

**Tribunal da Relação de Guimarães**  
**Processo nº 3429/20.4T8BRG.G1**

**Relator:** ALCIDES RODRIGUES

**Sessão:** 11 Novembro 2021

**Número:** RG

**Votação:** UNANIMIDADE

**Meio Processual:** APELAÇÃO

**Decisão:** APELAÇÃO IMPROCEDENTE

**CONTRATO DE SEGURO DE GRUPO**

**CONTRIBUTIVO**

**RAMO VIDA**

**CONTRATO DE ADESÃO**

**CLÁUSULAS CONTRATUAIS GERAIS**

**DECLARAÇÃO INICIAL DE RISCO**

**DEVER DE INFORMAÇÃO E ESCLARECIMENTO**

**BOA FÉ CONTRATUAL**

## Sumário

I - O contrato de seguro de grupo - com definição legal no art. 76º do Dec. Lei n.º 72/2008, de 16/04 (RJCS) - apresenta uma particular estruturação na sua formação por se estabelecer em dois momentos distintos: (i) num primeiro momento, a fase estática - de celebração do contrato entre a seguradora e o tomador do seguro; e (ii) num segundo momento, a fase dinâmica - em que o tomador do seguro promove a adesão ao contrato junto dos membros do grupo, constituindo-se uma relação triangular entre a seguradora, o tomador do seguro e o aderente.

ii) - No tipo de contrato de seguro de grupo contributivo, na modalidade de ramo vida, nos termos do art. 78º do RJCS, recai sobre o tomador de seguro, o banco mutuante, o ónus de informar e esclarecer os segurados aderentes sobre as cláusulas de cobertura e de exclusão do risco assim garantido, obrigações e direitos em caso de sinistro e posteriores alterações;

iii) - O incumprimento desse dever legal de informação e esclarecimento não se comunica à seguradora, salvo convenção em contrário, porquanto, no

referido tipo de contrato de seguro de adesão, não se configura que o tomador do seguro intervenha como intermediário, auxiliar ou comissário da seguradora, inexistindo fundamento normativo para imputar a esta, as consequências da atuação irregular do tomador na comercialização do produto financeiro em causa;

iv) - Relativamente à definição dos sujeitos do dever de informação e consequências do incumprimento deste, o regime específico previsto no Dec. Lei n.º 72/2008, afasta, por incompatibilidade, a aplicação do regime das cláusulas contratuais gerais, enunciado genericamente no Dec. Lei n.º 446/85, de 25/10;

v) - O eventual incumprimento (por parte do tomador de seguro) do dever previsto no art. 24.º, n.º 4, do RJCS não impede a seguradora de arguir a anulabilidade do contrato de seguro com fundamento em incumprimento doloso, por parte do segurado, do dever estabelecido no n.º 1 do citado normativo.

vi) - O questionário clínico não constitui cláusula contratual geral do contrato de seguro para efeito de vinculação da seguradora aos deveres de comunicação e informação dessas cláusulas em contratos de adesão.

## **Texto Integral**

### **Acordam na 2ª Secção Cível do Tribunal da Relação de Guimarães**

#### **I. Relatório**

L. C. intentou a presente ação declarativa, sob a forma de processo comum, comum contra X-Companhia de Seguros, S.A., peticionando a condenação da ré a:

a) reconhecer que R. J. celebrou com a Ré um contrato de seguro de proteção de crédito pessoal titulado pela apólice n.º .....-000118, em 22/04/2015 com a cobertura do risco de incumprimento do contrato de mútuo outorgado em 04/06/2015 pelo tomador do seguro, decorrentes de morte e invalidez total e definitiva;

b) reconhecer que o contrato de seguro de proteção de crédito pessoal titulado pela apólice n.º .....-000118 supra identificado é plenamente válido e eficaz, não padecendo de nulidade;

c) reconhecer que o contrato de seguro celebrado entre o falecido marido da Autora e a Ré implica, no caso de se verificar, como verificou, uma situação de

morte do tomador de seguro, que a Ré pague ao credor privilegiado "Caixa ..., Crl." o montante em dívida respeitante ao referido contrato de mútuo com livrança e aval, à data do óbito do tomador de seguro ocorrido em 31/01/2017, até ao montante de 50000,00€ a título de capital, deduzidos os valores já liquidados pela Autora ao referido credor;

d) pagar à Autora a quantia por si despendida desde a data do sinistro até ao trânsito em julgado da sentença que aqui seja proferida, em cumprimento do contrato de mútuo celebrado com a "Caixa ..., Crl" para crédito à habitação, valor esse acrescido de juros de mora, à taxa legal, desde a data de cada um dos pagamentos que a Ré deveria ter realizado em sua substituição até efetivo e integral pagamento.

Para tanto, alegou, em síntese, que o R. J., de quem é viúva, celebrou com a ré, como proteção de um crédito pessoal que lhe foi concedido pela Caixa ..., Crl, um contrato de seguro do ramo vida, que cobria o risco da sua morte e invalidez total e definitiva, com o capital seguro de 50.000,00€, do qual era beneficiária a referida entidade mutuante.

O referido R. J. veio a falecer no dia 31/1/2017, o que foi comunicado à ré, a qual, contudo, não assumiu o pagamento da indemnização devida pelo sinistro, por ter considerado que o contrato de adesão era nulo em virtude das falsas declarações que foram intencionalmente prestadas pelo falecido no questionário clínico.

\*

Citada, a ré contestou, concluindo pela procedência da exceção perentória de nulidade do contrato de seguro e/ou total improcedência da ação (cfr. fls. 37 a 45).

Para tanto rejeitou a sua responsabilidade, para o que defendeu que o contrato de seguro alegado como fundamento da demanda é nulo, uma vez que o autor omitiu intencionalmente à seguradora os seus antecedentes clínicos, bem como exames, tratamentos e consultas a que se encontrava submetido, o que alterou a apreciação e aceitação do risco pela ré, que, se soubesse da real situação clínica do proponente, não teria aceitado a sua adesão ao seguro ou teria celebrado o contrato com outras condições, ficando nesse caso com cláusulas de exclusão adicionais e com prémios de seguro mais elevados.

\*

Realizou-se audiência prévia, no âmbito da qual foi elaborado despacho saneador, onde se afirmou a validade e regularidade da instância; foi fixado o objeto do litígio e enunciados os temas de prova, bem como foram admitidos os meios de prova (cfr. fls. 68/69).

\*

Procedeu-se à realização de audiência de discussão e julgamento (cfr. fls. 232 a 234).

\*

Posteriormente, a Mm<sup>a</sup>. Julgadora “a quo” proferiu sentença, nos termos da qual, “no reconhecimento da anulabilidade do contrato de seguro celebrado nos termos referidos em D) da factualidade assente”, decidiu julgar totalmente improcedente a ação e, em consequência, absolveu a ré do pedido contra si deduzido pela autora (cfr. fls. 235 a 244).

\*

Inconformada, a autora interpôs recurso da sentença (cfr. fls. 245 a 254) e, a terminar as respectivas alegações, formulou as seguintes conclusões (que se transcrevem):

*«I) Consta dos factos considerados não provados pelo Tribunal "a quo", sob os pontos 6. a 8. o seguinte:*

*6. Os dizeres da proposta foi integral e detalhadamente explicado na altura da sua subscrição pelo funcionário da CAIXA ....*

*7. O R. J. tomou conhecimento da declaração e dos dizeres referidos em H) e I) e assinou-os bem ciente do seu teor.*

*8. E tomou conhecimento das cláusulas gerais referidas em J).*

*II) Deste modo, o Tribunal "a quo" julgou não provado que o segurado, marido da Autora tomou conhecimento da declaração, dos dizeres constantes da Declaração individual de adesão e do Formulário de adesão e das cláusulas gerais constantes das condições gerais da apólice, ou seja, das alíneas H), I) e J) dos factos provados, com o seguinte teor:*

*H) Da Declaração Individual de Adesão subscrita e assinada por R. J. constam as seguintes declarações dactilografadas antes da assinatura:*

*“... O signatário declara estar inteiramente esclarecido e ciente do dever que tem de declarar com verdade e com exatidão sobre todas as circunstâncias que conheça e razoavelmente deva ter por significativas para a apreciação do risco pela X Vida, mesmo relativamente a circunstâncias cuja menção não seja solicitada em questionário eventualmente fornecido para o efeito, bem como declara estar perfeitamente ciente das consequências do incumprimento desse seu dever, e declara ter respondido com inteira verdade às perguntas constantes desta Declaração Individual de Adesão, sendo os dados e informações fornecidos pelo Signatário da sua inteira e exclusiva responsabilidade, ainda que a Declaração Individual de Adesão tenha sido preenchida por terceiro(s) e por si apenas assinada.”.*

*O signatário declara ter tomado conhecimento de todas as informações*

*necessárias à celebração do presente contrato, e que tomou conhecimento das condições aplicáveis ao mesmo, designadamente, as constantes das informações pré-contratuais que constam da presente Declaração Individual de Adesão das condições gerais da apólice e as constantes das suas condições particulares, com elas concordando inteiramente.”*

*I) Do formulário de adesão constam os seguintes dizeres:*

*“DECLARAÇÃO INICIAL DE RISCO “O Tomador do Seguro, o Segurado e a Pessoa Segura, estão obrigados, antes da celebração do Contrato, a declarar com exatidão todas as circunstâncias que conheçam e razoavelmente tenham por significativas para a apreciação do risco pela X Vida, mesmo relativamente a circunstâncias cuja menção não seja solicitada em questionário eventualmente fornecido pela X Vida para o efeito.*

*Em caso de incumprimento doloso deste dever, o Contrato, ou a Adesão ao Contrato em causa, é anulável mediante declaração enviada pela X Vida ao Tomador do Seguro ou ao Segurado, consoante se trate dum incumprimento do Tomador de Seguro ou se trate dum incumprimento do Segurado/Pessoa Segura. Não tendo ocorrido sinistro, a declaração referida no número anterior deve ser enviada no prazo de 3 (três) meses a contar do conhecimento daquele incumprimento. A X Vida não está obrigada a cobrir o sinistro que ocorra antes de ter tido conhecimento do incumprimento doloso ou no decurso do período de três meses referido, seguindo-se o regime geral da anulabilidade. A X Vida tem direito ao prémio devido até ao final do Contrato ou até ao final do referido prazo de três meses, consoante haja ou não dolo com o propósito de obter uma vantagem, salvo se, neste último caso, a X Vida ou um seu representante tiverem concorrido com dolo ou negligência grosseira.*

*Em caso de incumprimento com negligência deste dever, a X Vida pode, mediante declaração a enviar ao Tomador do Seguro ou ao Segurado, consoante o caso, no prazo de 3 (três) meses a contar do seu conhecimento: a) propor uma alteração do Contrato/Adesão, fixando um prazo, não inferior a 14 dias, para o envio da aceitação ou, caso a admita, da contraproposta; b) fazer cessar o Contrato/Adesão, demonstrando que, em caso algum, celebra contratos para a cobertura de riscos relacionados com o facto omitido ou declarado inexatamente. O Contrato, ou a Adesão em causa, cessa os seus efeitos 30 (trinta) dias após o envio da declaração de cessação ou 20 (vinte) dias após a receção pelo Tomador do Seguro/Segurado da proposta de alteração, caso este nada responda ou a rejeite, sendo o prémio devolvido pro rata temporis atendendo à cobertura havida. Se, antes da cessação ou da alteração do Contrato/Adesão, ocorrer um sinistro cuja verificação ou consequências tenham sido influenciadas por facto relativamente ao qual tenha havido omissões ou inexatidões negligentes, a X Vida: cobre o sinistro*

*na proporção da diferença entre o prémio pago e o prémio que seria devido, caso, aquando da celebração do Contrato, tivesse conhecido o facto omitido ou declarado inexatamente; ou, demonstrando que, em caso algum, teria celebrado o Contrato se tivesse conhecido o facto omitido ou declarado inexatamente, não cobre o sinistro e fica apenas vinculado à devolução do prémio.”. J) É o seguinte o teor das Condições Gerais da Apólice:*

*(...)*

*cláusula 2.<sup>a</sup> - Incontestabilidade*

*As declarações prestadas pelo Segurado e pela Pessoa Segura, tanto na Declaração Individual de Adesão como nos questionários exigidos, servem de base ao presente contrato, o qual é incontestável após a sua entrada em vigor, sem prejuízo do estabelecido sobre a nulidade do contrato.*

*(...)*

*“Cláusula 5.<sup>a</sup> - Dever de declaração inicial do risco*

*1. O Tomador do Seguro, o Segurado e a Pessoa Segura estão obrigados, antes da celebração do Contrato, a declarar com exatidão todas as circunstâncias que conheça e razoavelmente deva ter por significativas para a apreciação do risco pela X Vida.*

*2. O disposto no número anterior é igualmente aplicável a circunstâncias cuja menção não seja solicitada em questionário eventualmente fornecido pela X Vida para o efeito.*

*(...)*

*Cláusula 6.<sup>a</sup> - Incumprimento doloso do dever de declaração inicial do risco*

*1. Em caso de incumprimento doloso do dever referido no número 1 da Cláusula anterior, o Contrato, ou a Adesão ao Contrato em causa, é anulável mediante declaração enviada pela X Vida ao Tomador do Seguro ou ao Segurado/Pessoa Segura, consoante se trate dum incumprimento do Tomador do Seguro ou se trate dum incumprimento do Segurado/Pessoa Segura.*

*2. Não tendo ocorrido sinistro, a declaração referida no número anterior deve ser enviada no prazo de 3 (três) meses a contar do conhecimento daquele incumprimento.*

*3. A X Vida não está obrigada a cobrir o sinistro que ocorra antes de ter tido conhecimento do incumprimento doloso referido no número 1 da presente Cláusula ou no decurso do prazo previsto no número anterior, seguindo-se o regime geral da anulabilidade.*

*4. A X Vida tem direito ao prémio devido até ao final do prazo referido no número 2 da presente Cláusula, salvo se tiver concorrido dolo ou negligência grosseira sua ou do seu representante.*

*5. Em caso de dolo do Tomador do Seguro, do Segurado ou da Pessoa Segura com o propósito de obter uma vantagem, o prémio é devido até ao termo do*

Contrato”.

