

Tribunal da Relação do Porto
Processo nº 2334/18.9T8PNF.P1

Relator: ALEXANDRA PELAYO

Sessão: 22 Junho 2021

Número: RP202106222334/18.9T8PNF.P1

Votação: UNANIMIDADE

Meio Processual: APELAÇÃO

Decisão: CONFIRMADA

CONTRATO DE SEGURO DO RAMO VIDA

CLAÚSULAS CONTRATUAIS GERAIS

INTERPRETAÇÃO DA CLÁUSULA

Sumário

I - Não se apurando a vontade real do declarante, expressa em cláusula contratual, a declaração deve valer com o sentido que um declaratório normal (medianamente instruído, diligente e sagaz), colocado na posição do declaratório efetivo, possa deduzir do comportamento do declarante, salvo se este não puder razoavelmente contar com ele, atendendo a todas as circunstâncias do caso concreto.

II - A ter-se por ambígua a cláusula dum contrato de seguro, do ramo vida, estando a mesma aposta num típico contrato de adesão - com cláusulas prévia e unilateralmente elaboradas e subscritas sem prévia negociação individual - apenas poderá valer com o sentido que lhe daria o contratante indeterminado normal que se limitasse a subscrevê-las ou a aceitá-las, quando colocado na posição de aderente real.

Texto Integral

2334/18.9T8PNF.P1

Tribunal de origem: Tribunal Judicial da Comarca do Porto Este -Juízo Central Cível de Penafiel - Juiz 2

SUMÁRIO:

.....
.....
.....

Acordam os Juizes que compoem este Tribunal da Relacao do Porto:

I-RELATORIO:

B... e mulher, C... intentaram acao declarativa de condenacao com processo comum e sob forma unica contra D..., COMPANHIA DE SEGUROS DE VIDA, S.A., tendo formulado o seguinte pedido:

Seja a Ré condenada a reconhecer:

1. que em 23 de Dezembro de 2005 celebrou com os AA. um contrato de seguro titulado pela apolice n.º, através do qual a R. aceitou que, no caso de advir morte ou invalidez total e permanente para os AA. esta pagaria o capital que se encontrasse em dívida pelos AA. do empréstimo ao Banco E..., SA;

2. que o A. Marido em 23.11.2011, mercê de doença, passou a sofrer uma incapacidade de 0.762;

3. que o contrato de seguro celebrado com os AA. é válido e vigente, e que se encontrava em vigor à data em que foi fixada a incapacidade ao Autor marido; Seja a R. condenada a pagar:

4. aos AA a quantia de 11.266,27€, valor que os AA. já suportaram no pagamento das prestações mensais por eles liquidadas, referentes ao contrato de mútuo contraído junto do Banco E...;

5. no pagamento aos AA de todas as prestações do mútuo contraído com o n.º que se vencerem, desde a citação e até ser proferida sentença com trânsito em julgado que condene a R. nos pedidos ora formulados;

6. no pagamento do valor emergente de todas as prestações vincendas do mútuo n.º que os AA. contraíram junto do Banco E... para aquisição da sua habitação, até ao montante de 59.537,15€.

Para fundamentar a respetiva pretensão alegaram, em síntese, a outorga de um contrato de seguro com a Ré, a cobertura da invalidez total e permanente para o trabalho, destinado a garantir um mútuo para aquisição de habitação, sendo que verificada a situação de incapacidade prevista no contrato, sem que Ré tenha dado pagamento, como se obrigou.

Contestou a Ré, excepcionando as declarações inexatas pelo Autor, na qualidade de pessoa segura, ao questionário clínico que acompanhava a proposta enviada à Ré, declarações que, a não terem existido, determinariam a recusa do seguro por parte da Ré. Sempre a anterioridade da doença mais implica o não pagamento e, finalmente, a recusa de pagamento pela Ré

relacionou-se com a falta de comprovação bastante pelo A. da situação de invalidez total e permanente conforme o contrato, ao que acresce a não verificação do grau de incapacidade exigido. Sempre, se fosse devida qualquer restituição das quantias pagas pelos Autores ao Banco E..., S.A., após a data efeito do pagamento do capital seguro (data da verificação de um sinistro garantido pela apólice), essas quantias só podiam ser exigidas pelos Autores ao Banco E..., S.A., que recebeu tais prestações e não à Ré que não foi credora/recebedora das mesmas.

Teve lugar a audiência prévia, na qual se decidiu da regularidade da instância, se aferiram positivamente a totalidade dos pressupostos processuais e se selecionou a matéria assente e controvertida com interesse para a decisão da causa.

Foi realizada a audiência de julgamento, no final da qual, foi proferida sentença, com a seguinte parte decisória:

“Tudo visto, julgo a ação procedente, por provada e, em consequência, condeno a Ré:

A) a pagar/reembolsar aos AA. a quantia de 15.538,42 EUR, pagos pelos AA. ao beneficiário F..., S.A a título de restituição do mútuo garantido pelo contrato de seguro em apreço nos autos, entre 23.11.2016 e 25.03.2020;

B) a pagar-lhes a quantia que se vier a liquidar em incidente ulterior, referente às prestações mensais de amortização que os AA pagaram e venham a pagar ao E..., S.A desde 25 de Março de 2020 e até à data em que a Ré satisfizer ao mesmo E..., nos termos da alínea seguinte, o saldo/capital em dívida referente ao mútuo em causa nos autos;

C) A pagar ao F..., S.A., o saldo/capital ainda em dívida à data da liquidação mesma, referente ao contrato de mútuo que justificou o contrato de seguro em apreço nos autos.

Custas pela Ré.”

