

Supremo Tribunal de Justiça
Processo nº 2157/06.8TVLSB.S1

Relator: LOPES DO REGO

Sessão: 29 Outubro 2009

Número: SJ

Votação: UNANIMIDADE

Meio Processual: REVISTA

Decisão: NEGADA A REVISTA

MATÉRIA DE FACTO

CONTRATO DE SEGURO

SEGURO DE GRUPO

CLÁUSULAS CONTRATUAIS GERAIS

Sumário

1. Constitui matéria de facto, da exclusiva competência das instâncias, apurar se, numa dada situação concreta, as partes consumaram ou não certa modificação objectiva de uma relação contratual, alegadamente consubstanciada no teor de um documento particular.

2. Apesar das especificidades que caracterizam a figura do seguro de grupo, não pode, em absoluto, afastar-se a aplicabilidade de todas as normas que se incluem no regime legal das cláusulas contratuais gerais, de modo a tutelar adequadamente interesses legítimos do aderente individual a tal contrato que - apesar de nele não ser «parte» - é o destinatário último dos efeitos jurídicos das cláusulas acordadas entre seguradora e tomador de seguro, suportando, no seguro contributivo, o pagamento do prémio e estando sujeito a uma adesão tabelar e incondicional às cláusulas convencionadas pelos outorgantes na relação fundamental.

3. Não pode considerar-se equívoca ou ambígua a cláusula de indexação anual dos capitais seguros quando, face, nomeadamente, ao certificado individual de seguro, oportunamente enviado ao aderente, resulta claro que tal cláusula particular apenas envolveu a progressão aritmética dos valores originariamente acordados, sem comportar a aplicação da taxa de indexação sobre o montante dos capitais já precedentemente actualizados.

Texto Integral

Acordam no Supremo Tribunal de Justiça:

1.AA intentou, no Tribunal Cível da Comarca de Lisboa, acção de condenação, com processo ordinário, contra a Companhia de Seguros BB, peticionando o pagamento da quantia de €51.369,06 e respectivos juros, fundando-se no incumprimento parcial do contrato de seguro de grupo em que figurava como tomador a Caixa de Previdência dos Advogados e Solicitadores, a que o A. havia oportunamente aderido, e que cobria o risco de invalidez por doença: na verdade, tendo ficado impossibilitado de exercer a sua actividade profissional em consequência de incapacidade absoluta e temporária motivada por doença ,a R. ter-lhe-ia pago indemnização inferior à que resultava das cláusulas contratuais em vigor à data do sinistro, não respeitando a cláusula de indexação acordada e não tendo em consideração o valor efectivo e actual das coberturas, decorrente, na perspectiva do A. , de alteração acordada entre ele e a seguradora quanto aos montantes cobertos pelo seguro.

Seguiram-se os demais articulados – sustentando a ré seguradora que não teria havido qualquer alteração aos termos originários do contrato e impugnando que a cláusula de indexação de 10% ao ano comportasse a interpretação que lhe era dada pelo A., .em termos de a actualização dos capitais seguros, numa lógica de capitalização dos montantes resultantes de indexações já aplicadas, incidir sobre os valores precedentemente actualizados (e não sobre o capital inicialmente previsto) – sendo proferido saneador-sentença a julgar a acção totalmente improcedente.

Inconformado, apelou a A. para a Relação que, todavia, negou provimento ao recurso, confirmando inteiramente a decisão recorrida.

2.É desta decisão que vem interposta a presente revista, cujo objecto é delimitado pelas respectivas conclusões, que se transcrevem:

1.Autor e ré celebraram o contrato de seguro de fls.14 a 20.

2.Assim, a ré obrigou-se a reparar os danos sofridos pelo autor em consequência da doença de que foi vítima.

3.As coberturas constantes do documento de fls. 14 foram as inicialmente acordadas entre o autor e a ré.

4.As coberturas constantes do documento de fls.14 foram aumentadas 100%,ou seja, o dobro dos valores fixados inicialmente, a partir de 1/10/96, conforme consta e se vê do documento de fls.22.

5. Tendo em conta a actualização anual de 10%, acordada e estabelecida no contrato de seguro, as somas seguras estão sujeitas a aumentos automáticos anuais de 10%, ou seja, nas datas das sucessivas renovações anuais do contrato de seguro, as referidas somas seguras sofrem o aumento de 10%.

6.É este também o entendimento de CC, especialista em questões de seguros, in Dicionário de Seguros, pag. 193.