III) Em sede de motivação da douda Sentença proferida, ao debruçar-se sobre as declarações prestadas pela testemunha M. J., o Tribunal "a quo" afirma: "certo é que tal testemunha não foi capaz de individualizar a situação em apreço, tendo-se limitado a declarar procedimentos gerais, não tendo esclarecido se, de acordo com os mesmos, era sua prática habitual proceder à leitura ou mínima explicação ao subscritor da extensa informação pré-contratual que consta daquele formulário, designadamente dos seus deveres declarativos e das consequências da sua omissão, sendo certo que as cláusulas em apreço constam de letras pré-escritas pela ré, de tamanho e formatação suscetível de não ser facilmente apreendido por quem se limitasse a subscrevê-las, muito menos por quem se limitasse a apor no canto da folha uma rubrica, sendo ainda que a assinatura sequencial de inúmeros documentos, como foi o caso, dado que o subscritor foi apondo sucessivamente assinaturas nos aludidos documentos, que chegou a assinar em duplicado (vide fls. 11 e ss. e 46 e ss.), torna verosímil que se tivesse tratado de um ato “mecânico”, o que gerou no tribunal a séria dúvida quanto à sua efetiva apreensão do teor dos dizeres à frente dos quais assinava, que, reitera-se, eram longos, pré-escritos e com conteúdo jurídico, não facilmente compreensível por qualquer pessoa. "

IV) A declaração individual de adesão referida no ponto H) e a Declaração inicial de risco mencionada no ponto I) integram o formulário de adesão ao contrato de seguro composto pela declaração individual de adesão, pelas informações pré contratuais onde constam nomeadamente as coberturas, as exclusões, o capital, o prémio e modalidade de pagamento, a duração e cessação do contrato, a declaração inicial de risco e o questionário clínico.

V) Pelo exposto, a Ré não cumpriu com os seus deveres previstos no n.º4 do artigo 24º da Lei do Contrato de Seguro (Decreto-Lei n.º 72/2008, de 16 de Abril), ou seja, os deveres de esclarecer o segurado da sua obrigação, antes da celebração do contrato, de declarar com exatidão todas as circunstâncias que conheça e razoavelmente deva ter por significativas para a apreciação do risco pelo segurador, nem esclareceu o segurado do regime e consequências do incumprimento dessa obrigação.

VII) Além do mais, a proposta de adesão ao contrato de seguro é um contrato de adesão, sem negociação prévia com o segurado, que se submete e limita a aderir ao contrato em bloco, sendo aplicável, salvo o devido respeito por doudo entendimento contrário, o regime das cláusulas contratuais gerais, e que a falta de comunicação e a violação do dever de informação implica a exclusão das cláusulas não comunicadas e informadas.

VIII) De facto, conforme consta dos factos não provados, os dizeres da

*proposta de seguro não foram integral e detalhadamente explicados na altura da sua subscrição pelo funcionário da Caixa ... ao marido da Autora e este não tomou conhecimento das consequências da violação, antes da celebração do contrato, de declarar com exactidão todas as circunstâncias que conheça e razoavelmente deva ter por significativas para a apreciação do risco pelo segurador, dever que decorre do n.º1 do artigo 24º do decreto-Lei n.º72/2008, de 16 de Abril.*

*IX) A relação entre o segurado e a Ré, no caso em análise, caracteriza-se por ser uma relação em que o equilíbrio de forças é desigual, na medida em que o segurado é o contraente débil que se limita a aceitar, sem qualquer poder negocial, as condições que lhe são propostas pela Seguradora.*

*X) Nos termos do n.º 3 do artigo 5.º do diploma das Cláusulas Contratuais Gerais "o ónus da prova da comunicação adequada e efectiva, cabe ao contratante que submeta a outrem as cláusulas contratuais gerais, pelo que, incumbia à Ré provar a comunicação adequada e efetiva das cláusulas, o que não logrou.*

*XI) A Ré violou os deveres de comunicação e informação previstos nos artigo 5º e 6º do Decreto Lei n.º446/85 de 25 de Outubro.*

*XII) Perante o explanado supra, salvo o devido respeito por douto entendimento contrário e face à matéria de facto provada e a todo o circunstancialismo, entendemos verificar-se uma concorrência de culpas e deveria o Tribunal "a quo" ter aplicado o disposto no artigo 570º do Código Civil, na esteira do entendimento defendido pelo Dr. Juiz de Direito Fábio Gulpilhares em "O dever de declaração inicial do risco: âmbito, critério de relevância (materiality test) e sistemas de declaração espontânea vs. sistemas de questionário fechado" publicado em "Julgar Online, Outubro de 2020" e no entendimento do Prof. Doutor Júlio Gomes, em "O Dever de Informação do (Candidato A) Tomador de Seguro na Fase Pré-Contratual, À Luz do Decreto-Lei Nº 72/2008, de 16 de Abril, in Estudos em Homenagem ao Professor Doutor Carlos Ferreira de Almeida, Volume II, Almedina, 2011, pp. 388-389 e p. 420" e do Prof. Doutor Filipe Albuquerque de Matos em "Uma outra abordagem em torno das declarações inexactas e reticentes no âmbito do contrato de seguro. Os artigos 24.º a 26.º do Dec.-Lei nº 72/2008, de 16 de Abril", in Estudos em Homenagem ao Professor Doutor Figueiredo Dias, Vol. IV, Coimbra Editora, 2010, p. 620."*

*XIII) Transcreve-se infra uma parte da obra/resenha elaborada pelo Sr. Dr. Juiz de Direito Fábio Gulpilhares em "O dever de declaração inicial do risco: âmbito, critério de relevância (materiality test) e sistemas de declaração espontânea vs. sistemas de questionário fechado" publicado em "Julgar Online, Outubro de 2020":*



*Face ao exposto, estamos com ALBUQUERQUE DE MATOS quando o autor afirma não ser legítimo exonerar o proponente do cumprimento do dever sobre ele recaído, pelo simples facto de a entidade seguradora se furtar ao dever de esclarecimento. Sendo assim, admitimos que nestes casos se entrecruza a culpa do lesado (tomador) com a do lesante (segurador), seja a título doloso ou negligente, pois será demasiado irrazoável acreditar na total ignorância do proponente acerca do dever de declarar o risco.*

*Só nos resta seguir a lição de ALBUQUERQUE DE MATOS, ao defender que existindo uma concorrência de culpas deve-se lançar mão do artigo 570.º do Código Civil se os requisitos estiverem observados: unilateralidade do dano, concorrência de culpas de lesante e lesado e natureza culposa dos comportamentos.*

*Para o citado autor, esta concorrência de culpas revelar-se-á mais intensa nos casos do artigo 24.º, n.º 4 em virtude de considerar o dever de esclarecimento aí plasmado como “obrigação de segundo grau”, que só ganha forma e significado se a conjugarmos com a obrigação recaída no n.º 1 para o tomador do seguro.*

*Através deste caminho gizado por ALBUQUERQUE DE MATOS, existindo concurso de culpas entre lesado e lesante, o montante indemnizatório a receber pelo tomador do seguro pode ser substancialmente reduzido ou até mesmo excluído em alguns casos, construção a nosso ver justa e equilibrada, sendo merecedora de acolhimento.*

*XIV) Deste modo, entende a Autora que o Tribunal "a quo" não atendeu ao incumprimento da Ré do dever de esclarecer o segurado da obrigação de declarar com exactidão todas as circunstâncias que conhecesse e razoavelmente devesse ter por significativas para a apreciação do risco pelo segurador, bem como do regime do seu incumprimento, pelo que, salvo o devido respeito por duto entendimento contrário, violou o disposto no n.º4 do artigo 24º da Lei do Contrato de Seguro (Lei n.º72/2008 de 16 de Abril).*

*XV) Acresce que, o Tribunal "a quo" violou o disposto nos artigos 5º, 6º e 8º do Decreto Lei n.º446/85 de 25 de Outubro respeitantes aos deveres de comunicação, esclarecimento e informação que oneravam a Ré, apesar de declarar não provados os seguintes factos:*

*6. Os dizeres da proposta foi integral e detalhadamente explicado na altura da sua subscrição pelo funcionário da Caixa ....*

*7. O R. J. tomou conhecimento da declaração e dos dizeres referidos em H) e I) e assinou-os bem ciente do seu teor.*

*8. E tomou conhecimento das cláusulas gerais referidas em J) respeitantes ao incumprimento pela Ré do dever de comunicação e esclarecimento na íntegra do conteúdo negocial da proposta, onde constam as informações pré-*

contratuais, e as cláusula com a epígrafe "Declaração inicial de Risco", "Declaração inicial de Adesão", nem das condições gerais da apólice (alíneas H), I) e J) dos factos provados e pontos 6., 7. e 8. dos factos não provados). XVI) Pelo que, salvo o devido respeito por duto entendimento diverso, nos termos do artigo 8º do referido Decreto Lei n.º446/85 de 25 de Outubro, devem as cláusulas não comunicadas ser excluídas do contrato.

XVII) Acresce que, salvo o devido respeito por duto entendimento contrário, por todo o exposto, entendemos que o Tribunal "a quo" deveria atender a uma eventual concorrência de culpas entre o dever de declarar do marido da Autora (previsto no n.º1 do artigo 24º da Lei do Contrato de Seguro) e à violação dos deveres de comunicação, informação e esclarecimento que oneravam a Ré (previstos no n.º4 do artigo 24º do mesmo diploma e nos artigos 5º e 6º da Lei n.º446/85 de 25 de Outubro, nos termos supra exposto, ao abrigo do artigo 570º do Código Civil).

XVIII) Acresce que, o Tribunal "a quo" considerou provados os seguintes factos:

P) Aquando da subscrição da adesão ao seguro, R. J. omitiu, deliberada e intencionalmente, os seus antecedentes clínicos, exames, tratamentos e consultas referidos em M) a O) – apenas os relativos a datas anteriores à da subscrição da declaração de adesão/questionário clínico.

Q) O que alterou a apreciação e a aceitação do risco por parte da ora Ré.

R) De facto, se a Ré soubesse (que não soube) da situação clínica de R. J., preexistente à data da celebração do contrato, não teria aceitado celebrar o contrato de seguro com o mesmo.

XIX) Não resultou provado, salvo o devido respeito por duto entendimento contrário, que o segurado teve consciência da relevância que as informações omitidas tinham para a apreciação do risco e formação da vontade de contratar da Ré.

XX) De facto, o segurado não teve conhecimento do resultado do exame de CPRM constante das alíneas M) e O) dos factos provados, cujo resultado apenas lhe foi comunicado na consulta de especialidade de Gastroenterologia com o Dr. J. F., em Maio de 2015 (5/2015), posteriormente à celebração do contrato em causa.

XXI) Consta da motivação da douda Sentença, na análise das declarações da testemunha J. F. "...Mais esclareceu que só veio a voltar a observar o falecido em outubro de 2014 e que, pese embora essa tivesse sido uma consulta de "rotina" e o mesmo se apresentasse assintomático, veio a prescrever-lhe a realização de análises, cujo resultado o falecido lhe trouxe em janeiro de 2015, sendo que, perante os resultados destas, que se mostravam muito alterados (muito mais do que as que tinha visto em fevereiro de 2011), ficou alarmado e

*seriamente convencido de que o falecido já teria uma colestase, pelo que lhe voltou a prescrever a realização de uma colangio RMN, tendo-lhe explicado várias vezes que tinha que a fazer sem falta, sendo que nesta altura obviamente o paciente, que era uma pessoa esclarecida, soube da gravidade do assunto e da urgência na realização do dito exame, que aquele ficou a saber ser preponderante para um diagnóstico que lhe poderia ser altamente desfavorável, embora ainda não se suspeitasse da sua malignidade..."*

*XXII) Conforme resulta da matéria de facto provada sob a alínea O), o segurado padecia de uma doença crónica há 15 (quinze) anos, não resultou provado que tal doença lhe tenha causado limitações no desenvolvimento na sua atividade laboral nem na vida do dia a dia, pelo que o segurado estava habituado a viver desse modo, para ele a doença crónica era normal, portanto nunca representou e teve consciência que a colite que padecia fosse relevante e significativa para a Ré na apreciação do risco na celebração do contrato.*

*XXIII) Assim, salvo o devido respeito por duto entendimento contrário, deve constar dos factos provados que o marido da Autora não teve consciência no momento da assinatura do contrato, que fosse significativo para a apreciação do risco pela Ré, informar a doença crónica que padecia e que não foi a doença pela qual veio a falecer, cujo diagnóstico apenas foi realizado conforme documentação clínica junta aos autos, em 30/07/2015.*

*XXIV) Assim, salvo o devido respeito por duto entendimento contrário, não devia constar dos factos provados que "Aquando da subscrição da adesão ao seguro, R. J. omitiu, deliberada e intencionalmente, os seus antecedentes clínicos, exames, tratamentos e consultas referidos em M) a O)" devido à ausência de consciência que fosse significativo para a apreciação do risco pelo segurador informar a doença crónica que padecia.*

*XXV) Por seu turno, foi essencial para julgar provada a matéria constante da alínea R) dos factos provados, conforme consta na douda Sentença em sede de Motivação, o seguinte:*

*"... a testemunha A. P., de forma perentória e coerente, esclareceu que, se o falecido marido da autora tivesse declarado no questionário clínico que sofria de colite ulcerosa, ou de acompanhamento médico regular, e que tinha realizado a colangio RMN, como responsável pela análise de tal informação, e pela subsequente tomada de decisão em nome da ré, ter-lhe-ia pedido outros elementos clínicos e a decisão de aceitação/recusa do seguro ficaria a aguardar o resultado daquele exame, sendo que, perante o relatório que veio a ser elaborado, que refere a presença de um nódulo "a caracterizar através de estudo dirigido" (vide fls. 133), teria necessariamente recusado a aceitação da adesão, consentaneamente com as tabelas gerais em vigor para a atividade de seguros, não havendo, em face daquele exame, a mínima hipótese de*

*aceitação com exclusões, tal era a enorme probabilidade que o proponente tinha de ter já um colangiocarcinoma..."*

*XXVI) A testemunha arrolada pela Ré, que trabalha para a Ré, afirmando que se o Autor tivesse declarado padecer de colite ou de acompanhamento médico, como responsável pela análise de tal informação teria pedido outros elementos clínicos, é pouco credível e imparcial, desde logo por não ser possível a referida testemunha intervir na análise de todos os questionários clínicos que integram as propostas de seguro apresentadas pela Ré a todos potenciais segurados a nível nacional e por outro pelo vínculo que tem com a Ré.*

*XXVII) Ademais, em sede de questionário clínico, não constava a opção de colite ulcerosa, mas apenas colite e no que concerne ao acompanhamento regular, o segurado respondeu no questionário clínico, na página terceira, à questão "consultou outros médicos (medicina do trabalho, médicos particulares ou outras especialidades) que "sim", encontrando-se sublinhado "medicina do trabalho", na parte em que diz "Quais e especialidade" tem um traço, no "Motivo" foi respondido "rotina", com diagnóstico "normal", no "Resultado dos exames" tem um traço, nos "Tratamento efetuados" tem um traço, a Ré aceitou estas respostas incompletas, contribuiu para a omissão do segurado, marido da Autora.*

