activación de la póliza. El abogado explica que muchas enfermedades actúan únicamente como factores de riesgo, y

no necesariamente como causa directa del siniestro.

«Un ejemplo habitual se da cuando el asegurado padece hipertensión o diabetes, afecciones relativamente frecuentes en la población, pero fallece a causa de una enfermedad sin relación directa con esas afecciones. En estos casos, la mera existencia de la afección previa no autoriza automáticamente la denegación del pago. La exclusión de la cobertura depende de que se demuestre que la enfermedad preexistente fue realmente la causa determinante del suceso, lo que generalmente requiere un análisis médico y pericial individualizado», comenta.

Posibles repercusiones en el sector

En opinión del abogado, estos cambios deberían influir en la forma en que se elaboran y comercializan los contratos de seguro. La tendencia es que las aseguradoras empiecen a adoptar cuestionarios de salud más detallados y procedimientos de evaluación de riesgos más rigurosos en el momento de la contratación, reduciendo así la posibilidad de disputas posteriores. El especialista destaca que aún es pronto para medir sus efectos prácticos, pero, según él, los litigios tienden a centrarse menos en la mera existencia de una enfermedad previa y más en la forma en que se llevó a cabo la contratación del seguro.

Source

Source: Real News

Link:
https://realnews.com.br/nova-lei-limita-negativa-de-seguro-por-doenca-preexistente/