7. Consequentemente, deve a acção ser julgada totalmente provada e procedente.

8.Uma vez que a acção foi julgada improcedente, o Tribunal da Relação de Lisboa violou o disposto no art. 406º do CC, pelo que o acórdão recorrido deve ser revogado e substituído por outro que julgue a acção procedente, condenando a ré, ora recorrida, no pedido formulado na petição inicial. Deve ainda a ré, ora recorrida,ser condenada como litigante de má fé em multa e numa indemnização não inferior a € 75.000,00, a favor do autor, ora recorrente.

A recorrida contra alegou, pugnando pela improcedência da argumentação do recorrente.

3. As instâncias consideraram fixada a seguinte matéria de facto:

A 1.a instância considerou provados os seguintes factos:

2.1. A BB - Companhia de Seguros, S.A., resulta da fusão da Companhia de BB, S.A., e da Companhia de Seguros BB, S.A..

2.2. Entre a Companhia de Seguros Império e a Caixa de Previdência dos Advogados e Solicitadores, foi celebrado um contrato de seguro de grupo, contributivo, do ramo vida, a que foi atribuído o n° 29000, cujas condições gerais e especiais se encontram a fls 15 e ss..

2.3. Nos termos do artigo 8o, n° 1 das condições gerais:

«Por cada Pessoa Segura será emitido um Certificado Individual comprovativo da sua inclusão no Grupo Seguro, de que constem os elementos de identificação da Pessoa Segura e a designação dos Beneficiários».

2.4. De acordo com o artigo 1º das condições especiais:

«Pela presente cobertura complementar a Seguradora garante o pagamento à Pessoa Segura do subsídio diário estipulado nas Condições Particulares, em caso de incapacidade temporária absoluta, superior a 31 dias, em

consequência de acidente ou doença sobrevindo no decurso de 180 dias a contar da data em que sofreu o acidente ou contraiu a doença.

A indemnização devida ao abrigo desta garantia terá início no 1º dia de baixa e será paga enquanto subsistir essa incapacidade e no máximo durante o prazo fixado nas Condições Particulares, o qual não pode exceder 730 dias. A partir do 360º dia de incapacidade o subsídio será reduzido em 25 por cento».

2.5. Em 91.05.01, o A. aderiu ao seguro supra identificado, tendo-lhe sido atribuído o certificado individual nº 1603, de que existe cópia a fls. 14, correspondente ao número de beneficiário 6601, donde constam as seguintes coberturas e capitais:

10.000.000\$00

20.000.000\$00

30.000.000\$00

10.000.000\$00

20.000.000\$00

20.000.000\$00

30.000.000\$00

10.000.000\$00

10.000\$00

a) Morte por doença

b) Morte por acidente

c) Morte por acidente de circulação

d) Invalidez total e permanente por doença

e) Invalidez absoluta e definitiva por doença

f) Invalidez total e permanente por acidente

g) Invalidez absoluta e definitiva por acidente

h) Duplo efeito

i) Subsídio diário por doença ou acidente

2.6. Foi acordada uma indexação de 10% relativamente ao capital seguro.

2.7. Mostra-se junto a fls. 22 cópia de um certificado sob o nº 1603, datado de 01.06.08, relativo à adesão do A., donde constam as seguintes coberturas:

a) Morte por doença 20.000.000\$00

b) Morte por acidente 40.000.000\$00

60.000.000\$00

20.000.000\$00

40.000.000\$00

40.000.000\$00

60.000.000\$00

- c) Morte por acidente de circulação
- d) Invalidez total e permanente por doença
- e) Invalidez absoluta e definitiva por doença
- f) Invalidez total e permanente por acidente
- g) Invalidez absoluta e definitiva por acidente
- h) Duplo efeito 20.000.000\$00
- i) Subsídio diário por doença ou acidente 20.000\$00

2.8. Consta igualmente desse certificado a indexação de 10%.

2.9. O A. tem pago à R. os prémios e os respectivos encargos em conformidade com o acordado e estabelecido no contrato de seguro.

2.10. Em 03.04.05 o A. sofreu um acidente vascular cerebral que determinou a incapacidade absoluta temporária de exercer a sua actividade profissional.

2.11. Através da carta datada de 04.10.30, de que existe cópia a fls. 27-8, o A. comunicou à R. a ocorrência da doença e consequente incapacidade física para exercer a sua actividade profissional de advogado, enviando cópia dos documentos juntos a fls. 29 a 97, reclamando o pagamento do subsídio diário por doença, devidamente actualizado com base na indexação anual de 10%.