*XXVIII) Pelo que, salvo o devido respeito por duto entendimento contrário, não devia constar dos factos provados a matéria constante da alínea R), "...se a Ré soubesse (que não soube) da situação clínica de R. J., preexistente à data da celebração do contrato, não teria aceitado celebrar o contrato de seguro com o mesmo..."*

#### *NESTES TERMOS E NOS MELHORES DE DIREITO*

*que Vs.Exas. melhor suprirão, requer a Vs.Exas. concedam provimento ao recurso interposto e em consequência seja decidido alterar a decisão proferida sobre a matéria de facto conforme se especifica e alterar a matéria de Direito nos termos supra descritos.*

*Decidindo deste modo, Vs.Exas. farão como sempre inteira justiça».*

*\**

*Contra-alegou a ré (com ampliação do âmbito do recurso), pugnando pela improcedência do recurso interposto pela autora (cfr. fls. 255 a 269).*

*Na parte atinente à ampliação do âmbito do recurso - art. 636.º do CPC - formulou as seguintes conclusões (que se transcrevem):*

*«XXIII. Conforme referido supra nos pontos IV a XII das presentes conclusões, que aqui se dão por integralmente reproduzidos, a Recorrida entende que não existe motivo para considerar que o falecido R. J. precisava de qualquer*

*explicação adicional sobre a declaração inicial de risco e consequências do respetivo incumprimento, para além da que ficou provado ter-lhe sido prestada por escrito no momento da contratação do seguro,*  
*XXIV. Bem como que o reconhecimento expresso do conhecimento do dever de declaração inicial de risco e das consequências do respetivo incumprimento prestado por R. J. em documento particular não impugnado, corresponde a uma confissão, com força probatória plena nos presentes autos.*  
*XXV. Consequentemente, a Recorrente considera também que o facto constante da alínea 7 dos factos não provados foi incorretamente julgado e que deveria, pelo contrário, ter sido considerado provado e ficado a constar, como alínea V), dos factos provados com a mesma redação, ou seja, que “O R. J. tomou conhecimento da declaração e dos dizeres referidos em H) e I) e assinou-os bem ciente do seu teor”».*

\*

O recurso (cujo âmbito foi ampliado pela recorrida nos termos do art. 636.º, n.º 1, do CPC) foi admitido como de apelação, a subir imediatamente, nos próprios autos e com efeito meramente devolutivo (cfr. fls. 272).

\*

Colhidos os vistos legais, cumpre decidir.

\*

## II. Delimitação do objeto do recurso

O objecto do recurso é delimitado pelas conclusões das alegações do(a) recorrente, não podendo este Tribunal conhecer de matérias nelas não incluídas, a não ser que as mesmas sejam de conhecimento oficioso e não tenham sido ainda conhecidas com trânsito em julgado [cfr. artigos 635.º, n.º 4 e 639.º, n.ºs 1 e 2 do Código de Processo Civil (doravante, abreviadamente, designado por CPC), aprovado pela Lei n.º 41/2013, de 26 de junho].

No caso, as questões que se colocam à apreciação deste Tribunal, por ordem lógica da sua apreciação, consistem em saber:

- i) - da impugnação da decisão proferida sobre a matéria de facto;
- ii) - da ampliação do âmbito do recurso deduzida nas contra-alegações - art. 636.º do CPC - atinente à violação da força probatória de documento e de confissão extrajudicial.
- iii) - Da violação do disposto no art. 24º, n.º 4 do Dec. Lei n.º 72/2008, de 16/04.
- iv) - Da violação do disposto nos arts. 5º, 6º e 8º do Decreto Lei n.º 446/85, de 25 de outubro.

\*

### III. Fundamentos

#### IV. Fundamentação de facto.

A sentença recorrida deu como provados os seguintes factos:

- A) A Ré exerce a atividade de seguros diretos e resseguros do ramo "Vida", atividades conexas ou complementares daquela, designadamente a gestão de fundos de pensões.
- B) A Autora contraiu matrimónio com R. J. em -/09/2011.
- C) R. J. outorgou um Contrato de Mútuo com Livrança e Aval em 04/06/2015, através do qual a "Caixa ..., Crl." lhe concedeu um empréstimo no montante de 50.000,00€, que se destinou a financiar a atividade agrícola/comercial/ industrial/profissional do mutuário.
- D) Em 22/04/2015, R. J. aderiu a um contrato de seguro de proteção de crédito pessoal, com a apólice n.º .....-000118, no balcão sito em Cabeceiras de Basto da instituição bancária Caixa ..., Crl., o que fez através do preenchimento e subscrição, em 22.04.2015, da Declaração Individual de Adesão ao Seguro de Grupo celebrado com a Caixa ..., CRL, rubricando cada uma das suas páginas, e preenchendo igualmente o respetivo Questionário Clínico, na mesma data, rubricando igualmente as respetivas páginas, tendo a sua adesão ao referido seguro de grupo sido aceite pela Ré nos termos do respetivo Certificado Individual de Adesão, que lhe foi enviado.
- E) O contrato de seguro referido em D) tinha as coberturas do risco de morte e de invalidez total e definitiva do tomador do seguro, com o capital seguro de 50 000,00€, correspondente ao montante mutuado no âmbito do contrato de mútuo referido em C).
- F) E os beneficiários do referido contrato de seguro eram, em caso de Morte, o credor privilegiado pelo capital em dívida, a Caixa ..., Crl., e a autora L. C., para o capital remanescente.
- G) Aquando da adesão/subscrição referida em D), R. J. prestou as informações, as declarações e os dados relativos ao seu estado de saúde que constam dos documentos de fls. 46 a 53, cujo teor aqui se dá inteiramente por reproduzido, tendo, no questionário clínico, designadamente às perguntas sobre se "Consultou ou prevê consultar algum médico, efetuou ou vai efetuar exames médicos devido a queixas que apresenta?", se "Tem alguma preocupação referente à sua saúde ou nota algum sintoma ou alteração?" e se "Pretende consultar algum médico, efetuar algum tratamento ou exames relacionados com algum sintoma que apresente?" respondido que "Não". E às perguntas sobre se "Consultou o seu Médico de Assistente/Família nos últimos 5 anos?" ou se "Consultou outros médicos (medicina do trabalho, médicos particulares

ou outras especialidades)?” respondeu que sim, mas apenas por “motivo rotina” com “diagnóstico OK” e “normal”, sem referir quaisquer “resultados de exames” e com “situação atual normal”, tendo declarado, no quadro das doenças do aparelho digestivo, de onde constava designadamente “colite”, “Não”.

H) Da Declaração Individual de Adesão subscrita e assinada por R. J. constam as seguintes declarações dactilografadas antes da assinatura:

“... O signatário declara estar inteiramente esclarecido e ciente do dever que tem de declarar com verdade e com exatidão sobre todas as circunstâncias que conheça e razoavelmente deva ter por significativas para a apreciação do risco pela X Vida, mesmo relativamente a circunstâncias cuja menção não seja solicitada em questionário eventualmente fornecido para o efeito, bem como declara estar perfeitamente ciente das consequências do incumprimento desse seu dever, e declara ter respondido com inteira verdade às perguntas constantes desta Declaração Individual de Adesão, sendo os dados e informações fornecidos pelo Signatário da sua inteira e exclusiva responsabilidade, ainda que a Declaração Individual de Adesão tenha sido preenchida por terceiro(s) e por si apenas assinada.”.

O signatário declara ter tomado conhecimento de todas as informações necessárias à celebração do presente contrato, e que tomou conhecimento das condições aplicáveis ao mesmo, designadamente, as constantes das informações pré-contratuais que constam da presente Declaração Individual de Adesão das condições gerais da apólice e as constantes das suas condições particulares, com elas concordando inteiramente.”

I) Do formulário de adesão constam os seguintes dizeres:

“DECLARAÇÃO INICIAL DE RISCO “O Tomador do Seguro, o Segurado e a Pessoa Segura, estão obrigados, antes da celebração do Contrato, a declarar com exatidão todas as circunstâncias que conheçam e razoavelmente tenham por significativas para a apreciação do risco pela X Vida, mesmo relativamente a circunstâncias cuja menção não seja solicitada em questionário eventualmente fornecido pela X Vida para o efeito. Em caso de incumprimento doloso deste dever, o Contrato, ou a Adesão ao Contrato em causa, é anulável mediante declaração enviada pela X Vida ao Tomador do Seguro ou ao Segurado, consoante se trate dum incumprimento do Tomador de Seguro ou se trate dum incumprimento do Segurado/Pessoa Segura. Não tendo ocorrido sinistro, a declaração referida no número anterior deve ser enviada no prazo de 3 (três) meses a contar do conhecimento daquele incumprimento. A X Vida não está obrigada a cobrir o sinistro que ocorra antes de ter tido conhecimento do incumprimento doloso ou no decurso do período de três

meses referido, seguindo-se o regime geral da anulabilidade. A X Vida tem direito ao prémio devido até ao final do Contrato ou até ao final do referido prazo de três meses, consoante haja ou não dolo com o propósito de obter uma vantagem, salvo se, neste último caso, a X Vida ou um seu representante tiverem concorrido com dolo ou negligência grosseira.

Em caso de incumprimento com negligência deste dever, a X Vida pode, mediante declaração a enviar ao Tomador do Seguro ou ao Segurado, consoante o caso, no prazo de 3 (três) meses a contar do seu conhecimento: a) propor uma alteração do Contrato/Adesão, fixando um prazo, não inferior a 14 dias, para o envio da aceitação ou, caso a admita, da contraproposta; b) fazer cessar o Contrato/Adesão, demonstrando que, em caso algum, celebra contratos para a cobertura de riscos relacionados com o facto omitido ou declarado inexatamente. O Contrato, ou a Adesão em causa, cessa os seus efeitos 30 (trinta) dias após o envio da declaração de cessação ou 20 (vinte) dias após a receção pelo Tomador do Seguro/Segurado da proposta de alteração, caso este nada responda ou a rejeite, sendo o prémio devolvido pro rata temporis atendendo à cobertura havida. Se, antes da cessação ou da alteração do Contrato/Adesão, ocorrer um sinistro cuja verificação ou consequências tenham sido influenciadas por facto relativamente ao qual tenha havido omissões ou inexatidões negligentes, a X Vida: cobre o sinistro na proporção da diferença entre o prémio pago e o prémio que seria devido, caso, aquando da celebração do Contrato, tivesse conhecido o facto omitido ou declarado inexatamente; ou, demonstrando que, em caso algum, teria celebrado o Contrato se tivesse conhecido o facto omitido ou declarado inexatamente, não cobre o sinistro e fica apenas vinculado à devolução do prémio.”.

J) É o seguinte o teor das Condições Gerais da Apólice: (...)

cláusula 2.<sup>a</sup> - Incontestabilidade

As declarações prestadas pelo Segurado e pela Pessoa Segura, tanto na Declaração Individual de Adesão como nos questionários exigidos, servem de base ao presente contrato, o qual é incontestável após a sua entrada em vigor, sem prejuízo do estabelecido sobre a nulidade do contrato.

(...)

“Cláusula 5.<sup>a</sup> - Dever de declaração inicial do risco

1. O Tomador do Seguro, o Segurado e a Pessoa Segura estão obrigados, antes da celebração do Contrato, a declarar com exatidão todas as circunstâncias que conheça e razoavelmente deva ter por significativas para a apreciação do risco pela X Vida.

2. O disposto no número anterior é igualmente aplicável a circunstâncias cuja menção não seja solicitada em questionário eventualmente fornecido pela X



Vida para o efeito.

(...)

Cláusula 6ª - Incumprimento doloso do dever de declaração inicial do risco

1. Em caso de incumprimento doloso do dever referido no número 1 da Cláusula anterior, o Contrato, ou a Adesão ao Contrato em causa, é anulável mediante declaração enviada pela X Vida ao Tomador do Seguro ou ao Segurado/Pessoa Segura, consoante se trate dum incumprimento do Tomador do Seguro ou se trate dum incumprimento do Segurado/Pessoa Segura.

2. Não tendo ocorrido sinistro, a declaração referida no número anterior deve ser enviada no prazo de 3 (três) meses a contar do conhecimento daquele incumprimento.

3. A X Vida não está obrigada a cobrir o sinistro que ocorra antes de ter tido conhecimento do incumprimento doloso referido no número 1 da presente Cláusula ou no decurso do prazo previsto no número anterior, seguindo-se o regime geral da anulabilidade.

4. A X Vida tem direito ao prémio devido até ao final do prazo referido no número 2 da presente Cláusula, salvo se tiver concorrido dolo ou negligência grosseira sua ou do seu representante.

5. Em caso de dolo do Tomador do Seguro, do Segurado ou da Pessoa Segura com o propósito de obter uma vantagem, o prémio é devido até ao termo do Contrato”.

K) A ré aceitou celebrar o contrato de seguro com base nas informações prestadas pelo R. J., designadamente no questionário clínico.

L) R. J. havia sido encaminhado para gastroenterologia na sequência de uma situação de icterícia e prurido com início 2-3 meses antes de 30/7/2015.

M) E, em 21 de Abril de 2015, já havia efetuado um exame Colangio - RMN que havia detetado diversas irregularidades, designadamente nas vias biliares intra-hepáticas e vhp, alternando zonas de maior calibre com outras de calibre reduzido e ao nível da região no hilo hepático, uma imagem ovular medindo 2,1 cm do maior eixo, que o médico recomendava caracterizar através de estudo dirigido.

N) E, desde novembro de 2014, apresentava marcadas alterações das enzimas hepáticas.