Inconformada, a Ré **D... - COMPANHIA DE SEGUROS DE VIDA, S.A.**, veio interpor o presente recurso de Apelação, tendo apresentado as seguintes conclusões:

1. A Sentença proferida nestes autos julgou a ação procedente por provada e, em consequência, condenou a Recorrente nos pedidos formulados pelos AA..

2. É contra este segmento decisório da Sentença que a Recorrente se insurge, pois entende que, nesta parte, o meritíssimo Tribunal a quo interpretou e/ou aplicou erroneamente os princípios e as normas jurídicas aplicáveis, nomeadamente as cláusulas do contrato de seguro.

3. Os AA. interpuseram a presente a ação contra a Recorrente/R. peticionando ao meritíssimo Tribunal a quo que, em suma, a condenasse no pagamento ao Banco E..., S.A./F..., S.A. do valor em dívida relativo ao crédito à habitação por

eles titulado junto desta instituição desde 23/11/2006 e até ao limite de € 59.537,15, ao abrigo do contrato de seguro com a Recorrente celebrado, que se encontra associado e que garante aquele crédito (conforme melhor consta na douda Petição Inicial e na douda Sentença em crise).

4. O Contrato tem como cobertura principal a morte ou a cobertura complementar de INVALIDEZ TOTAL E PERMANENTE dos AA., nele se tendo definindo e delimitado o que, para os seus efeitos, se entende e entenderá ser uma invalidez total e permanente.

5. A este respeito, o Contrato dispõe que consubstancia uma situação de invalidez total e permanente aquela relativamente à qual cumulativamente (i) se está total e definitivamente incapaz de exercer qualquer atividade remunerada, com fundamento em sintomas objetivos, clinicamente comprováveis; (ii) não é possível prever qualquer melhoria no seu estado de saúde de acordo com os conhecimentos médicos atuais; e se é (iii) portador de um grau de desvalorização, de acordo com a tabela nacional de incapacidades, superior a 66,6%.

6. Tudo conforme os factos julgados como provados e melhor descritos sob os pontos A) a J) da Sentença em crise, cujo teor se dá aqui como integralmente reproduzido.

7. Os AA. alegaram que adveio ao A. marido uma situação de invalidez naqueles termos, isto é, uma situação de invalidez com a verificação de todos os pressupostos acima referidos em 5.

8. Da apreciação e valoração da prova produzida e carreada para os autos, o meritíssimo Tribunal a quo veio a formar a sua convicção no sentido de que ao A. marido corresponde uma repercussão na atividade profissional de 68,5 pontos, as quais são impeditivas do exercício da atividade profissional habitual, bem como de qualquer outra da sua área de preparação técnico-profissional (factos julgados como provados sob os pontos P) e S) da Sentença em crise).

9. Conforme melhor consta da fundamentação da Sentença, para a formação da sua convicção, o meritíssimo Tribunal a quo relevou sobretudo o Relatório Pericial constante dos autos relativo ao exame médico-legal realizado ao A. marido, no qual o Sr. Perito nomeado concluiu que o autor está incapaz de exercer uma atividade remunerada dentro da sua área de competência técnico-profissional.

10. Sucede que, não obstante ter faticamente decidido neste sentido, isto é, no sentido de que o A. marido padece (somente) de uma invalidez parcial, o meritíssimo Tribunal a quo decidiu, ainda assim, julgar procedente a ação.

11. Na medida em que, nos termos e para os efeitos do disposto no Contrato, apenas releva uma invalidez total e permanente e atendendo aos factos

julgados como provados, nomeadamente sob os pontos J), P) e S) da Sentença em crise; não podia o meritíssimo Tribunal a quo ter decidido desta forma.

12. Não se vislumbra outra razão se não a de ter sido cometido um manifesto lapso, pois, além do referido, resulta dos autos que o Contrato é válido e eficaz, mostrando-se conforme a todos os preceitos legais que se lhe impõem, nomeadamente os constantes do Decreto-Lei n.º 176/95 de 26 de julho (já revogado) e Decreto-Lei n.º 72/2008, de 16 de abril, como aliás não foi posto em causa pelos AA..

13. O Contrato é claro quando dispõe no sentido de que não releva qualquer invalidez, mas somente a invalidez da qual resulte uma incapacidade para o exercício de uma (qualquer) atividade remunerada, como aliás não foi posto em causa pelos AA..

14. Em face da inexistência de quaisquer normas imperativas aplicáveis que disponham no sentido da decisão em crise, releva, neste âmbito, o contratualizado e constante do Contrato.

15. Claro está, pois, que se o âmbito da cobertura complementar por invalidez total e permanente do Contrato dissesse respeito à incapacidade para o exercício da profissão habitual dos AA./ outra da mesma área (o que não se concede e apenas se equaciona por mero exercício académico), tal constaria expressa, clara e inteligivelmente do Contrato.

16. Ressalve-se, todavia, que em momento algum foi suscitada pelos AA. Qualquer questão relativa ao teor e à interpretação do Contrato.

17. Questão essa que, com o devido respeito, não pode ser levantada atendendo a que o Contrato é perfeitamente claro quando dispõe no sentido de que releva somente a invalidez total e permanente da qual resulte uma incapacidade para o exercício de uma (qualquer) atividade remunerada.

18. Se dúvidas haja quanto a isto, chame-se à colação o critério plasmado no art. 236º do CC, do qual igualmente resulta esta conclusão; bem como se chame à colação a ratio do Contrato em causa, do tipo voluntário e do ramo “vida”, associado ao crédito à habitação titulado pelos AA. junto do Banco E..., celebrado para sua garantia na eventualidade de se verificar a morte ou a invalidez total e permanente dos AA., eventos estes que as partes presumiram como geradores de uma perda praticamente total de rendimentos (a qual, portanto, importaria o incumprimento do mútuo relativamente ao Banco E..., a favor de quem o Contrato beneficia em primeira linha).