2.12. A R. aceitou a ocorrência do sinistro, remetendo ao A. por carta de 05.01.20, recebida em 05.01.25 o cheque n°00000000000000, de € 17.338,92, para pagamento do subsídio diário, relativamente ao período compreendido entre 03.04.07 e 03.09.11 (158 dias), calculada com base no subsídio diário de € 109,74.

2.13. O A. enviou à R. a carta datada de 05.02.17, de que existe cópia a fls. 100, acompanhada dos documentos juntos a fls. 101, comprovativos da incapacidade absoluta temporária para exercer a sua actividade profissional a fim de ser processado o subsídio diário subsequente.

2.14. Por carta datada de 05.08.03, recebida em 05.08.09, de que existe cópia a fls. 104, a R. enviou ao A. o título indemnizatório, o cheque n° 000000000000 de € 50.061,49, relativamente ao subsídio diário do período compreendido entre 03.09.12 e 05.02.11 (519 dias).

2.15. Por carta de 05.08.18, enviada à R., por fax, de que existe cópia a fls. 106, o A. acusou a recepção da carta de 05.08.03 e do cheque de € 50.061,49, pedindo-lhe também esclarecimentos sobre o valor do subsídio diário e sobre o período de tempo a que se refere a dita quantia de € 50.061,49.

2.16. A R. respondeu através da carta datada de 05.08.24, de que existe cópia a fls. 107, informando que o cheque era relativo ao período compreendido entre 03.09.12 e 05.02.22, e que no cálculo foram considerados os seguintes pressupostos:

- Ano de 2003

- subsídio diário no valor de € 109,74
- 111 dias;
- Ano de 2004
- Subsídio diário de € 114,75
- 366 Dias
- redução de 25% ao 360º dia;
- Ano de 2005
- Subsídio diário de € 119,74
- 42 Dias
- redução de 25%.

2.17. Por carta datada de 05.09.30, de que existe cópia a fls. 108, a A. enviou à R. um documento médico, de que existe cópia a fls. 109, comprovativo da incapacidade absoluta temporária, para processamento do subsídio diário actualizado a contar de 05.02.11 e até perfazer o período de 730 dias previsto na apólice como prazo máximo do subsídio diário.

2.18. A R., através da carta de 05.11.09, recebida em 05.11.14, enviou ao A. o cheque nº 000000000 de € 4.759,40, informando que assumiu ela, nos termos das condições gerais e particulares do seguro, o pagamento do capital seguro relativo á cobertura complementar do subsídio diário por incapacidade absoluta temporária.

2.19. O período de 730 dias, previsto na apólice como prazo máximo do subsídio diário, foi atingido em 05.04.05, pelo que o referido cheque de € 4.759,40, diz respeito ao subsídio diário do período compreendido entre 05.02.11 e 05.04.05 (53 dias), calculado com base no subsídio diário de € 89,90 ($€ 4.759,40:53 = € 89,80$).

4. O A. fundamenta a pretensão que deduz contra a seguradora numa dupla e autónoma vertente argumentativa:

- por um lado, sustenta que teria ocorrido, em Junho de 2001, alteração dos termos do contrato de seguro de grupo a que havia originariamente aderido, em 1991, produzindo a ampliação dos capitais, pretensamente resultante de tal acordo superveniente, efeitos retroactivos à data de 1/10/96; na óptica do A., tal acordo resultaria documentado através do certificado de seguro que lhe foi remetido em Junho de 2001 (fls. 22 dos autos), actualizando para o dobro os capitais originariamente convencionados, ao fim de 10 anos de vigência do contrato, por força da cláusula de indexação de 10%,mas estabelecendo que os mesmos valores seriam «válidos » desde 1/10/96;

-por outro lado, impugna o A. a interpretação da dita cláusula de indexação de 10%, resultante das condições particulares e incluída no certificado individual de seguro, por considerar que a mesma devia implicar a capitalização dos montantes resultantes de indexações precedentemente aplicadas, em cada ano de vigência contratual, não se esgotando, como pretende a seguradora, na mera aplicação de uma taxa de crescimento aritmética de 10% sobre o valor dos capitais originariamente convencionados.

A primeira via argumentativa, envolvendo controvérsia sobre a própria matéria de facto, a fixar definitivamente pelas instâncias, não cabe no âmbito de um recurso de revista, atento o seu específico fundamento: a violação de lei substantiva; na verdade, apurar se, no desenvolvimento de uma dada e concreta relação contratual, as partes consumaram ou não uma modificação das cláusulas contratuais originariamente acordadas, alegadamente consubstanciada em determinado documento particular incorporado nos autos, é matéria obviamente desprovida de carácter normativo, tendo fundamental e decisivamente que ver com a averiguação da vontade real manifestada, no plano fáctico, pelos interessados.