O) R. J., há longos anos, vinha realizando sucessivos exames ao sistema digestivo e consultas da especialidade de gastroenterologia, apresentando o seguinte historial clínico:

- Aos 19/20 anos - Diagnóstico de Colite Ulcerosa;
- 2000 - Exame de colonoscopia com referência a “atingimento do recto e do sigmóide, com sinais inflamatórios”;
- 2001 - Exame de colonoscopia com referência a “sinais inflamatórios até ao

ângulo espénico”;

- 2002 - Exame histológico com referência a “intenso infiltrado inflamatório, com presença de neutrófilos, cripite e com agregados linfoides”;
  - 2006 - Ecografia Abdominal com referência a “esteatose hepática”;
  - 2009 - Crise de diarreia com cerca de 7 a 10 dejeções por dia, com muco mas sem sangue; Análises clínicas ao fígado com alterações; Medicação com 500mg/dia Ursosalk, 1 supositório de Claversal por dia e Pantoprazol 40 mg/dia; Medicação com corticoides em data anterior (não especificada);
  - 2011/02/14 - Início de seguimento em consultas de especialidade de Gastroenterologia com Dr. J. F.;
  - 2011/06 - Consulta de especialidade de Gastroenterologia com Dr. J. F., mostrando-se nessa data o R. J. assintomático.
  - 2014/10 - Consulta de especialidade de Gastroenterologia com Dr. J. F., que prescreve a realização de análises clínicas, mostrando-se nessa data o R. J. assintomático, tinha 3 dejeções por dia, sem sangue nem muco, o abdómen era indolor à palpação e sem massas;
  - 2014/11 - Análises clínicas com alterações das enzimas hepáticas (as quais “ocorreram ao longo dos anos”);
  - 2015/01 - Consulta de especialidade de Gastroenterologia com Dr. J. F.; médico especialista de Gastroenterologia, Dr. J. F., solicita Colangiopancreatografia por ressonância magnética (CPRM);
  - 21/4/2015 - Exame CPRM com referência a “irregularidade das vias biliares intra e extra hepáticas, da via biliar principal, alternando zonas de calibre dilatado com outras de calibre reduzido, proeminentemente no lobo esquerdo. Na região do hilo hepático nódulo com 2,1 cm, a caracterizar com estudo dirigido;
  - 2015/5 - Consulta de especialidade de Gastroenterologia com Dr. J. F., na qual lhe foi comunicado o resultado do Exame CPRM e realizado diagnóstico de suspeita de “colagite esclerosante primária”.
- P) Aquando da subscrição da adesão ao seguro, R. J. omitiu, deliberada e intencionalmente, os seus antecedentes clínicos, exames, tratamentos e consultas referidos em M) a O) - apenas os relativos a datas anteriores à da subscrição da declaração de adesão/questionário clínico.
- Q) O que alterou a apreciação e a aceitação do risco por parte da ora Ré.
- R) De facto, se a Ré soubesse (que não soube) da situação clínica de R. J., preexistente à data da celebração do contrato, não teria aceitado celebrar o contrato de seguro com o mesmo.
- S) A ré invocou a anulação do contrato junto da Autora através da carta enviada no dia 26.07.2017, e por esta recebida.
- T) R. J. faleceu em - de janeiro de 2017.

U) A causa da morte de R. J. foi “Colangiocarcinoma intra-hepático e metastização hepática”.

\*

E como não provado os seguintes:

1. À data da adesão/subscrição referida em D), R. J. não apresentava nem sentia queixas nem tinha nenhuma preocupação, sintoma ou alteração
2. O exame referido em M) foi realizado em Março de 2015.
3. Em 2014, o médico especialista de Gastroenterologia, Dr. J. F., solicitou Colangiopancreatografia por ressonância magnética (CPRM) e, em 2015/03, o R. J. realizou consulta de especialidade de Gastroenterologia com Dr. J. F..
4. Em 2015/04/21, o R. J. realizou consulta com Dr. J. F. para análise da CPRM.
5. A adesão/subscrição referida em D) aconteceu no dia seguinte à consulta em que o Dr. J. F. analisou o exame CPRM de R. J. (2015.04.22) e lhe deu conhecimento da possibilidade da existência de uma grave doença do fígado.
6. Os dizeres da proposta foi integral e detalhadamente explicado na altura da sua subscrição pelo funcionário da Caixa ....
7. O R. J. tomou conhecimento da declaração e dos dizeres referidos em H) e I) e assinou-os bem ciente do seu teor.
8. E tomou conhecimento das cláusulas gerais referidas em J).
9. O seguro em causa nos autos era já o segundo que o R. J. celebrava com a Ré, tendo as garantias do seguro anterior (celebrado em 2013), com o número de apólice .....-000201, sido acionada e o respetivo capital seguro integralmente liquidado.
10. Se a Ré soubesse da real situação clínica de R. J. e decidisse aceitar o seguro, o seguro ficaria com causas de exclusão adicionais e o prémio de seguro seria mais elevado.

\*

V. Fundamentação de direito.

1. - Da impugnação/alteração da decisão da matéria de facto.
  - 1.1. Embora a apelante não a tenha expressamente qualificado como tal, afigura-se que a pretensão recursória em causa atinente à alteração das respostas às alíneas P) e R) dos factos provados consubstancia uma efetiva impugnação da decisão sobre a matéria de facto, pelo que como tal será tratada (art. 5º, n.º 3 do CPC).

Ora, para que o conhecimento da matéria de facto se consuma, deve previamente a recorrente, que impugne a decisão relativa à matéria de facto, cumprir o (triplo) ónus de impugnação a seu cargo, previsto no art. 640º do CPC, o qual dispõe que:

*“1- Quando seja impugnada a decisão sobre a matéria de facto, deve o recorrente obrigatoriamente especificar, sob pena de rejeição:*

*a) Os concretos pontos de facto que considera incorretamente julgados;*

*b) Os concretos meios probatórios, constantes do processo ou de registo ou gravação nele realizada, que impunham decisão sobre os pontos da matéria de facto impugnados diversa da recorrida;*

*c) A decisão que, no seu entender, deve ser proferida sobre as questões de facto impugnadas.*

*2- No caso previsto na alínea b) do número anterior, observa-se o seguinte:*

*a) Quando os meios probatórios invocados como fundamento do erro na apreciação das provas tenham sido gravados, incumbe ao recorrente, sob pena de imediata rejeição do recurso na respectiva parte, indicar com exatidão as passagens da gravação em que se funda o seu recurso, sem prejuízo de poder proceder à transcrição dos excertos que considere relevantes;*

*b) Independentemente dos poderes de investigação oficiosa do tribunal, incumbe ao recorrido designar os meios de prova que infirmem as conclusões do recorrente e, se os depoimentos tiverem sido gravados, indicar com exatidão as passagens da gravação em que se funda e proceder, querendo, à transcrição dos excertos que considere importantes.*

*3 - O disposto nos n.ºs 1 e 2 é aplicável ao caso de o recorrido pretender alargar o âmbito do recurso, nos termos do n.º 2 do artigo 636.º.».*

Aplicando tais critérios ao caso, constata-se que a recorrente indica quais os factos que pretende que sejam decididos de modo diverso, bem como a redação que deve ser dada sobre as questões de facto impugnadas, se bem que tenha omitido a especificação dos meios probatórios que, na sua ótica, impõem essa alteração, limitando-se, quanto à facticidade objeto da alínea P) dos factos provados, a fazer uma correlação com outros factos provados e invocando a fundamentação aduzida pela Mm.<sup>a</sup> Juíza “*a quo*” na sentença recorrida para alicerçar a sua pretensão impugnatória; relativamente à facticidade objeto da alínea R) dos factos provados, limita-se a formular um juízo de não credibilidade quanto à testemunha A. P., mais tecendo considerações quanto ao conteúdo do questionário clínico.

Assim, no caso sub júdice, assumindo um critério amplo, em que a substância se deve sobrepor a questões de índole formal com vista a obter uma justa composição do litígio, partiremos do pressuposto de que foram suficientemente cumpridos os ónus estabelecidos no citado art. 640º.

\*

1.2. Sob a epígrafe “*Modificabilidade da decisão de facto*”, preceitua o artigo 662.º, n.º 1 do CPC, que «*a Relação deve alterar a decisão proferida sobre a*

*matéria de facto, se os factos tidos como assentes, a prova produzida ou um documento superveniente impuserem decisão diversa».*

Por referência às suas conclusões extrai-se que a recorrente pretende a alteração da resposta positiva para negativa das alíneas P) e R) dos factos provados da decisão recorrida

Os citados pontos fácticos impugnados têm a seguinte redação:

*«P) Aquando da subscrição da adesão ao seguro, R. J. omitiu, deliberada e intencionalmente, os seus antecedentes clínicos, exames, tratamentos e consultas referidos em M) a O) – apenas os relativos a datas anteriores à da subscrição da declaração de adesão/questionário clínico».*

*«R) De facto, se a Ré soubesse (que não soube) da situação clínica de R. J., preexistente à data da celebração do contrato, não teria aceitado celebrar o contrato de seguro com o mesmo».*

Na sentença recorrida, a Mm.<sup>a</sup> Juíza “a quo” – na parte que ora releva – consignou a seguinte motivação:

*«(...)*

*Mas assumiu-se de particular importância, para a formação da convicção do tribunal a respeito da factualidade constante de P), e não prova da factualidade inserta em 1., o depoimento da testemunha Dr. J. F., médico que seguiu o falecido marido da autora nos anos que precederam a celebração do contrato de seguro, e que, por ter uma relação de amizade com o pai da autora, sendo vizinho desta, conseguiu recordar-se, com grande pormenor, do relacionamento médico que manteve com o falecido, tendo designadamente esclarecido que a história da doença que fez consignar no relatório de fls. 29, que é uma transcrição/súmula dos seus apontamentos manuscritos de fls. 138 verso e 139, foi-lhe relatada pelo próprio falecido, que lhe trouxe em mão os exames cujos resultados refere naquela história, tendo confirmado que o falecido sabia obviamente da doença crónica de que padecia (colite ulcerosa), doença esta que, de acordo com a colonoscopia de 2001, era já muito extensa, e, à data da sua primeira observação (Fevereiro de 2011), estava em atividade (sintomática), sendo há muito o falecido seguido por sua causa, tendo sido aliás o próprio falecido quem lhe referiu ainda que teria também realizado análises ao fígado, que se mostrava também já alterado (teria “fígado gordo”), e que por isso tomava de forma regular Ursofalk (a que a testemunha acrescentou o Salofalk, para tratamento da colite ulcerosa), receitado por um anterior clínico, tudo levando a que logo nesse ano o referido clínico tivesse suspeitado de que já o paciente poderia ter uma colangite, razão pela qual lhe prescreveu uma colangio RMN, exame que, contudo, o falecido acabou por não realizar.*

*Mais esclareceu que só veio a voltar a observar o falecido em outubro de 2014 e que, pese embora essa tivesse sido uma consulta de “rotina” e o mesmo se apresentasse assintomático, veio a prescrever-lhe a realização de análises, cujo resultado o falecido lhe trouxe em janeiro de 2015, sendo que, perante os resultados destas, que se mostravam muito alterados (muito mais do que as que tinha visto em fevereiro de 2011), ficou alarmado e seriamente convencido de que o falecido já teria uma colestase, pelo que lhe voltou a prescrever a realização de uma colangio RMN, tendo-lhe explicado várias vezes que tinha que a fazer sem falta, sendo que nesta altura obviamente o paciente, que era uma pessoa esclarecida, soube da gravidade do assunto e da urgência na realização do dito exame, que aquele ficou a saber ser preponderante para um diagnóstico que lhe poderia ser altamente desfavorável, embora ainda não se suspeitasse da sua malignidade, tanto assim que, apesar de ter mediado cerca de três meses desde a data da prescrição do exame e até à sua realização, foi com elevada urgência que aquele exame acabou por ser afinal realizado, o que sucedeu por recurso à intercedência da testemunha J. F., como por este honestamente declarado, que, tendo já anteriormente exercido funções no hospital de Vila Nova de Gaia, veio a pedir maior urgência para o assunto, pois que tais exames tinham normalmente uma lista de espera muito longa (de meses), tal era a sua especificidade e a escassez de recursos humanos com conhecimentos para o fazer.*

*Ora, dos referidos depoimentos e da extensa documentação médica junta aos autos, resultou demonstrado, e a nosso ver de forma clarividente, que o falecido marido da autora obviamente, na data em que preencheu o questionário clínico, sabia não só da cronicidade da doença de que padecia, cujo diagnóstico há muito lhe havia sido transmitido, e do acompanhamento constante, delicado e complexo que esta lhe demandava, que aliás procurou constantemente e a nível privado, tendo sido até aconselhado pela testemunha J. F. a prosseguir o seu acompanhamento no SNS, como estava ainda perfeitamente ciente, após a consulta de janeiro de 2015, que o seu estado de saúde era reservado, estando dependente do resultado do exame da colangio RMN que lhe fora prescrita nessa data pela testemunha J. F., ou seja, sabia que tal exame lhe podia trazer a notícia de uma doença muito grave, que era um dos riscos da doença crónica de que padecia, tanto assim que houve necessidade de recorrer à “cunha” (sic) daquela testemunha para o realizar com a máxima urgência, tal como por este admitido, pelo que, tendo exatamente preenchido o questionário clínico no dia seguinte à realização de tão delicado exame, que era tudo menos um exame de rotina, e tendo dado de si o retrato de pessoa com perfeita saúde e sem qualquer preocupação, que*

*obviamente não correspondia à realidade, resultou para o tribunal evidente que as declarações que ali prestou, contrárias ao seu historial clínico e em perfeita omissão da realização daquele exame, se trataram sem margem para dúvidas de omissões voluntárias, e não apenas de um ato de mera incúria/inconsciência, tanto mais que naquele questionário consta a referência expressa a “colite”, que era inequivocamente uma doença de que o falecido sabia padecer desde longa data, não consentindo o assim exposto qualquer outra conclusão lógica.*

*E foi obviamente com base em tal informação que a ré, na pessoa da testemunha A. P., responsável pela análise de tal informação, ve[io] a decidir-se pela aceitação da adesão ao contrato de seguro, como este asseverou. De facto, a testemunha A. P., de forma perentória e coerente, esclareceu que, se o falecido marido da autora tivesse declarado no questionário clínico que sofria de colite ulcerosa, ou de acompanhamento médico regular, e que tinha realizado a colangio RMN, como responsável pela análise de tal informação, e pela subsequente tomada de decisão em nome da ré, ter-lhe-ia pedido outros elementos clínicos e a decisão de aceitação/recusa do seguro ficaria a aguardar o resultado daquele exame, sendo que, perante o relatório que veio a ser elaborado, que refere a presença de um nódulo “a caracterizar através de estudo dirigido” (vide fls. 133), teria necessariamente recusado a aceitação da adesão, consentaneamente com as tabelas gerais em vigor para a atividade de seguros, não havendo, em face daquele exame, a mínima hipótese de aceitação com exclusões, tal era a enorme probabilidade que o proponente tinha de ter já um colangiocarcinoma, o que a testemunha J. F. também confirmou, tendo referido que, com base no que se mostra escrito na segunda parte do relatório, teria logo chegado ao diagnóstico daquela malignidade, tendo a testemunha A. P. concluído que nada perguntou ao falecido marido da autora pois que as declarações que este prestou o enquadravam num tipo padrão, dispensando-o de qualquer pesquisa, assim se justificando a prova da factualidade constante de K), Q) e R) e a não prova da factualidade constante de 10».*

Pois bem, estando demonstrado que o segurado padecia de uma doença crónica há 15 anos [alínea O) dos factos provados], dir-se-á que – diversamente do propugnado pela recorrente – os elementos apurados nos autos de modo algum nos permitem concluir que essa doença não lhe tenha causado limitações no desenvolvimento na sua atividade laboral, na vida do dia a dia, nem que o segurado encarava essa doença crónica como normal e que nunca representou, nem teve consciência, que a colite que padecia fosse relevante e significativa para a Ré na apreciação do risco na celebração do contrato.