19. Perda de rendimentos essa que não existirá estando-se apenas em face de uma incapacidade relativa à profissão habitual/da mesma área de competência profissional, como a que sucede no presente caso.

20. Sendo o entendimento da Recorrente o que, salvo melhor opinião, também resulta da aplicação do disposto nos arts. 237º e 238º, ambos do CC.

21. Deste modo, entende a Recorrente que, tendo resultado provado de que o A. Marido apenas padece de uma invalidez permanente e parcial (ou, por outro lado, não tendo resultado provado que o A. marido padece de uma invalidez total e permanente nos termos do Contrato), a decisão proferida não poderia ter sido a de condenar a Recorrente nos pedidos.

22. Pois que, neste caso, nos termos de tudo o quanto supra exposto, a responsabilidade da Recorrente nos termos e para os efeitos do Contrato não existe uma vez que **NÃO SE ENCONTRAM PREENCHIDOS OS PRESSUPOSTOS CUMULATIVOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ TOTAL E PERMANENTE.**

23. A Sentença em crise violou, assim, o disposto no Decreto-Lei n.º 176/95 de 26 de julho e no Decreto-Lei n.º 72/2008, de 16 de abril; no art. 202º, nº 2 da CRP; o disposto nos arts. 217º, 232º, 236º, 237º, 238º, 342º, 405º e 406º do CC e o disposto nos arts. 5º e 414º do CPC

24. Pelo que deverá a mesma ser revogada em conformidade, absolvendo-se dessa forma a Recorrente dos pedidos, o que muito respeitosamente se requer.”

Não houve contra-alegações.

O Recurso foi admitido como de apelação, sobe imediatamente e nos próprios autos e com efeito meramente devolutivo.

Colhidos os vistos, cumpre apreciar e decidir.

II-OBJETO DO RECURSO.

Sem prejuízo das questões de conhecimento oficioso, a questão *decidenda*, delimitada pelas conclusões do recurso resume-se a saber se a sentença incorreu em erro de julgamento, por não se encontram preenchidos os pressupostos cumulativos da cobertura de invalidez total e permanente estabelecida no contrato de seguro, do ramo vida celebrado com os Autores.

III-FUNDAMENTAÇÃO:

1. Com interesse para a decisão da causa está provado que:

A) No dia 23 de Dezembro de 2005, os Autores (doravante designados por AA.) e Ré (adiante designada por R.), celebraram entre si um contrato de seguro de vida associado a crédito a habitação, titulado pela apólice n.º - cfr. documento n.º 1 junto em anexo à petição inicial, cujo teor aqui se dá por integralmente reproduzido.

B) Tal contrato de seguro foi associado ao empréstimo de crédito imobiliário n.º 1016297 143, como resulta do aludido contrato.

C) Nesse contrato os AA. instituíram como beneficiário (irrevogável) o Banco E..., SA.

- D) Os AA. contraíram junto do Banco E... um mútuo para construção de uma moradia.
- E) Para garantia do pagamento desse empréstimo, os AA. deram o respetivo terreno de hipoteca, - cfr. documento n.º 2 junto com a petição inicial, que se dá por integralmente reproduzido.
- F) No qual foi, posteriormente, construída uma habitação (na qual residem atualmente os AA.) - cfr. documento n.º 3 junto com a petição.
- G) O Autor B... (1.º proponente / 1.ª pessoa segura) e C... (2.º proponente / 2.ª pessoa segura) subscreveram, em 30/09/2005 (data de assinatura da proposta de adesão pelos proponentes, de acordo com documento n.º 1 em anexo à contestação, cujo teor aqui se dá como integralmente reproduzido), junto do TOMADOR DO SEGURO e mediador do contrato, o Banco E..., S.A. a proposta de adesão a um contrato de seguro vida/ Grupo- apólice de Grupo N.º, para garantia de um empréstimo associado ao crédito habitação N.º como melhor consta dos documentos nºs 1 a 3 juntos com a contestação.
- H) A que corresponde o certificado individual de seguro N.º com início em 23/12/2005.
- I) Com um capital seguro/ limite de indemnização (capital decrescente) no ano 2017 (a participação de sinistro ocorreu em 20/01/2017) de 59.537,15€ (cinquenta e nove mil, quinhentos e trinta e sete euros e quinze cêntimos) (Doc. n.º 1 a Doc. n.º 3 com a contestação)
- J) E com a cobertura principal de morte ou a cobertura complementar de invalidez total e permanente, nos termos previstos no contrato de seguro, conforme condições juntas pelo Autores sob o doc. 11 com a petição inicial, cujo teor aqui se reproduz.
- K) Os proponentes no âmbito da adesão não declararam quaisquer doenças pré-existentes.
- L) De acordo com o clausulado respetivo, o contrato de seguro vida/grupo não garante doenças pré-existentes nos termos previstos no artigo 6.º (Exclusões) n.º 6.1 al. a) das Condições Gerais e no 3.º (Riscos Excluídos) al. c) das Condições Especiais da cobertura complementar de invalidez total e permanente do contrato de seguro de grupo, conforme documento n.º 11 junto pelos Autores com a dita petição inicial e ainda de acordo com os documentos juntos com a contestação (Doc. 3), todos já havidos como reproduzidos.
- M) O contrato de seguro foi emitido sem quaisquer reservas ou agravamentos, tendo por base as informações e as declarações prestadas pelos proponentes na proposta de adesão assinada em 30/09/2005.
- N) Foram emitidos e enviados para a morada contratualmente estabelecida os respetivos certificados individuais de seguro, assim como as sucessivas atas

adicionais. (Doc. n.º 2 com a contestação)

O) O tomador do seguro e beneficiário irrevogável é a entidade credora, ou seja, o Banco E..., S.A./F..., pelo montante em dívida no empréstimo associado ao contrato e até ao limite do capital seguro.