Já , pelo contrário, a interpretação da cláusula contratual em que se estipulou a controvertida «indexação de 10%» poderá envolver a aplicação de critérios normativos, susceptíveis de integrarem «matéria de direito», uma vez que se não esgota no apuramento ou determinação da vontade real dos interessados: daí que, admitindo-se uma possível e eventual qualificação da relação contratual em litígio como «contrato de adesão», se tivesse, ao abrigo do disposto no art. 3º, nº3, do CPC, determinado a notificação das partes para se pronunciarem, querendo, sobre a eventual aplicação das normas legais atinentes à interpretação das cláusulas contratuais gerais, em particular, a do art. 11º do DL 446/85, de onde decorre o princípio de que, tratando-se de cláusulas «ambíguas», deve prevalecer o sentido mais favorável ao aderente - perspectivando-se, assim, tal matéria como traduzindo um inovatório enquadramento jurídico do litígio, sobre o qual cumpria naturalmente facultar às partes o contraditório.

A seguradora ré veio efectivamente pronunciar-se sobre a questão oficiosamente suscitada, sustentando que - estando em causa um seguro de grupo, que teria exclusivamente como partes os contraentes originários (e não os aderentes individuais, na qualidade de «pessoas seguras») - não seria convocável o regime normativo típico das cláusulas contratuais gerais, instituído pelo DL 446/85; além de que, por força do preceituado no art. 4º do

DL 176/95, seria sempre sobre o tomador do aludido seguro de grupo que recairia o dever de informação dos aderentes individuais sobre todas as condições estipuladas - não podendo, deste modo, opor-se à seguradora qualquer violação dos deveres de esclarecimento ou informação daqueles.

Como é evidente, subjacente ao despacho proferido a fls.353 está o entendimento do relator de que não pode excluir-se, liminarmente e em absoluto, a tutela emergente do referido regime normativo das cláusulas contratuais gerais relativamente aos aderentes individuais a um «seguro de grupo» com o argumento, estritamente de índole jurídico-formal de que, embora destinatários últimos, enquanto «pessoas seguras», dos efeitos jurídicos potenciados pelas cláusulas contratuais acordadas - e a que estão sujeitos a aderir sem a menor possibilidade de influenciar o respectivo conteúdo - não são partes no contrato.

Não se questiona que o seguro de grupo apresenta algumas especificidades relevantes - decorrentes, desde logo, de estarmos confrontados com uma relação «triangular», que se desdobra no contrato fundamental e tendencialmente «colectivo», acordado entre a seguradora e a entidade que «representa» o conjunto de pessoas ligadas ao tomador de seguro por um vínculo ou interesse comum, cujos efeitos se polarizam individualmente na esfera jurídica de cada um dos interessados que manifestem a vontade de adesão aos termos convencionados pelos contraentes originários (sem que tal adesão envolva a celebração de uma nova e autónoma relação de seguro e não se tratando, em rigor, de contrato a favor de terceiro, ao menos no sentido que a tal figura é dado pelo art. 443º do CC, por a projecção dos efeitos do negócio na esfera jurídica dos aderentes depender sempre da vontade por estes manifestada).

Desta peculiar estrutura da relação contratual decorre uma boa parte das dúvidas suscitadas quanto ao seu regime jurídico, algumas delas expressamente resolvidas pelo legislador (por exemplo, a definição de qual é o contraente sujeito ao dever de informação dos aderentes individuais, operada pelo citado art. 4º do DL 176/95) e outras susceptíveis de originarem dúvidas e controvérsia (por exemplo, a determinação das condições em que podem legitimamente opor-se aos referidos aderentes alterações supervenientes da relação contratual fundamental, convencionadas por seguradora e tomador do seguro de grupo, sem que hajam sido informados do teor da modificação contratual entretanto ocorrida e a ela possam ter dado assentimento - cfr. Os Acs. do STJ de 10/5/07 proferido no p.07B1277 e de 13/4/94 in BMJ436, pag. 339).