Tão pouco o trecho da motivação da sentença recorrida transcrito na apelação, atinente ao resumo e valoração do depoimento da testemunha Dr. J. F., permite retirar uma conclusão diferente da que foi extraída pela Mm.<sup>a</sup> Juíza “*a quo*” no tocante à formação da sua convicção tendente à demonstração da matéria objeto da al. P) dos factos provados.

Acresce que, na impugnação apresentada, não cuidou a recorrente de invocar meios probatórios que habilitem este Tribunal a formular uma convicção distinta quanto à (in)verificação daquele concreto facto impugnado.

Por outro lado – e atendo-nos já à apreciação da impugnação deduzida quanto à al. R) dos factos provados –, no tocante às asserções aduzidas sobre a falta de credibilidade do depoimento da testemunha A. P., médico prestador de serviços para a ré, limitar-nos-emos a reconhecer que embora se aceite que a vinculação ou dependência jurídica possa, nalguns casos, constituir uma circunstância impeditiva da prestação, em juízo, de um depoimento isento e credível, pois, como é sabido, um trabalhador subordinado ou um prestador de serviços (o mesmo podendo dizer-se no caso de um familiar ou de um amigo) poderá mais facilmente ser tentado a faltar à verdade no intuito de beneficiar a entidade (ou pessoa) com a qual está relacionado, dada a existência de interesse (ou falta dele) no resultado da lide, a verdade é que a existência dessas relações (nomeadamente de prestador de de serviços) não é, nos termos legais, motivo de impedimento ou de inabilidade para depor como testemunha. Acresce que, dada a razão de ciência revelada, médico responsável pela análise da informação clínica atinente aos aderentes, que procedeu à análise do questionário clínico preenchido pelo segurado, tendo diretamente intervindo ou acompanhado essa fase do processo antecedente à decisão de aceitação do seguro, tal testemunha revelou ter conhecimentos circunstanciados e precisos sobre os termos como as declarações/informações prestadas pelo segurado no questionário clínico foram decisivas para aquela decisão e que justificaram a não solicitação de mais elementos clínicos. E para colocar em causa a credibilidade desse depoimento não basta a mera alegação genérica da menção das relações (como seja o vínculo ou relação jurídica) que essa testemunha tem – ou teve – com uma das partes da causa. Esta circunstância, no caso a relação contratual de prestação de serviços, foi desde logo confirmada pela enunciada testemunha aquando do juramento e interrogatório preliminar nos termos e para os efeitos do disposto no art. 513º, n.º 1 do CPC, não deixando certamente de ser tomada em consideração aquando da valoração da globalidade dos meios de prova produzidos. Ademais, embora do questionário clínico não conste a opção colite ulcerosa, a verdade é que constava a opção (genérica) colite e mesmo quanto a esse campo o segurado respondeu negativamente, apesar de bem saber que



padecia de colite ulcerosa que lhe havia sido diagnosticada há mais de 15 anos, sendo que há longos anos vinha realizando sucessivos exames ao sistema digestivo e consultas da especialidade de gastroenterologia, conforme historial clínico descrito na al. O) dos factos provados, que omitiu ao responder ao questionário.

E, atento o teor preciso, taxativo e claro das respostas dadas pelo segurado no questionário clínico, não se evidencia que a seguradora não tenha atuado com a diligência exigível a qualquer profissional da área no controlo de tais respostas, dado que, aparentemente, as mesmas não apresentavam imprecisões, incoerência ou contradições evidentes que exigissem a prestação de esclarecimentos complementares.

Serve isto para concluir que a fundamentação que serviu de base às conclusões dadas pela 1.<sup>a</sup> instância para a demonstração das als. P) e R) dos factos provados, baseando-se na livre convicção e sendo uma das soluções permitidas pela razão e pelas regras de experiência comum, revela-se convincente e sustentada à luz da prova auditada e não se mostra minimamente fragilizada pela argumentação probatória da impugnante, não se impondo decisão sobre os referidos pontos da matéria de facto diversa da recorrida (art. 640.<sup>o</sup>, n.º 1, al. b) do CPC).

Como tem sido salientado, baseando-se a decisão factual do tribunal da 1.<sup>a</sup> instância numa livre convicção objetivada numa fundamentação compreensível onde se optou por uma das soluções permitidas pela razão e pelas regras de experiência comum, a fonte de tal convicção - obtida com benefício da imediação e oralidade - apenas poderá ser afastada se ficar demonstrado ser inadmissível a sua utilização pelas mesmas regras da lógica e da experiência comum.

Nesta conformidade, inexistindo razões para divergir do julgamento de facto empreendido pelo tribunal recorrido quanto aos concretos factos impugnados, resta-nos concluir pela total improcedência da impugnação da matéria de facto, mantendo-se inalterada a decisão sobre a matéria de facto fixada na sentença recorrida.

\*

2. Da ampliação do âmbito do recurso deduzida nas contra-alegações - art. 636.<sup>o</sup> do CPC.

2.1. Da violação da força probatória de documento e de confissão extrajudicial.

Por referência aos pontos IV a XII das suas conclusões, entende a recorrida não existir motivo para considerar que o falecido R. J. precisava de qualquer explicação adicional sobre a declaração inicial de risco e consequências do respetivo incumprimento, para além da que ficou provado ter-lhe sido

prestada por escrito no momento da contratação do seguro, bem como que o reconhecimento expresso do conhecimento do dever de declaração inicial de risco e das consequências do respetivo incumprimento prestado por aquele em documento particular não impugnado, corresponde a uma confissão, com força probatória plena nos presentes autos.

Consequentemente, considera que o facto constante da alínea 7 dos factos não provados foi incorretamente julgado e que deveria, pelo contrário, ter sido considerado provado e ficado a constar, como alínea V), dos factos provados com a mesma redação, ou seja, que *“O R. J. tomou conhecimento da declaração e dos dizeres referidos em H) e I) e assinou-os bem ciente do seu teor”*».

Por conseguinte, a recorrida fundamenta a sua pretensão recursória pugnano pelo valor probatório pleno de dois meios de prova produzidos (documento particular e confissão extrajudicial).

A questão colocada pela recorrida não tem tanto a ver com a apreciação da prova produzida em julgamento (baseada em meios de prova sujeitos à livre apreciação do tribunal, ou seja, sem valor probatório tabelado), mas sim com a violação das regras de direito probatório material, mais precisamente de disposições legais expressas que fixam a força probatória de determinado meio de prova, isto é, um verdadeiro erro de aplicação de direito (1).

Preceitua o art. 607º, n.º 4, do CPC que, *«[n]a fundamentação da sentença, o juiz declara quais os factos que julga provados e quais os que julga não provados, analisando criticamente as provas, indicando as ilações tiradas dos factos instrumentais e especificando os demais fundamentos que foram decisivos para a sua convicção; o juiz toma ainda em consideração os factos que estão admitidos por acordo, provados por documentos ou por confissão reduzida a escrito, compatibilizando toda a matéria de facto adquirida e extraindo dos factos apurados as presunções impostas pela lei ou por regras de experiência»*.

Por sua vez, nos termos do art. 374.º, n.º 1, do Código Civil (CC):

*“A letra e a assinatura, ou só a assinatura, de um documento particular consideram-se verdadeiras, quando reconhecidas ou não impugnadas pela parte contra quem o documento é apresentado, ou quando esta declare não saber se lhe pertencem, apesar de lhe serem atribuídas, ou quando sejam havidas legal ou judicialmente como verdadeiras”*.

Referindo o art. 376º (*“Força probatória”*) que:

*“1. O documento particular cuja autoria seja reconhecida nos termos dos artigos antecedentes faz prova plena quanto às declarações atribuídas ao seu autor, sem prejuízo da arguição e prova da falsidade do documento.*

*2. Os factos compreendidos na declaração consideram-se provados na medida em que forem contrários aos interesses do declarante; mas a declaração é indivisível, nos termos prescritos para a prova por confissão.*

*(...)”.*

E o n.º 2 do art. 358.º do CC, relativo à força probatória da confissão, estipula que:

*“A confissão extrajudicial, em documento autêntico ou particular, considera-se provada nos termos aplicáveis a estes documentos e, se for feita à parte contrária ou a quem a represente, tem força probatória plena”.*

No caso em apreço, da Declaração Individual de Adesão subscrita e assinada pelo segurado constam as seguintes declarações dactilografadas antes da assinatura:

*“(...) O signatário declara estar inteiramente esclarecido e ciente do dever que tem de declarar com verdade e com exatidão sobre todas as circunstâncias que conheça e razoavelmente deva ter por significativas para a apreciação do risco pela X Vida, mesmo relativamente a circunstâncias cuja menção não seja solicitada em questionário eventualmente fornecido para o efeito, bem como declara estar perfeitamente ciente das consequências do incumprimento desse seu dever, e declara ter respondido com inteira verdade às perguntas constantes desta Declaração Individual de Adesão, sendo os dados e informações fornecidos pelo Signatário da sua inteira e exclusiva responsabilidade, ainda que a Declaração Individual de Adesão tenha sido preenchida por terceiro(s) e por si apenas assinada.*

*O signatário declara ter tomado conhecimento de todas as informações necessárias à celebração do presente contrato, e que tomou conhecimento das condições aplicáveis ao mesmo, designadamente, as constantes das informações pré-contratuais que constam da presente Declaração Individual de Adesão das condições gerais da apólice e as constantes das suas condições particulares, com elas concordando inteiramente”.*

Defende a recorrida que as declarações prestadas pelo segurado, perante si na Declaração Individual de Adesão – que é um documento particular cuja autoria se encontra reconhecida pela Autora/ Recorrente –, têm valor probatório pleno, e os factos dela constantes deviam ter sido considerados provados, por confissão, pelo Tribunal “a quo”, ou seja, devia ter ficado

provado que, conforme o próprio declarou, o segurado tinha conhecimento do dever de declaração inicial de risco e das consequências do seu incumprimento.

A questão que se coloca é precisamente a de saber de que é que tais declarações fazem prova plena?

Como vimos, nos termos conjugados do disposto nos arts. 376.º e 374º do CC, quando reconhecida ou não tendo sido impugnada a assinatura do segurado esta tem-se por verdadeira e o documento particular na qual a mesma foi aposta faz prova plena quanto às declarações que do mesmo constem e que possam ser atribuídas ao seu autor.

No caso, não tendo sido arguida a falsidade quer do documento quer da assinatura aposta no mesmo, atento o teor da aludida cláusula e o preceituado nos arts. 374 e 376.º, n.ºs 1 e 2, do CC, mostra-se plenamente provado que da Declaração Individual de Adesão em apreço constam tais dizeres, isto é, a existência de tais declarações.

Questão diferente é a de saber se os dizeres constantes de tais declarações abrangem também a exatidão das mesmas, ou seja, se o aderente/segurado foi esclarecido e informado do dever de *“declarar com verdade e com exatidão sobre todas as circunstâncias que conheça e razoavelmente deva ter por significativas para a apreciação do risco”* pela seguradora, bem como de todas as informações necessárias à celebração do contrato de seguro e das condições aplicáveis ao mesmo, visto a Autora/recorrente negar que tal tenha ocorrido.

No caso em apreço, como adiante melhor explicitaremos, estamos perante um contrato de seguro de grupo, nos termos definidos pelo Dec. Lei n.º 72/2008, de 16/04, sendo também uma evidência do mero tipo e texto do contrato junto aos autos a inquestionável natureza de contrato de adesão mediante o qual o marido da A. se obrigou no âmbito do seguro de grupo, sendo-lhe também aplicável o regime jurídico das cláusulas contratuais gerais que decorre do Dec. Lei n.º 446/85, de 25.10 (RJCCG), com as sucessivas alterações.

Com efeito, os seguros, na generalidade dos casos, são contratos não só celebrados por adesão, como ainda compostos por cláusulas contratuais gerais.

Segundo Ana Prata (2), contrato de adesão é o contrato em que uma das partes estabelece, prévia e unilateralmente, as cláusulas que a outra, de facto, não pode discutir, não podendo senão aceitar ou recusar o conteúdo global da proposta do contrato.

Tais contratos não são apenas subtraídos à negociação individual, e pautados

pelas características da pré-disposição, unilateralidade e rigidez, como são ainda compostos por cláusulas pré-redigidas para a generalidade dos contratos de uma certa categoria que o segurador venha a celebrar com tomadores ou segurados indeterminados.

Sendo o contrato unilateralmente redigido pelo predisponente em vista da generalidade dos seus contratantes, não se poderá assumir que estes conheçam os termos do contrato, e muito menos que compreendam o seu alcance.

Na verdade, os sujeitos que procuram um serviço num mercado dominado por contratos compostos por cláusulas contratuais gerais não terão possibilidade fáctica de conhecer e comparar o conteúdo das ofertas rivais. Por isso mesmo, neste particular domínio, a lei organiza uma tutela autónoma do conteúdo do contrato.

Por isso, o RJCCG prevê deveres especiais de comunicação e de informação. Nos termos do art. 5.º, a comunicação deve ser integral, e feita pelo modo e com a antecedência adequada a permitir a um aderente normalmente diligente o seu conhecimento completo.

Cabe ao predisponente o ónus da prova de tal comunicação. Por sua vez, o dever de informar previsto no art. 6.º perfila-se como um dever de aclaração de certos aspetos do clausulado, quando as circunstâncias o reclamem.

Caso as cláusulas não sejam comunicadas, ou ocorra violação do dever de informação, não sendo de esperar o seu conhecimento efetivo, as cláusulas afetadas consideram-se excluídas do contrato em causa (art. 8.º, als. a) e b) do RJCCG).

Os deveres de comunicação e informação previstos no RJCCG correspondem, respetivamente, aos deveres de informação e de esclarecimento, previstos no Regime jurídico do contrato de seguro (RJCS), aprovado pelo Decreto-Lei n.º 72/2008, de 16 de Abril, cujo não cumprimento concita a responsabilidade civil do segurador (arts. 18.º, 22.º e 23.º, n.º 1, do RJCS) (3).