P) O Autor padece de hipoacusia, patologia cardíaca e patologia respiratória, sendo-o nos termos da TNI: Sb0203 0,50000; Cb0404 0,10000 e Ca0105 0,30000, a que corresponde uma repercussão na atividade profissional de 68,5 pontos, as quais são impeditivas do exercício da atividade profissional habitual, bem como de qualquer outra da sua área de preparação técnico-profissional.

Q) Em 31 de Agosto de 2017, o A. remeteu à R., carta registada com aviso de receção, peticionando que esta última reconhecesse a incapacidade de 0,762, que lhe fora atribuída pelo Atestado Médico de Incapacidade Multiuso, - cfr. documento n.º 8 junto com a petição inicial e que aqui se tem por reproduzido.

R) Posteriormente, em 17 de Novembro de 2017, os AA. remeteram à R. carta registada com aviso de receção, solicitando a rápida análise da situação de incapacidade do A - cfr. documento n.º 9 com a petição inicial, que aqui se dá por integralmente reproduzido.

S) O A está incapaz de exercer qualquer atividade profissional remunerada, da sua área de preparação técnico-profissional.

T) No ano 2000 o Autor foi internado em medicina interna no CH... (...), com “endocardite da válvula mitral aórtica” com regurgitação das mesmas válvulas, com dilatação das camaras cardíacas. Teve alta, sem seguimento em consulta de cardiologia e sem qualquer afetação da sua capacidade para o trabalho.

U) Desde a ocasião referida na alínea que antecede, o A. marido não foi acompanhado por Cardiologia, não voltou a ser medicado em relação a patologia conexas com o coração até 2011, continuou a fazer a sua vida normal, alimentando-se sem restrições, trabalhando sem restrições.

V) Na sequência do mesmo episódio o A. marido não apresentava quadro sintomático da doença e não foi alvo de acompanhamento médico ou medicamentoso regular.

X) Em 2011 o A. começou a apresentar queixas e episódios de Fibrilação Atrial rápida e Insuficiência Cardíaca Crónica Descompensada. Em 04.01.2012 foi internado em Cardiologia, por FA. Iniciou medicação Hipocoagulante. Passou a ser seguido regularmente em consultas de Cardiologia e Inunohemoterapia. Em 03.11.2017 fez cateterismo cardíaco. Em 2018 foi submetido a cirurgia cardíaca com valvuloplastia mitral.

Z) Ao menos em 27.04.2012 foi-lhe diagnosticada dispneia de esforço, consequente a DPCO, com diagnóstico a última ao menos desde 14.11.2011.

AA) O A. sofre de surdez severa e profunda bilateral/ hipoacusia, sem discriminação vocal útil, sendo-o de hipoacusia bilateral acentuada ao menos desde 2015, sendo acompanhado em consultas de ORL.

BB) Caso tivesse tido conhecimento do episódio referido em T) na ocasião a proposta de seguro, a Ré, quanto ao A. marido, aceitaria a cobertura de morte com agravamento do prémio e excluiria a cobertura de invalidez total e permanente.

CC) Foi emitido ao Autor marido um atestado multiusos em 23.11.2016, o qual lhe concede um grau de incapacidade de 76,2% por hipoacusia, doença cardíaca e pneumológica. Nessa data o A. apresentava já as patologias e incapacidade assentes em P), X) (ressalvada a última parte), Z) e AA).

DD) À data da assinatura da proposta e questionário clínico que a acompanhou, o Autor marido trabalhava sem restrições, vivendo e agindo de modo normal, como qualquer homem da sua idade e com a sua profissão e compleição física, não manifestando queixas sobre a sua saúde.

EE) Ao menos em finais de 2013 o A. apresentou queixas relacionadas com a perda de audição junto do médico de família, sendo que em 2015 iniciou seguimento em consultas de OTRL.

FF) Os AA. procederam ao pagamento das prestações bancárias referentes ao empréstimo contraído para crédito a habitação, sendo que, desde 23.11.2016 e até 25.03.2020, os valores suportados/satisfeitos são os que melhor resultam do documento junto aos autos em 16.04.2020, pelo credor F..., SA, no montante global de 15.538,42 EUR, ascendo o capital em dívida à data de 26 de Março de 2020 à quantia de 45.426,38 EUR.

2. Factos não provados

Com interesse para a decisão da apenas causa não se provou que:

1. O Autor foi diagnosticado anteriormente a 2000 relativamente à hipoacusia e em 2000 relativamente à patologia cardíaca¹;
2. A incapacidade de que padece o Autor em consequência das patologias referidas em P) sobreveio ao Autor marido desde 2011;
3. O A., na data da assinatura da proposta e questionário clínico que a acompanhou estava de perfeita saúde;
4. O A. na data da assinatura da proposta e preenchimento do questionário clínico que a acompanhou representou e quis declarar um estado de saúde e uma condição clínica que sabia ou devia saber ser falsa ou inexata;
5. O Autor atuou na ocasião do preenchimento do questionário ciente da falta de verdade das declarações que fez constar do questionário enquanto tradutoras de um estado de saúde distinto daquele do qual tinha conhecimento ou consciência efetivos;
6. O Autor marido atuou com a intenção ou sequer a consciência de facilitar a

aceitação do seguro, de se eximir à realização de exames médicos ou complementares e de evitar a aceitação com reservas do mesmo seguro;

7. O A. marido, na data em que preencheu e assinou o questionário clínico que acompanhou a proposta enviada à Ré, não tinha consciência/conhecimento de padecer de qualquer doença(s).