Porém, e como atrás se salientou, tais especificidades não devem precluir, em absoluto, a aplicabilidade de algumas normas incluídas no regime das cláusulas contratuais gerais, de modo a não desprover totalmente de tutela o aderente individual, destinatário último dos efeitos do contrato, responsável, no âmbito dos seguros de grupo contributivos, pelo pagamento da contraprestação dos riscos assumidos pela seguradora e sujeito a uma adesão tabelar e incondicionada às cláusulas contratuais acordadas pela seguradora e pelo tomador de seguro.

Note-se que esta preocupação transparece do regime actualmente em vigor, resultante do DL 72/08, em cujo preâmbulo se afirma, a propósito da regulamentação do seguro de grupo:

«Nos contratos de seguro de grupo em que os segurados contribuem para o pagamento, total ou parcial, do prémio, a posição do segurado é substancialmente assimilável à de um tomador de seguro individual. Como tal, importa garantir que a circunstância de o contrato de seguro ser celebrado na modalidade de seguro de grupo não constitui um elemento que determine um diferente nível de protecção dos interesses do segurado e que prejudique a transparência do contrato».

No caso dos autos - e como atrás se salientou - a norma que entendemos como convocável é a que consta do art. 11º do referido DL 446/85, conduzindo a que as cláusulas «ambíguas» devam valer com o sentido que lhes daria o contraente indeterminado normal que se limitasse a subscrevê-las ou a aceitá-las, quando colocado na posição do aderente real, prevalecendo, na dúvida, o sentido mais favorável ao aderente. E, em apoio deste entendimento segundo o qual não pode excluir-se liminarmente a aplicabilidade deste regime no âmbito dos seguros de grupo, pode invocar-se o decidido no Ac. do STJ de 17/2/05 (in CJ I/05, pag. 75)concluindo - numa situação paralela , configurada como de contrato a favor de um terceiro beneficiário,e apesar de estar em causa um contrato celebrado entre certa seguradora e um sindicato de bancários, como tomador de seguro, - que a ambiguidade de certa cláusula contratual sempre levaria à prevalência do sentido mais favorável ao aderente (apesar de este não ter obviamente participado nas negociações prévias ocorridas entre seguradora e tomador do seguro).

Resta saber se poderá considerar-se « obscura» ou «ambígua» a cláusula de indexação de 10% incluída no certificado de seguro emitido - em termos de à mesma poder razoavelmente ter o aderente atribuído o sentido

de comportar mais do que a mera aplicação de uma taxa de crescimento aritmética de 10% ao ano, incidindo exclusivamente sobre os montantes originariamente acordados: ora, perante a matéria apurada nos autos, entendemos que deverá ser negativa a resposta a esta questão:

-em primeiro lugar, importa realçar que era sobre o autor que incidia o ónus de convencer que o sentido esperado e razoavelmente previsível da lacónica estipulação de que se incluía no seguro em causa a «indexação de 10%» era o por ele sustentado na presente acção - invocando, nomeadamente práticas ou hábitos reiterados na actividade seguradora que tornassem expectável a prevalência de tal sentido ou interpretação: não o fez, limitando-se a invocar como base da sua posição , uma mera definição genérica do conceito de« indexação »constante de determinada obra técnica (e sem que, aliás, resulte sequer, com suficiente clareza, as regras de cálculo a adoptar na feitura dos aumentos automáticos, destinados a manter actualizados os valores seguros);

-em segundo lugar, e como atrás se salientou, era à entidade que figurava no contrato como tomador do seguro que incumbia, nos termos da lei, prestar ao segurado individual os esclarecimentos pertinentes sobre as coberturas incluídas e os direitos do interessado, em caso de sinistro;

-finalmente, não pode deixar de relevar decisivamente o teor do certificado individual de seguro remetido ao autor em :8 de Junho de 2001

revelando os valores atribuídos aos capitais ,aí especificados, ao fim de 10 anos de vigência do contrato, que os mesmos só podiam ter resultado da aplicação da referida indexação aos valores originariamente acordados.

E tal conclusão não é minimamente abalada pelas dúvidas, razoavelmente suscitadas ao longo do processo, pela aparente atribuição de eficácia retroactiva a tais montantes, expressa nos dizeres de «válido desde 1/10/96», constantes do referido documento: é que tais valores, se, porventura, tivessem sido alcançados em 1/10/96, nunca poderiam traduzir aplicação do critério de indexação sustentado pelo recorrente.

5.Nestes termos e pelos fundamentos expostos, nega-se provimento à revista, inexistindo qualquer fundamento para a peticionada condenação por litigância de má fé

Custas pelo recorrente.

Lisboa, 29 de Outubro de 2009

Lopes do Rego (Relator)

Pires da Rosa

Custódio Montes