E, no campo específico do seguro de grupo, o art. 78º (“*Dever de informar*”) do RJCS atribuiu ao tomador do seguro o dever de informar o segurado sobre as coberturas e exclusões contratadas, as obrigações e direitos em caso de sinistro e as alterações posteriores que ocorram neste âmbito; prevê-se, de igual modo, a possibilidade desse dever de informar caber ao segurador.

Todo este desenvolvimento do regime legal pertinente ao caso em apreço visa estribar a seguinte conclusão: estamos perante um contrato de adesão, composto por cláusulas contratuais gerais.

Como tal, não tendo o aderente/segurado qualquer intervenção na sua elaboração, não pode verdadeiramente falar-se sequer em “*declaração*” do segurado, nos termos do art. 376.º, n.º 1, do CC, de ter sido esclarecido e

informado do dever de declaração de risco, bem como de todas as informações necessárias à celebração do contrato de seguro e das condições aplicáveis ao mesmo, pela mera existência de tais cláusulas (leia-se declarações dactilografadas) na Declaração Individual de Adesão. Ao invés, as declarações ali constantes só podem ser atribuídas ao seu autor, in casu, a seguradora (4). Como assim, não há qualquer violação de norma de direito probatório que importe a alteração da resposta de não provado à alegação de que o R. J. tomou conhecimento da declaração e dos dizeres referidos em H) e I) e assinou-os bem ciente do seu teor.

Igualmente, aquela declaração não pode ser considerada como confissão extrajudicial porquanto é necessária a consciência e vontade de admitir um facto específico desfavorável para o declarante e favorável à outra parte que determine a realização de um prejuízo objetivo.

A aludida cláusula que diz que o aderente teve conhecimento e aceitou as CCG (cláusula confirmatória ou de confirmação) tem, quando muito e observada que seja uma série de exigências, um valor de princípio de prova da comunicação dessas CCG, que teria de ser corroborado por outros meios de prova (5), o que, no caso, foi expressamente afastado pela Mm.<sup>a</sup> Juíza “*a quo*” (6).

Nesta conformidade, em face da não alteração à matéria de facto nos termos pretendidos pela Recorrida, improcede a ampliação do âmbito do recurso.

\*

3. Reapreciação da decisão de mérito.

3.1. Considerações prévias/gerais.

Não suscitam reparos as considerações feitas na sentença recorrida sobre a qualificação do contrato de seguro objeto dos autos.

No caso sub júdice está em causa um contrato de seguro de grupo (ramo vida), com início em 22 de abril de 2015, no qual a Ré figura como seguradora, a Caixa ..., Crl como tomadora e credora (primeira) beneficiária do seguro (7), e o falecido marido da autora, R. J., como aderente-segurado.

Com efeito, como aí se explicitou, a pretensão da autora tem por base a existência de um contrato de seguro de vida, que considera válido e eficaz, a que o seu falecido marido aderiu, o qual tinha as coberturas do risco de morte e de invalidez total e definitiva do segurado.

O referido contrato de seguro foi celebrado com a finalidade de assegurar o cumprimento das obrigações assumidas pelo falecido marido da autora para com a "Caixa..., Crl." - que lhe concedeu um empréstimo no montante de 50.000,00€, destinado a financiar a atividade agrícola/comercial/industrial/

profissional do mutuário –, em caso de morte ou invalidez total e definitiva do mutuário.

A ré reconheceu a realização do referido contrato de seguro, que abrange, entre outras, as coberturas do risco morte e que garante o pagamento ao beneficiário das quantias devidas pelo segurado, no momento em que ocorra alguma das situações de risco mencionadas.

Todavia, a seguradora recusou ou declinou assumir o pagamento das quantias pedidas no âmbito ou em consequência do contrato celebrado com o segurado invocando para o efeito a nulidade do contrato com fundamento em omissões e declarações falsas do segurado aquando da subscrição de adesão ao seguro, cuja relevância na formação da sua decisão de ter celebrado o dito contrato considera essencial, pois que, a saber da real situação clínica daquele, não teria sequer aceitado celebrar o contrato de seguro do contrato ou, pelo menos, a sua contratação sempre seria com condições diferentes e com prémios de seguro mais elevados.

Por sua vez, o Tribunal “*a quo*” – sufragando a posição aduzida na contestação – decidiu que a ré/seguradora não estava obrigada a pagar à Caixa ..., CRL (tomadora do seguro e primeira beneficiária), nem à própria Autora (segunda beneficiária), o montante correspondente ao capital seguro previsto no contrato de seguro de grupo celebrado com o marido da autora, porquanto, na celebração de tal contrato, este havia omitido patologias graves cujo conhecimento teria influenciado os termos da sua contratação, tornando tal contrato anulável nos termos do disposto no art. 25º, n.º 1 do Dec. Lei n.º 72/2008.

Como é sabido, o contrato de seguro é a convenção pela qual uma das partes (a seguradora) se obriga, mediante retribuição (prémio) paga pela outra parte (o segurado), a assumir determinado risco e, caso a situação de risco se concretize, a satisfazer ao segurado ou a terceiro uma indemnização pelos prejuízos sofridos ou um determinado montante previamente estipulado (8). Trata-se do “*contrato pelo qual uma parte, mediante retribuição, suporta um risco económico da outra parte ou de terceiro, obrigando-se a dotar a contraparte ou o terceiro dos meios adequados à supressão ou atenuação de consequências negativas reais ou potenciais da verificação de um determinado facto*” (9).

Como refere José Vasques (10), “[o]s seguros de vida em caso de morte consistem na obrigação de o segurador realizar a prestação a que se obrigou caso a pessoa segura faleça antes de determinada data fixada na apólice”.

No caso em análise estamos, especificamente, perante um contrato de seguro de vida (“*C... Proteção Crédito Pessoal*”) de grupo, cujas garantias cobertas eram a morte ou a invalidez total e definitiva do segurado – cfr. arts. 183º e

184º do Dec. Lei n.º 72/2008, de 16/04, que aprovou o novo Regime Jurídico do Contrato de Seguro (RJCS).

O seguro de grupo, por contraposição ao seguro individual (11), é legalmente definido como cobrindo *“riscos de um conjunto de pessoas ligadas ao tomador do seguro por um vínculo que não seja o de segurar”* (art. 76º do RJCS).

No dizer de Margarida Lima Rego (12), estamos perante uma das categorias dos chamados “seguros de grupo” ou “seguros colectivos”: os contratos-quadros seguidos da celebração de contratos individuais de seguro, em que o banco mutuante contrata *«com o segurador os parâmetros dentro dos quais irão celebrar-se os contratos individuais de seguro sobre a vida dos seus clientes, que estes últimos celebrarão com o propósito de os dar em garantia ao próprio banco»* (13).

Daí que, perante a verificação do risco previsto (morte ou invalidez total e definitiva dos segurados), a seguradora fique adstrita à realização de uma prestação pecuniária (pelo valor do capital mutuado em dívida) ao beneficiário indicado no contrato de seguro, no caso o Banco tomador e mutuante (14).

O seguro de grupo, no que concerne às suas modalidades, pode ser contributivo ou não contributivo. Diz-se contributivo *“quando do contrato de seguro resulta que os segurados suportam, no todo ou em parte, o pagamento do montante correspondente ao prémio devido pelo tomador do seguro”*, enquanto que na modalidade não contributiva tal é assegurado em exclusivo pelo tomador do seguro (arts. 77º e 80º, n.º 1, todos do RJCS).

O contrato de seguro de grupo apresenta-se com uma particular estruturação na sua formação por se estabelecer em dois momentos distintos: i) num primeiro momento (fase estática), o contrato é celebrado entre a seguradora e o tomador do seguro (o banco mutuante) que estabelecem, entre si, as condições de inclusão no grupo, as relações entre seguradora e tomador de seguro, com específicos direitos e obrigações recíprocos, as condições dos seguros para os aderentes, incluindo as condições gerais e especiais do seguro, que contêm as coberturas dos riscos e os direitos e obrigações recíprocas da seguradora e do membro do grupo aderente. A existência deste contrato é pressuposto da possibilidade de virem a existir pessoas seguras, que serão aquelas que vierem a aderir e que terão o seguro com as coberturas e nos termos que foi contratado entre seguradora e o tomador. Não vão poder negociar o contrato; ii) num segundo momento (fase dinâmica), o tomador de seguro promove a adesão ao contrato junto dos membros do grupo, segurados (destinatários do empréstimo) (15).

Estes dois momentos são complementares e indissociáveis. Enquanto não se der a primeira adesão, o contrato celebrado entre seguradora e tomador de seguro não produz efeitos enquanto seguro. É com as adesões que surgem as



pessoas seguras, visto que o tomador do seguro não tem essa qualidade. E, sem pessoas seguras, não há seguro (16).

Poderá produzir efeitos quanto a direitos e obrigações estabelecidos entre seguradora e tomador no que diz respeito à relação que entre ambos se estabelece e aos requisitos do grupo, mas só começa a produzir efeitos como seguro no momento da primeira adesão. Ou num momento posterior se tal for acordado pelas partes (17).

Com a adesão, constitui-se uma relação triangular entre a seguradora, o tomador do seguro e os aderentes segurados. O contrato deixa de regular exclusivamente os interesses do tomador e da seguradora e passa também a regular os interesses do segurado de acordo com as cláusulas apostas no modelo proposto (18).

O quadro em que as relações são estabelecidas entre os diferentes sujeitos encontra a sua disciplina fundamental no contrato de seguro de grupo celebrado entre o tomador e a seguradora, encontrando-se as relações entre os aderentes e a seguradora perante aquele contrato «*numa relação de dependência genética e funcional*» (19).

Como igualmente já demos conta, está também fora de discussão, no confronto dos segurados aderentes, a inquestionável natureza de contrato de adesão daquele contrato concreto mediante o qual o marido da A. se obrigou no âmbito do seguro de grupo e, assim, se constituiu segurado, sem possibilidade de discutir as condições gerais e as condições especiais da apólice. Está, portanto, tal adesão abrangida pelo regime das cláusulas contratuais gerais, definido pelo Decreto-lei n.º 446/85, de 25 de outubro. Regra geral, não é de adesão o contrato pelo qual o banco se constituiu tomador do seguro junto da seguradora (20).

Ora, analisada a factualidade provada, dúvidas não oferecem tratar-se de um contrato de seguro de grupo contributivo (porquanto cobre riscos de um conjunto de pessoas ligadas ao tomador do seguro por um vínculo distinto do de segurar e porque os segurados suportam o pagamento do montante correspondente ao prémio devido pelo tomador do seguro) e do ramo vida (porquanto o segurador cobre a morte ou a sobrevivência da pessoa segura) - cfr. arts 76º, 77º, n.º 2 e 183º do RJCS.

Por fim, tendo por referência a data da celebração do contrato (22/04/2015), é aplicável o regime jurídico constante do Dec. Lei n.º 72/2008, de 16/04 (21).

\*

3.2. Da violação do disposto no art. 24º, n.º 4 do RJCS.

Defende a recorrente/autora que a Ré/seguradora não cumpriu com os seus deveres previstos no n.º 4 do art. 24º do citado Dec. Lei n.º 72/2008, «*ou seja,*

*os deveres de esclarecer o segurado da sua obrigação, antes da celebração do contrato, de declarar com exactidão todas as circunstâncias que conheça e razoavelmente deva ter por significativas para a apreciação do risco pelo segurador, nem esclareceu o segurado do regime e consequências do incumprimento dessa obrigação».*

Sob a epígrafe “*Declaração inicial do risco*”, prescreve o art. 24º do referido diploma legal:

*“1 - O tomador do seguro ou o segurado está obrigado, antes da celebração do contrato, a declarar com exactidão todas as circunstâncias que conheça e razoavelmente deva ter por significativas para a apreciação do risco pelo segurador.*

*2 - O disposto no número anterior é igualmente aplicável a circunstâncias cuja menção não seja solicitada em questionário eventualmente fornecido pelo segurador para o efeito.*

*3 - O segurador que tenha aceite o contrato, salvo havendo dolo do tomador do seguro ou do segurado com o propósito de obter uma vantagem, não pode prevalecer-se:*

*a) Da omissão de resposta a pergunta do questionário;*

*b) De resposta imprecisa a questão formulada em termos demasiado genéricos;*

*c) De incoerência ou contradição evidentes nas respostas ao questionário;*

*d) De facto que o seu representante, aquando da celebração do contrato, saiba ser inexacto ou, tendo sido omitido, conheça;*

*e) De circunstâncias conhecidas do segurador, em especial quando são públicas e notórias.*

*4 - O segurador, antes da celebração do contrato, deve esclarecer o eventual tomador do seguro ou o segurado acerca do dever referido no n.º 1, bem como do regime do seu incumprimento, sob pena de incorrer em responsabilidade civil, nos termos gerais”.*

Por declaração de risco entende-se o conjunto de informações que devem ser unilateralmente prestadas pelo tomador do seguro ou pelo segurado ao segurador na proposta de seguro, as quais visam permitir que o último, mediante o cálculo exato do risco e do correspondente valor do prémio e a apreciação das restantes cláusulas contratuais, decida aceitar ou recusar tal proposta. Constitui, assim, um dever pré-contratual, por surgir na formação do contrato de seguro, isto é, antes da celebração do contrato, antes da sua celebração e com vista à sua celebração (22).

Elemento decisivo para a celebração do contrato é, assim, o questionário

apresentado ao potencial segurado, na medida em que se presume que não são aí feitas perguntas inúteis e, através dele, é o próprio segurador que indica ao tomador quais as circunstâncias que julga terem influência no contrato a celebrar. É através de tal questionário que a seguradora faz saber ao candidato as circunstâncias concretas em que se baseia para assumir o risco.

Como tal, impõe-se que o tomador do seguro ou o segurado responda com absoluta verdade ao questionário/minuta do contrato de seguro, informando a seguradora de todos os elementos necessários, para que esta possa avaliar o risco, decidir sobre a sua aceitação e em que condições e estabelecer o respetivo prémio de seguro (23).

Conforme resulta do exposto, o dever de declaração inicial do risco tem como titular principal a contraparte do segurador - o tomador de seguro -, sendo que, no caso particular dos seguros de grupo, esse dever cabe, igualmente, ao segurado, visto este não coincidir com o tomador de seguro e ter intervenção na fase de formação do contrato (24).