IV-APLICAÇÃO DO DIREITO

A Recorrente defende que não se encontram preenchidos os pressupostos cumulativos da cobertura de invalidez total e permanente estabelecido no contrato de seguro do ramo vida, celebrado com os Réus.

Isto porque, segundo a Apelante, o contrato é claro quando dispõe no sentido de que não releva qualquer invalidez, mas somente a invalidez da qual resulte uma incapacidade para o exercício de uma qualquer atividade remunerada, como aliás não foi posto em causa pelos AA.

Que se o âmbito da cobertura complementar por invalidez total e permanente do contrato dissesse respeito à incapacidade para o exercício da profissão habitual dos AA./ outra da mesma área, tal constaria expressa, clara e inteligivelmente do contrato.

E se dúvidas houvesse, diz ainda a seguradora Apelante, chamando-se à colação o critério plasmado no art. 236º do CC, do mesmo resulta igualmente esta conclusão; bem como se chame à colação a *ratio* do contrato em causa, do tipo voluntário e do ramo “vida”, associado ao crédito à habitação titulado pelos AA. junto do Banco E..., celebrado para sua garantia na eventualidade de se verificar a morte ou a invalidez total e permanente dos AA., eventos estes que as partes presumiram como geradores de uma perda praticamente total de rendimentos (a qual, portanto, importaria o incumprimento do mútuo relativamente ao Banco E..., a favor de quem o Contrato beneficia em primeira linha).

Não existirá perda de rendimentos, afirma a Apelante, estando-se apenas em face de uma incapacidade relativa à profissão habitual/da mesma área de competência profissional, como a que sucede no presente caso.

Deste modo, entende a Recorrente que, tendo resultado provado de que o A. Marido apenas padece de uma invalidez permanente e parcial (ou, por outro lado, não tendo resultado provado que o A. marido padece de uma invalidez total e permanente nos termos do Contrato), a decisão proferida não poderia ter sido a de condenar a Recorrente nos pedidos, pedindo em consequência a sua revogação.

Vejamos se isto é assim.

O contrato de seguro é constituído por duas prestações principais, sinalagmáticas: a seguradora assume um risco e simultaneamente a obrigação

da prestação de um determinado capital, no caso de ocorrência do evento coberto pelo risco; em contrapartida, tem direito ao recebimento do prémio respetivo. A obrigação da seguradora reporta-se a uma prestação de execução continuada (assunção continuada do risco) e a prestação da tomadora é duradoura, na modalidade de periódica, reiterada ou de trato sucessivo (pagamento do prémio).

Tendo o contrato de seguro sido julgado válido, haveria que apurar, se os autores lograram demonstrar os factos de que depende o reconhecimento do seu direito - a ocorrência do sinistro coberto pelo seguro contratado.

Nesta matéria, na sentença sob recurso, no que a esta questão diz respeito, o tribunal recorrido entendeu o seguinte:

“E, a propósito da verificação do risco garantido, provaram-se os factos descritos em P), que caracterizam uma IPP de 68,5 pontos, incapacitante não apenas para o trabalho habitual do A. marido, como para qualquer outro da sua área de preparação.

Dúvidas inexistem sobre a concretização/verificação do risco coberto, pois. Como se viu, no confronto, como tem de sê-lo com a apólice respetiva, o contrato de seguro em causa é um seguro do ramo vida, por via do qual a seguradora se obriga a pagar determinado capital aos beneficiários, no caso de verificação do risco coberto: a invalidez permanente do segurado.(...) Quando se tenha, pois, presente a matéria assente, impõe-se, s.m.o concluir que ocorreu a situação de risco constante da apólice de seguro, posto que o Autor marido está irreversivelmente impedido, por doença, de exercer atividade profissional.”

Ou seja, na sentença recorrida o tribunal não teve dúvidas em subsumir a factualidade provada á ocorrência e verificação do sinistro previsto no contrato de seguro, ramo vida, celebrado entre as partes, o que se mostra contestado no presente recurso pela ré seguradora, que ao invés, defende que os autores não lograram provar a ocorrência do sinistro invocada, isto é a invalidez total e permanente do autor.

O contrato de seguro regula-se hoje pelo seu regime jurídico aprovado pelo Decreto-lei nº 72/2008, de 16 de Abril, com entrada em vigor a 01 de Janeiro de 2009 (cfr artigo 7º do diploma preambular).

Nos termos do art.11º do Regime Jurídico do Contrato de Seguro (aprovado pelo DL nº 72/2008 de 16/4), “o contrato de seguro rege-se pelo princípio da liberdade contratual, tendo carácter supletivo as regras constantes do presente regime, com os limites indicados na presente secção e os decorrentes da lei geral.”

O contrato de seguro deve ser formalizado pelo segurador num instrumento que constituirá a apólice de seguro e esta deve enunciar, nomeadamente, e em

geral, todo o conteúdo do acordado pelas partes, nomeadamente as condições gerais, especiais e particulares aplicáveis (arts. 32º e 37º do referido RJCS). A resolução de qualquer litígio no âmbito de um determinado contrato de seguro supõe assim a análise da respetiva apólice, enquanto esta seja expressão das vontades negociais das partes, vontades estas que o tribunal terá que interpretar, designadamente para decidir se o sinistro ocorrido se mostra previsto/coberto pelo contrato de seguro em apreço e, por consequência, é devida a prestação a cargo da seguradora.

Para aferição do conteúdo do contrato, torna-se necessário atender ao objeto do seguro e aos riscos cobertos na apólice, e para determinar o âmbito do seguro é ainda necessário ter em conta as estipulações negociais que visam delimitar ou excluir certo tipo de riscos.

Relativamente ao conteúdo do contrato é usual distinguirem-se as “condições gerais” – que constituem o grupo essencial das cláusulas que regulam o contrato, definindo o tipo de seguro acordado -, as “ condições especiais “ – cláusulas que concretizam as cláusulas gerais, delimitando o tipo de seguro, nomeadamente excluindo certos aspetos do risco assumido pela seguradora – e as “condições particulares” – que se reportam à identificação do segurado (por norma, o tomador do seguro) e ao objeto do seguro.[1]

Para a liquidação do sinistro pela seguradora ter-se-á de analisar o tipo de seguro, o risco que foi assumido, o montante segurado, a eventual existência de franquia e as cláusulas de determinação da prestação.

O objeto do presente recurso resume-se á questão de saber se se encontra demonstrado nos autos, a ocorrência do sinistro.

“Por efeito do contrato de seguro, o segurador cobre um risco determinado do tomador do seguro ou de outrem, obrigando-se a realizar a prestação convencionada em caso de ocorrência do evento aleatório previsto no contrato, e o tomador do seguro obriga-se a pagar o prémio correspondente” (art. 1º RJCS).

“O sinistro corresponde à verificação, total ou parcial, do evento que desencadeia o acionamento da cobertura do risco prevista no contrato.” (art. 99º do RJCS).

Com efeito, o contrato de seguro está associada a ideia de risco, i.é à ocorrência de um evento futuro e incerto causador de danos (sinistro), e de repartição ou transferência desse risco para outrem, mediante uma determinada contrapartida.

Pedro Romano Martinez,[2] define o contrato de seguro como o contrato aleatório por via do qual uma das partes (seguradora) se obriga, mediante o recebimento de um prémio, a suportar um risco, liquidando o sinistro que venha a ocorrer.

Ainda, perfilhando a mesma conceção, Moitinho de Almeida[3] define o contrato de seguro como o contrato em que uma das partes, o segurador, compensando segundo as leis da estatística um conjunto de riscos por ele assumidos, se obriga, mediante o pagamento de uma soma determinada, a, no caso de realização do risco, indemnizar o segurado pelos prejuízos sofridos, ou tratando-se de evento relativo à vida humana, entregar um capital ou renda, ao segurado ou a terceiro, dentro dos limites convencionalmente estabelecidos, ou a dispensar o pagamento dos prémios tratando-se de prestação a realizar em data determinada.

Ao nível da jurisprudência também estas noções têm merecido acolhimento uniforme de que são exemplos os Acórdãos do STJ de 21.04.2009,[4] e de 9.10.2008, e o Acórdão desta Relação de 30.04.2009.

Ora, no caso em apreço, o contrato de seguro é anterior a 01 de Janeiro de 2009, data da entrada em vigor do Decreto-lei nº 72/2008, de 16 de Abril. Por força do seu artigo 2º o disposto no regime anexo a este diploma será aplicável ao conteúdo dos contratos de seguro celebrados anteriormente a 01 de Janeiro de 2009, que nessa data subsistam, com os desvios fixados no artigo 3º do mesmo Decreto-Lei nº 72/2008, de 16 de Abril.

Quanto á ocorrência do sinistro, José Engrácia Antunes[5], definindo o conceito de sinistro como “a verificação, total ou parcial, do evento ou eventos compreendidos no risco coberto pelo contrato de seguro”, prossegue referindo que o mencionado conceito “reporta-se assim genericamente à ocorrência daquele facto ou conjunto de factos que, desencadeando a garantia contratual de cobertura do risco, origina para o segurador o dever fundamental de realizar a prestação convencional”.

Conforme resulta da factualidade provada (facto supra J)), o contrato de seguro celebrado entre as partes foi feito com a cobertura principal de morte ou a cobertura complementar de invalidez total e permanente, nos termos previstos no contrato de seguro, conforme condições juntas pelo Autores sob o doc. 11 com a petição inicial.

Nas condições especiais do contrato, ficou consignado no art. 1º al e) o seguinte quanto á definição de invalidez total e permanente:

“A pessoa segura encontra-se na situação de Invalidez Total e Permanente se, em consequência de acidente ou de doença, estiver total e definitivamente incapaz de exercer uma atividade remunerada, com fundamento em sintomas objetivos, clinicamente comprováveis, não sendo possível prever qualquer melhoria do seu estado de saúde de acordo com os conhecimentos médicos atuais, nomeadamente quando desta invalidez resultar paralisia de metade do corpo, perda do uso dos membros superiores ou inferiores em consequência de paralisia, cegueira completa ou incurável, alienação mental e toda e

qualquer lesão por desastre ou agressões em que haja perda irremediável das faculdades e capacidade e trabalho, devendo em qualquer caso o grau de desvalorização, feito com base na Tabela Nacional de Incapacidades, ser superior a 66,6%, que para efeitos desta cobertura é considerado como sendo igual a 100%”.

Provou-se que o Autor padece de hipoacusia, patologia cardíaca e patologia respiratória, sendo-o nos termos da TNI: Sb0203 0,50000; Cb0404 0,10000 e Ca0105 0,30000, a que corresponde uma repercussão na atividade profissional de 68,5 pontos, as quais são impeditivas do exercício da atividade profissional habitual, bem como de qualquer outra da sua área de preparação técnico-profissional.[6]

O autor sofre pois de doença que o incapacita de forma total e permanente em grau superior a 66,6%, que para efeito da cobertura do seguro é considerado como sendo igual a 100%, que o impede do exercício da atividade profissional habitual, bem como de qualquer outra da sua área de preparação técnico-profissional.