Por sua vez, estando em causa um seguro de grupo, importa igualmente ter presente o estabelecido no art. 78º (*“Dever de informar”*), no qual se estatui: *“1 - Sem prejuízo do disposto nos artigos 18.º a 21.º, que são aplicáveis com as necessárias adaptações, o tomador do seguro deve informar os segurados sobre as coberturas contratadas e as suas exclusões, as obrigações e os direitos em caso de sinistro, bem como sobre as alterações ao contrato, em conformidade com um espécimen elaborado pelo segurador.*

*2 - No seguro de pessoas, o tomador do seguro deve ainda informar as pessoas seguras do regime de designação e alteração do beneficiário.*

*3 - Compete ao tomador do seguro provar que forneceu as informações referidas nos números anteriores.*

*4 - O segurador deve facultar, a pedido dos segurados, todas as informações necessárias para a efectiva compreensão do contrato.*

*5 - O contrato de seguro pode prever que o dever de informar referido nos n.ºs 1 e 2 seja assumido pelo segurador”.*

E, nos termos do n.º 2 do art. 87º do RJCS, na vigência de um contrato de seguro de grupo contributivo, o tomador do seguro deve fornecer aos segurados todas as informações a que um tomador de um seguro individual teria direito em circunstâncias análogas.

Por conseguinte, constitui incumbência do tomador do seguro informar o segurado sobre as coberturas e exclusões contratadas, as obrigações e direitos em caso de sinistro e as alterações posteriores que ocorram neste

âmbito; prevê-se, de igual modo, a possibilidade desse dever de informar caber ao segurador – cfr. n.ºs 1 e 5 do art. 78º.

Este dever de informação está relacionado com o próprio conteúdo do contrato, devendo ser qualificado como um dever de informação pré-contratual, que visa, em nome da atuação segundo as regras da boa fé, a transmissão à contraparte de um determinado facto ou circunstância que esta desconhece (25).

Ora, como é sabido, não se configura como pacífica a questão de saber sobre quem recai a obrigação de informação ao aderente/segurado das cláusulas contratuais gerais (coberturas contratadas, cláusulas de exclusão de riscos, obrigações e direitos em caso de sinistro) constantes de um contrato de seguro de grupo contributivo (26).

A posição jurisprudencial maioritária, a que aderimos, aponta no sentido de que, salvo convenção em contrário, é ao banco/tomador do seguro que incumbe o dever de informação dos segurados quanto às coberturas e exclusões contratadas, bem como de todas as informações a que um tomador de um seguro individual teria direito, cabendo-lhe igualmente o ónus da prova *de ter* fornecido estas informações (n.ºs 1 e 2 do art. 78º e n.º 2 do art. 87º do RJCS); por sua vez, à seguradora compete elaborar “*um espécimen*” de acordo com o qual o tomador do seguro deverá cumprir a obrigação de informar, bem como “*facultar, a pedido dos segurados, todas as informações necessárias para a efectiva compreensão do contrato*” (n.ºs 1 e 4)” (27).

Segundo esse entendimento, a imposição do dever de informação ao tomador do seguro, por um lado, está de acordo com a configuração (triangular) do contrato de seguro de grupo e, por outro, impede o tratamento do Banco/tomador do seguro como comissário ou representante legal ou auxiliar da seguradora (arts. 500º e 800º do CC), igualmente não sendo um intermediário ou um angariador na celebração dos concretos contratos com os aderentes. Não há contacto direto, negociação, entre o aderente e a seguradora. Não criando a lei nenhuma responsabilidade objetiva da seguradora, pelo incumprimento do Banco tomador do seguro, tal incumprimento não lhe é oponível, não implicando portanto a eliminação das cláusulas de exclusão de riscos.

Não está legalmente prevista a comunicabilidade à esfera jurídica da seguradora dos efeitos do incumprimento dos deveres legais de informação colocados a cargo do tomador de seguro.

A admitir-se a responsabilização da seguradora pela omissão de um dever de comunicação que obriga o banco/tomador de seguro, veria aquela ampliado o leque dos riscos contratados com o banco/tomador de seguro – e com base nos quais vinha sendo calculado o prémio de seguro devido – não por via de uma

conduta que lhe fosse direta e pessoalmente imputável, mas exclusivamente com fundamento no incumprimento culposo de um dever legalmente imposto a outro sujeito, o banco/tomador de seguro - por, no caso dos autos, se não conseguir vislumbrar qualquer comportamento deficiente ou irregular que, subjetivamente, se pudesse imputar à própria seguradora. Tal responsabilidade acrescida da seguradora redundaria num fenómeno de responsabilização objetiva da seguradora por um comportamento negligente exclusivamente imputável ao outro contraente (o tomador do seguro), não demandado pela interessada/aderente.

Isto não significa, todavia, nem que esse incumprimento seja desprovido de sanção - o Banco é responsável pelos prejuízos que causar ao segurado, como hoje se diz expressamente no art. 79º do RJCS -, nem que o segurado não possa demandar o Banco para o responsabilizar, ou para discutir a violação de qualquer outra regra. A circunstância de se não afirmar expressamente a responsabilidade civil do Banco não significa o afastamento do sistema geral de responsabilidade civil. Essa responsabilização do Banco, todavia, exige que o Banco seja demandado e que contra ele seja formulado um pedido (28). Não *“sendo demandado, não havendo também contra ele qualquer pedido, não pode, aqui (ou nas instâncias) ser apreciada, nesta acção, a responsabilidade em que, eventualmente, a sua omissão o possa fazer incorrer”* (29) - arts 608.º, nº 2 e 609.º, nº 1, ambos do CPC.

O regime especificamente previsto pelo Dec. Lei n.º 72/2008 (30) para o contrato de seguro afasta a aplicabilidade do regime das cláusulas contratuais gerais, definido genericamente pelo Decreto-Lei n.º 446/85, no que é incompatível com aquele. Assim sucede quanto à definição dos sujeitos do dever de informação (31). Com efeito, existindo norma especial sobre o dever de informação nos contratos de seguro de grupo e sobre o respetivo ónus da prova é a ela que nos teremos de ater para se poder ou não opor à seguradora a sua violação.

Este regime especial, fundado na específica natureza e estrutura da figura do seguro de grupo, envolvendo uma relação triangular entre os interessados, sobrepõe-se (precisamente como regime especial que é) ao regime regra das cláusulas contratuais gerais, que impõe ao outro contraente (nos casos normais, que não tenham subjacente um seguro de grupo, obviamente a própria seguradora) a obrigação de comunicar e explicitar as cláusulas ao aderente; no caso do seguro de grupo, este dever de comunicação e informação está legalmente posto a cargo do tomador de seguro, pelo que, em primeira linha, ele não incide sobre a seguradora, a menos que algo diferente resulte das estipulações das partes (32).

Porém, se estiver em causa a validade das próprias cláusulas insertas nos

contratos, porque não disciplinada especialmente naquele primeiro diploma, deverá ser a mesma escrutinada no regime geral das cláusulas contratuais gerais do Dec. Lei n.º 446/85 (33).

Não obstante a incidência subjetiva do dever de informação e esclarecimento, colocado expressa e legalmente a cargo do tomador de seguro, a seguradora será responsável pelo incumprimento de quaisquer obrigações acessórias a que a lei a vincule, como seja, por exemplo (34):

(i) - o dever de informação do tomador do seguro para com o aderente tem como base um espécimen contratual elaborado pela seguradora, sendo esta também pessoalmente responsável pelos vícios ou insuficiências do mesmo e que determinem causalmente o cumprimento deficiente do referido dever de esclarecimento, por parte do tomador do seguro, podendo assumir então a qualidade de co-autora do facto lesivo e culposo subjetivamente imputável à mesma;

(ii) - impende ainda sobre a seguradora o dever de facultar, a pedido dos segurados, quaisquer informações complementares necessárias à efetiva compreensão da disciplina contratual; se incumprir esse dever acessório de esclarecimento complementar, legalmente colocado a seu cargo, a sua responsabilidade decorrerá direta e integralmente deste facto pessoal, e não do anterior incumprimento do dever de esclarecimento adequado pelo tomador de seguro, no momento da adesão.

Importa não perder de vista que, no caso em apreço, está em causa o conteúdo da declaração/questionário clínico, junto a fls. 50 vº a 53, tendo a sentença recorrida concluído que a/o mesmo/a revela declarações inexatas sobre o estado de saúde da pessoa segurada, pugnando a recorrente que a recorrida/seguradora não cumpriu com os seus deveres de esclarecer o segurado da sua obrigação, antes da celebração do contrato, de declarar com exatidão todas as circunstâncias que conheça e razoavelmente deva ter por significativas para a apreciação do risco pelo segurador, nem esclareceu o segurado do regime e consequências do incumprimento dessa obrigação, incumprindo o disposto no n.º 4 do art. 24º do RJCS.

A questão debatida no presente recurso tem, pois, a ver com a definição das consequências jurídicas a atribuir ao incumprimento do dever de informação e esclarecimento aos aderentes/segurados da existência e do âmbito do dever de declaração inicial do risco - respondendo com exatidão, de forma clara, rigorosa e completa, sobre todas as circunstâncias conhecidas e que razoavelmente deva ter por significativas para a apreciação do risco pelo segurador -, bem como o seu regime e as consequências em caso de incumprimento do mesmo.

Tomando como referência, em particular, os contratos de seguro do Ramo-

Vida, e, designadamente, quando visem a transferência de responsabilidade referente ao pagamento de empréstimos bancários, entre as diligências que estão na livre disponibilidade do segurador conta-se a formulação de um questionário mais ou menos extenso, cujo conteúdo está na sua exclusiva disponibilidade, ao qual o tomador do seguro deve responder, habilitando a contraparte a aceitar, rejeitar ou modelar o contrato ou, porventura, fornecendo-lhe elementos suscetíveis de indiciarem a necessidade de serem efetuados exames médicos complementares, mais ou menos profundos (35). Sobre o segurado recai o ónus de, no momento da formação do contrato, comunicar ao segurador todas as circunstâncias conhecidas que possam influenciar a determinação do risco, que no caso do seguro do ramo Vida consistirá essencialmente na informação sobre o estado de saúde da pessoa a segurar. Este ónus resulta, além do mais, do princípio da boa fé, precisamente porque a avaliação do risco depende das informações prestadas pelo segurado no momento da formação do contrato (36).

No caso dos autos, a A. não invoca que o seu marido, como pessoa segura, não teve consciência, no momento da assinatura, do teor e conteúdo efetivo e essencial da declaração/questionário clínico, ou seja, que dele resultava plenamente não padecer a pessoa segura de qualquer patologia conhecida. O que se sustenta é que a proposta do seguro foi preenchida por funcionário do Banco mutuante e no momento do preenchimento da proposta composta por cláusulas contratuais gerais, estas não foram comunicadas na íntegra, de modo adequado e com a antecedência necessária, para que, tendo em conta a letra pequena, com muito pouco espaço entre as linhas, a extensão e complexidade das cláusulas, o segurado tivesse o conhecimento completo e efetivo, nomeadamente das advertências e do teor da página 6, 2ª parágrafo, da declaração prestada na página 8, página 9 das informações pré-contratuais e na página 6 do questionário clínico, juntos sob documento n.º 2 (art. 50º da p.i).

Dos autos não resultou provado que:

- Os dizeres da proposta foram integral e detalhadamente explicados na altura da sua subscrição pelo funcionário da Caixa ... (ponto 6 dos factos não provados);
- O R. J. tomou conhecimento da declaração e dos dizeres referidos em H) e I) e assinou-os bem ciente do seu teor (ponto 6 dos factos não provados);
- E tomou conhecimento das cláusulas gerais referidas em J) (ponto 6 dos factos não provados);

Quer isto dizer que, no caso sub júdice, não resulta demonstrado que esse dever de comunicação e informação foi cumprido.

Sucedem, porém, que, como vimos, estando em causa um seguro de grupo contributivo (ramo vida), tal dever de informação e esclarecimento recaía legalmente sobre o Banco/tomador de seguro, e não sobre a R./seguradora. A eventual omissão de um dever de informação acerca do efetivo alcance das respostas aos vários itens do questionário clínico, bem como a advertência explícita sobre as consequências de uma resposta inexata, previstas no contrato de adesão celebrado, é, pois, imputável exclusivamente ao tomador de seguro (não demandado na presente ação) por força do estipulado no referido art. 78º do RJCS, não podendo imputar-se - ou transmitir-se - à seguradora a responsabilidade pelo eventual cumprimento deficiente pelos funcionários do Banco/tomador de seguro de tal dever de plena e cabal informação e esclarecimento das pessoas seguras (37).

Ora, neste concreto circunstancialismo, não sendo imputável à R./seguradora, demandada exclusivamente nos autos, um eventual deficiente cumprimento do dever de esclarecimento das pessoas seguras, em seguro do ramo vida de grupo contributivo, e não tendo sido alegado que, ao assinar a declaração/questionário clínico, o interessado não teve efetiva consciência da natureza, do teor e do conteúdo do documento (nomeadamente, que ele foi preenchido por terceiro, à sua revelia, sem o seu conhecimento ou contra as indicações dadas pelo subscritor do documento acerca do seu real e efetivo estado de saúde) não pode deixar de concluir-se que a subscrição do dito questionário tem de significar e fazer presumir a aprovação do seu conteúdo e a assunção da paternidade do documento pelo assinante/subscritor.

Esta solução resulta, aliás, das exigências do princípio da boa fé contratual, de particularíssimo relevo no momento preliminar da definição e delimitação dos riscos a assumir pela seguradora num contrato do ramo vida, em que estes dependem essencialmente de informações e esclarecimentos prestados pelos interessados acerca da sua real situação clínica, envolvendo matéria que - por se situar no cerne da reserva da vida privada - a seguradora não terá normalmente possibilidades de apurar e aprofundar autonomamente. Na verdade, no caso dos autos, ao assinar um documento da natureza do que consta de fls. 16 v.º/19 (50 v.º a 53), não podia razoavelmente o interessado/subscritor deixar de se aperceber que estavam em causa respostas a um questionário clínico, das quais resultava cabalmente que não estavam os aderentes afetados por qualquer patologia conhecida; ora, este facto é obviamente desconforme com a realidade, já que o subscritor não podia razoavelmente ignorar que as patologias do aparelho digestivo de que padecia, bem como os seus antecedentes clínicos, exames, consultas e tratamentos a que se havia submetido (38) - que ele bem conhecia (cfr. al. P dos factos provados) - não podiam deixar de ser relevantes - segundo os



padrões da experiência comum – para a aferição do risco a assumir no âmbito de um contrato de seguro de vida.

Concorda-se igualmente com a argumentação aduzida pela recorrida nas contra-alegações no sentido de que o dever de esclarecimento sobre o regime da declaração inicial de risco previsto no n.º 4 do artigo 24.º do RJCS não inclui qualquer obrigação para a seguradora de explicar ao proponente da necessidade de agir de boa-fé na negociação de um contrato, nem da importância de não prestar informações falsas à contraparte.