Não se provou assim, que o autor esteja incapacitado para o exercício de toda e qualquer atividade profissional, estando apenas totalmente impedido do da atividade profissional habitual, bem como de qualquer outra da sua área de preparação técnico-profissional.

Entende a Apelante que a cláusula contratual supra citada exige, para que se verifique o sinistro, a ocorrência de uma incapacidade para toda e qualquer atividade profissional.

Como refere Pedro Romano Martinez[7] “Perante qualquer negócio jurídico é sempre necessário determinar o sentido relevante das suas cláusulas. A hermenêutica de cláusulas de um negócio jurídico é imprescindível, ainda que da leitura das mesmas não resulte qualquer ambiguidade, mas, em relação ao contrato de seguro, a interpretação tem uma relevância acrescida por via da frequente complexidade e do elevado número de cláusulas como da pluralidade de documentos (condições gerais, condições especiais, condições particulares, etc.), que normalmente integram este negócio jurídico.”

Ora o que está aqui em causa é precisamente uma questão de interpretação das cláusulas contratuais, pelo que, em sede de interpretação do contrato de seguro, avultará, como principal critério, o critério previsto no art. 236º do Código Civil.

A regra nos negócios jurídicos em geral é a de que a declaração negocial vale com o sentido que um declaratório normal, colocado na posição do real declaratório, possa deduzir do comportamento do declarante.

A exceção ocorre nos casos em que não seja razoável imputar ao declarante aquele sentido declarativo ou o declaratório conheça a vontade real do

declarante (artigo 236º, nº 2, do Código Civil).

O sentido decisivo da declaração negocial é o que seria apreendido por um declaratório normal, ou seja, por alguém medianamente instruído e diligente e capaz de se esclarecer acerca das circunstâncias em que as declarações negociais em causa foram produzidas.

No que concerne aos negócios jurídicos formais, como ocorre no caso vertente, há, porém, o limite de a declaração não poder valer com um sentido que não tenha um mínimo de correspondência no texto do respetivo documento, ainda que imperfeitamente expresso (artigo 238º, nº 1, do Código Civil).

Assim, o sentido hipotético da declaração que prevalece no quadro objetivo da respetiva interpretação, como corolário da solenidade do negócio, tem que ter um mínimo de literalidade no texto do documento que o envolve.

Na definição contratual da cobertura “Invalidez Total e Permanente” fornecida pelo art. 1º das Condições Especiais, que relembremos, estabelece que “*A pessoa segura encontra-se na situação de invalidez Total e Permanente se, em consequência de acidente ou de doença, estiver total e definitivamente incapaz de exercer uma atividade remunerada, com fundamento em sintomas objetivos (...)*”, a expressão utilizada é “uma atividade remunerada” e não como diz a Ré “uma qualquer atividade remunerada”.

Não é utilizada a expressão “*qualquer*”, que aparece apenas na cláusula 6ª, que se refere á documentação exigida para verificação pela seguradora dos riscos e que por essa razão, pode fazer transparecer alguma ambiguidade.

Assim, o sentido hipotético da declaração que prevalece no quadro objetivo da respetiva interpretação, como corolário da solenidade do negócio, tem que ter um mínimo de literalidade no texto do documento que o envolve.

Na definição contratual de Invalidez Total e Permanente, tal situação ocorre quando o segurado “*(...) estiver total e definitivamente incapaz de exercer uma atividade remunerada*”.

A questão que se coloca é a de saber a que atividade remunerada se refere esta cláusula. A toda e qualquer atividade remunerada, ou á atividade remunerada que o segurado exerce ou outra equivalente á suas aptidões técnicas para o exercido de uma profissão?

Parece-nos que a resposta não suscita grandes dúvidas, como não suscitou ao tribunal recorrido. Não tendo naquela definição, constante das cláusulas especiais sido feita qualquer restrição á atividade remunerada aí referida, um declaratório normal perante a mesma entenderá que se refere á atividade remunerada que era exercida pelo segurado, ou uma atividade equivalente. Salvo o devido respeito, entendemos que não pode ter acolhimento a afirmação da Apelante que não ocorrerá “perda de rendimentos estando-se

apenas em face de uma incapacidade relativa à profissão habitual/da mesma área de competência profissional.”

Hipoteticamente, se um advogado, por força de doença, deixa de poder exercer a advocacia ou qualquer outra profissão jurídica, pode não ficar impedido de, usando mera força física, poder ser cantoneiro num município, passando a receber remuneração equivalente a essa função. Se de profissões com idêntica dignidade falamos, é inegável que a última implicará uma remuneração substancialmente inferior, logo perda de rendimentos, concretamente aqueles rendimentos que lhe permitiriam ao mutuante assegurar o cumprimento do contrato de mútuo associado ao contrato de seguro.

Há depois que ter em consideração, que a cláusula *interpretanda*, exige uma invalidez total e permanente e sendo essa incapacidade superior a 66,6%, ficciona que se trata de uma incapacidade de 100%.

Uma incapacidade para o trabalho de 100%, ou uma inabilidade laboral assim equiparada, faz impossibilitar a pessoa de usufruir o seu usual cargo funcional, tudo se passando, neste contexto, como se lhe tivesse sido retirada, irreversivelmente, a possibilidade de assegurar a remuneração que anteriormente lhe advinha e conseqüentemente, no caso em apreço de poder continuar a suportar as prestações do contrato de mútuo.

Ou seja a interpretação feita na sentença mostra-se consentânea com a vontade real do declarante, que na mesma cláusula que ora analisamos, equipara mesmo a desvalorização feita com base na Tabela Nacional de Incapacidades, superior a 66,6%, como sendo igual a 100% para efeitos desta cobertura.

Ou seja é a própria seguradora quem declara que uma incapacidade superior a 66,6% feita com base na avaliação médico-legal de alterações na integridade psico-física do doente com recurso ao constante na Tabela Nacional de Incapacidades (TNI), para efeitos deste contrato de seguro vale como uma incapacidade de 100%.

Se falamos de uma incapacidade presumida de 100%, é de uma incapacidade para toda e qualquer atividade, que falamos. A declarante seguradora considera assim que o segurado que sofre de uma incapacidade superior a 66,6% está 100% incapaz, para o exercício de toda e qualquer atividade remunerada.

E esta interpretação tem também perfeita razão de ser, tendo em consideração a *ratio* do contrato em causa, do tipo voluntário e do ramo “vida”, associado ao crédito à habitação titulado pelos AA. junto do Banco E..., celebrado para sua garantia na eventualidade de se verificar a morte ou a invalidez total e permanente dos AA., eventos estes que as partes presumiram

como geradores de uma perda praticamente total de rendimentos (a qual, portanto, importaria o incumprimento do mútuo relativamente ao Banco E..., a favor de quem o Contrato beneficia em primeira linha).

É que na situação de ficar incapaz do exercício da sua profissão ou outra equivalente dentro das suas aptidões profissionais, o segurado ficou em razão de doença incapaz de prover, como provia ao seu sustento, mediante profissão remunerada, que lhe permitia assegurar o cumprimento das obrigações para si decorrentes do contrato de mútuo celebrado com a entidade bancária.

Finalmente um último argumento. É que esta cláusula inserta no contrato de seguro, mostra-se aposta num típico contrato de adesão - com cláusulas prévia e unilateralmente elaboradas e subscritas sem prévia negociação individual -, estando pois sujeita ao regime fixado pelo DL n.º 446/85, de 25.10, na redação introduzida pelo DL n.º 323/2001, de 17.12.

Configuram-se aqui situações em que uma das partes elabora a sua declaração negocial previamente à entrada em negociações (pré-elaboração), a qual aplica genericamente a todos os seus contraentes (generalidade), sem que a estes seja concedida outra possibilidade que não seja a da sua aceitação ou rejeição, estando-lhes por isso vedada a possibilidade de discutir o conteúdo do contrato (rigidez).

Ora em sede de interpretação e integração das cláusulas contratuais gerais, estabelece o artigo 10.º do DL n.º 446/85, de 25 de Outubro o princípio geral que “As cláusulas contratuais gerais são interpretadas e integradas de harmonia com as regras relativas à interpretação e integração dos negócios jurídicos, mas sempre dentro do contexto de cada contrato singular em que se incluam.”

E o artigo 11.º dispõe o seguinte quanto às cláusulas ambíguas:

1 - As cláusulas contratuais gerais ambíguas têm o sentido que lhes daria o contratante indeterminado normal que se limitasse a subscrevê-las ou a aceitá-las, quando colocado na posição de aderente real.

2 - Na dúvida, prevalece o sentido mais favorável ao aderente.

No caso em apreço, a entender-se existir alguma ambiguidade na redação da cláusula, que apenas poderíamos admitir apenas e porque na cláusula 6ª das condições especiais a seguradora exige que o segurado nos 60 dias imediatos à constatação da invalidez, lhe envie uma declaração médica “a declarar a pessoa segura como incapacitada total e definitivamente para o exercício de uma qualquer atividade remunerada”, [8] se bem que em simultâneo também pede para entregar uma “descrição detalhada da atividade profissional exercida da pessoa segura antes da invalidez”, sempre teria de prevalecer o sentido que lhe daria o contratante indeterminado normal que se limitasse a subscrevê-las ou a aceitá-las, quando colocado na posição de aderente real ou

o sentido mais favorável á aderente, ora recorridos, sentido esse que não pode deixar de ser o supra assinalado.

Concluimos assim que a cláusula *interpretanda* aludida no recurso não expressa, com segurança bastante, como pretende fazer crer a Apelante, a vontade dos contraentes estipularem que apenas ocorre invalidez total e absoluta quando o segurado fique incapacitado do exercício de uma e qualquer atividade remunerada.

Restará, pois confirmar a douta sentença recorrida.

V-DECISÃO

Pelo exposto e em conclusão acordam os Juizes que compõem este Tribunal da Relação do Porto em julgar improcedente o Recurso e em confirmar a decisão recorrida.

Custas pela Apelante.

Porto, 22 de Junho de 2021

Alexandra Pelayo

Fernando Vilares Ferreira

Maria Eiró

[1] Nesta matéria ver Pedro Romano Martinez, Direito dos Seguros, pág. 82.

[2] Loc citado, pg.51.

[3] In o Contrato de Seguro no Direito Português e Comparado, Livraria Sá da Costa Editora, Lisboa, 1971, pág. 23.

[4] Respetivamente nos processos 09A0449; 08B2673, e 0837900, todos disponíveis in www.dgsi.pt.

[5] in “Direito dos Contratos Comerciais”, Almedina, 2014, pág. 715.

[6] Facto provado supra em P).

[7] Obra citada, pg 83.

[8] Exigência, que note-se não decorre do conceito de invalidez total e permanente fornecido na cláusula 1ª das condições especiais, supra analisada.