Como é sabido, no domínio negocial, devem as partes, em todas as fases da formação do contrato, atuar com boa fé, desde os preliminares até à conclusão do negócio.

Tal imposição encontra-se claramente plasmada no n.º 1 do art. 227º do CC ao determinar que, *“quem negocea com outrem para a conclusão de um contrato deve, tanto nos preliminares como na formação dele, proceder segundo as regras de boa fé, sob pena de responder pelos danos que culposamente causar à outra parte”*.

Ora, nos casos em que, como o versado nos autos, foi entregue ao proponente, para avaliação do risco a segurar, um questionário com questões específicas, precisas, concretas e claras sobre o seu estado de saúde, de modo a permitir respostas exatas, completas e claras, não é necessário “esclarecê-lo” de que não deve falsear dolosamente as respostas a tal questionário.

O n.º 4 do art. 24.º do RJCS não pode, pois, ser interpretado no sentido de que o segurador está obrigado a “esclarecer” o proponente de que não pode mentir às perguntas que lhe coloca sobre o conteúdo do contrato (o risco a segurar).

Por último, o eventual incumprimento (por parte do tomador de seguro) do dever previsto no art. 24.º, n.º 4, do RJCS não impede a invocação, pela seguradora, da anulabilidade do contrato de seguro, com fundamento em incumprimento doloso, por parte do segurado, do dever *de “declarar com exactidão todas as circunstâncias que conheça e razoavelmente deva ter por significativas para a apreciação do risco pelo segurador”*, nos termos conjugados dos arts. 24º, n.º 1 e 25º, n.º 1, ambos do RJCS.

Assim, não tendo sido demandada a instituição de crédito tomadora do seguro, não pode ser imputada à seguradora, nem ser-lhe oposta, a violação do dever de informação.

Em suma, da posição jurisprudencial maioritária supra exposta, que se afigura merecedora de acolhimento, resulta o seguinte (39):

i) - no tipo de contrato de seguro de grupo contributivo, na modalidade de ramo vida (tendo tal natureza o equacionado nos autos), nos termos do art.

78º do RJCS (salvo, no regime deste diploma, se o próprio contrato prever que tal dever de informação seja assumido pelo segurador, conforme o n.º 5 do mesmo normativo, o que não resulta da apólice n.º .....-000118), recai sobre o tomador de seguro, o banco mutuante - in casu, a "Caixa ..., Crl." -, o ónus de informar e esclarecer os segurados aderentes sobre as cláusulas de cobertura e de exclusão do risco assim garantido, obrigações e direitos em caso de sinistro e posteriores alterações;

(ii) - o incumprimento desse dever legal de informação e esclarecimento não se comunica à seguradora, salvo convenção em contrário, porquanto, no referido tipo de contrato de seguro de adesão, não se configura que o tomador do seguro intervenha como intermediário, auxiliar ou comissário da seguradora, inexistindo fundamento normativo para imputar a esta, as consequências da atuação irregular do tomador na comercialização do produto financeiro em causa;

(iii) - nessa conformidade, não está vedado à seguradora invocar a seu favor contra os segurados aderentes as cláusulas gerais e particulares sobre o âmbito e exclusões do risco assumido no contrato de seguro, sem que a estes seja lícito contrapor o incumprimento do dever de informação e esclarecimento por parte do tomador do seguro;

(iv) - donde, no caso em análise, sendo sujeito do dever de comunicação e informação a "Caixa ..., Crl.", enquanto tomadora da apólice contratada, não poderia concluir-se pela alegada violação dos deveres de comunicação e informação por parte da Ré Seguradora.

(v) - O eventual incumprimento (por parte do tomador de seguro) do dever previsto no art. 24.º, n.º 4, do RJCS não impede a seguradora de arguir a anulabilidade do contrato de seguro com fundamento em incumprimento doloso, por parte do segurado, do dever de *"declarar com exactidão todas as circunstâncias que conheça e razoavelmente deva ter por significativas para a apreciação do risco pelo segurador"*, nos termos conjugados dos arts. 24º, n.º 1 e 25º, n.º 1, ambos do RJCS.

Termos em que se conclui pela improcedência do fundamento da apelação objeto de apreciação.

\*

3.3. Da violação do disposto nos arts. 5º, 6º e 8º do Decreto Lei n.º 446/85, de 25 de outubro, respeitantes aos deveres de comunicação, esclarecimento e informação que oneravam a Ré.

Como já foi explicitado, não oferece dúvidas que o contrato de seguro objeto dos autos, cuja qualificação jurídica é pacificamente aceite pela recorrente, insere-se, sem margem para dúvidas, no elenco dos contratos de adesão (40), uma vez que o marido da autora, na qualidade de pessoa segura, limitou-se a

aderir ao contrato predisposto pela seguradora e pelo banco mutuante, sem possibilidades de negociação do seu conteúdo.

Na definição de Antunes Varela (41), contrato de adesão é aquele em que um dos contraentes - o cliente, o consumidor -, não tendo a menor participação na preparação das respetivas cláusulas, se limita a aceitar o texto que o outro contraente oferece, em massa, ao público interessado. Na formulação de C. Ferreira de Almeida (42), contrato de adesão é o contrato cujo conteúdo não tenha sido objeto de negociação individual. Caracteriza-o a predisposição unilateral: o seu conteúdo é estipulado por uma das partes em momento anterior ao da formação, limitando-se a(s) outra(s) parte(s) a manifestar em momento posterior a sua adesão a esse conteúdo. Esta manifestação poderá constar de uma proposta ou de uma aceitação mas com elas não se confunde. Necessário é que não tenha sido facultada ao(s) aderente(s) a possibilidade de influir no conteúdo do contrato (43).

Citando Carbonnier, Antunes Varela (44) aponta como traços distintivos do contrato de adesão os seguintes: a) a superioridade económica de um dos contraentes, que o coloca em condições de ditar as cláusulas do contrato ao outro; b) a unilateralidade das cláusulas, concebidas especialmente no interesse da parte mais poderosa; c) a invariabilidade do texto negocial, que coloca a parte mais fraca perante o dilema de 'pegar ou largar'.

Pré-formação, generalidade e imodificabilidade constituem, pois, as características essenciais das cláusulas contratuais gerais.

No caso dos autos, tal como acontece na maior parte das situações, o contrato de seguro de grupo - no que respeita às «*condições gerais e especiais*» - foi ajustado com base em cláusulas contratuais previamente definidas entre a seguradora e o tomador do seguro (o Banco), sendo-lhe aplicável o regime jurídico das cláusulas contratuais gerais (Dec. Lei n.º 446/85, de 25.10, com as alterações que lhe foram introduzidas pelos Dec. Lei n.º 220/95, de 31.08 e Dec. Lei n.º 249/99, de 07.07).

Como tem sido salientado, o regime das cláusulas contratuais gerais visa tutelar fundamentalmente aquele que negocia com o proponente, o chamado contraente indeterminado.

Segundo o art. 1.º do citado Dec. Lei n.º 486/85:

*«1 - As cláusulas contratuais gerais elaboradas sem prévia negociação individual que proponentes ou destinatários indeterminados se limitem, respetivamente, a subscrever ou aceitar, regem-se pelo presente diploma.  
2 - O presente diploma aplica-se igualmente às cláusulas inseridas em contratos individualizados, mas cujo conteúdo previamente elaborado o destinatário não pode influenciar.»*

*3 - O ónus da prova de que uma cláusula contratual resultou de negociação prévia entre as partes recai sobre quem pretenda prevalecer-se do seu conteúdo».*

E, nos termos previstos em tal regime, impõe-se ainda aos contratantes que recorram a cláusulas contratuais gerais o ónus da comunicação e o dever (ónus) de informação.

No âmbito da inclusão de cláusulas contratuais gerais em contratos singulares, o art. 5.º do indicado diploma, sob a epígrafe “Comunicação”, prescreve que:

*«1 - As cláusulas contratuais gerais devem ser comunicadas na íntegra aos aderentes que se limitem a subscrevê-las ou a aceitá-las.*

*2 - A comunicação deve ser realizada de modo adequado e com a antecedência necessária para que, tendo em conta a importância do contrato e a extensão e complexidade das cláusulas, se torne possível o seu conhecimento completo e efectivo por quem use de comum diligência.*

*3 - O ónus da prova da comunicação adequada e efectiva cabe ao contratante que submeta a outrem as cláusulas contratuais gerais.»*

O respetivo art. 6.º, prevendo acerca do dever de informação, preceitua que:

*«1 - O contratante que recorra a cláusulas contratuais gerais deve informar, de acordo com as circunstâncias, a outra parte dos aspectos nelas compreendidos cuja aclaração se justifique.*

*2 - Devem ainda ser prestados todos os esclarecimentos razoáveis solicitados».*

Ou seja, a lei impõe como deveres pré-contratuais, não apenas o dever de comunicação das cláusulas gerais dos contratos, como ainda o dever de informação ou de aclaração do conteúdo e sentido das ditas cláusulas.

Em sintonia com isso, o art. 8.º estabelece que:

*«Consideram-se excluídas dos contratos singulares:*

*a) - As cláusulas que não tenham sido comunicadas nos termos do artigo 5.º;*

*b) - As cláusulas comunicadas com violação do dever de informação, de molde que não seja de esperar o seu conhecimento efectivo.*

*(...)».*

A consequência da falta de comunicação ou da violação do dever de informação é a exclusão das cláusulas afetadas dos “contratos singulares”, mantendo-se estes na parte restante, por regra (art.º 9º do RGCCG).

No caso sub júdice, não se questionando a aplicabilidade do regime jurídico dos contratos de adesão e das cláusulas contratuais gerais aos contratos de seguro, afigura-se, porém, que o mesmo não releva para a situação dos autos.

Em primeiro lugar, porque, como já anteriormente explicitámos, a regra constante do art. 78º do RJCS, referente ao ónus de esclarecimento e informação, isto é, à definição dos sujeitos do dever de informação, prevalece sobre a regra, diferente, constante dos arts. 5º e 6º do Dec. Lei n.º 446/85; sobrepõem-se aquele regime especial a este regime geral, na parte referente ao ónus de esclarecimento e informação (45).

O que significa que, no caso presente, estando em causa o ónus de esclarecimento e informação das cláusulas, e não a validade de qualquer cláusula de exclusão do contrato de seguro, o regime especial do contrato de seguro exclui a aplicação do regime geral das cláusulas contratuais gerais. Em segundo lugar, porquanto apresentando-se a aludida declaração/questionário clínico como uma das formas de declaração inicial do risco pelo candidato tomador do seguro ou pessoa segura que tem por objetivo a ponderação por parte da seguradora dos riscos a correr com a celebração do contrato que lhe é proposto, estando assim em causa a postura do candidato ou proponente do seguro relativamente a perguntas simples e claras sobre o seu estado de saúde, baixas e internamentos, meras declarações de ciência que, destinadas embora a serem valoradas pela contraparte na sua declaração negocial, não contêm qualquer declaração de vontade relativamente à qual se possa falar de adesão e vinculação, para efeitos de inclusão na previsão dos arts. 1º e 2º do Dec. Lei n.º 446/85, designadamente em relação ao segurado (pré-elaborado está o questionário, que não as respostas, e destinatário destas é a seguradora; o segurado não adere ao questionário, responde-lhe para fornecer à seguradora elementos em função dos quais esta estabelece as condições de aceitação do contrato), tudo numa fase prévia à celebração do contrato de seguro (consoante o conteúdo das respostas ao questionário sobre o estado de saúde do potencial segurado, a seguradora decide se, em definitivo, apresenta uma proposta de seguro e, na hipótese afirmativa, as condições que propõe para que seja celebrado o contrato de seguro, sendo que só então, nessa segunda fase, poderemos dizer que estamos perante um contrato de adesão. Como é óbvio, a seguradora não apresenta um contrato-tipo já com o questionário preenchido), será de concluir que qualquer pretensão omissão de informação não releva, em sede de validade do contrato, pela simples razão de que tal “questionário” não constitui cláusula contratual geral do contrato de seguro para efeito de vinculação da seguradora aos deveres de comunicação e informação dessas cláusulas em contratos de adesão (46).

Por fim, como (bem) se refere na sentença recorrida, revela-se «*no mais inconsequente o alegado incumprimento pela ré do dever de comunicação/informação do teor das cláusulas gerais que constam quer da declaração de*

*adesão, quer das condições gerais do contrato, por tais cláusulas não terem sido sequer evocadas para a decisão da causa».*

Em suma, também nesta parte afigura-se-nos lícito concluir:

- no âmbito de um contrato de seguro de grupo, relativamente à definição dos sujeitos do dever de informação e consequências do incumprimento deste, o regime específico previsto na Lei n.º 72/2008, de 16/04, afasta, por incompatibilidade, a aplicação do regime das cláusulas contratuais gerais, enunciado genericamente no Dec. Lei n.º 446/85, de 25/10;
- a solução consagrada neste regime de cláusulas contratuais gerais para o incumprimento do dever de informação – exclusão das cláusulas relativamente às quais não foi cumprido tal dever –, por força do prescrito nas alíneas a) e b), do art. 8º, daquele diploma, não se mostra adequada ou conforme com a configuração do contrato de seguro de grupo, para além de não ser a que resulta do estatuído no art. 78º da Lei n.º 72/2008, o qual prevê uma consequência diversa da exclusão das cláusulas não comunicadas – a responsabilização civil do tomador do seguro (o art. 79º);
- donde, no caso em análise, sendo sujeito do dever de comunicação e informação a "Caixa ..., Crl.", enquanto tomadora da apólice contratada, não poderia concluir-se pela alegada violação dos deveres de comunicação e informação por parte da Ré Seguradora;
- efetivamente, afastando-se a concreta aplicabilidade do regime jurídico das cláusulas contratuais gerais, no que se reporta à definição dos sujeitos do dever de informação e consequências do incumprimento deste, a aplicabilidade daquele regime apenas subsistiria na aferição da validade das cláusulas em questão, pois esta vertente não encontra regulação naqueles diplomas tradutores do regime jurídico do contrato de seguro;
- pelo que, também por este fundamento, sempre se revelaria inconsistente o reclamado juízo de censura da Ré seguradora relativamente à imputada violação dos deveres de comunicação e informação.
- de qualquer modo, a declaração/questionário/clínico não constitui cláusula contratual geral do contrato de seguro para efeito de vinculação da seguradora aos deveres de comunicação e informação dessas cláusulas em contratos de adesão.

O que determina juízo de improcedência, nesta parte, das conclusões recursórias apresentadas.

\*

Em suma, merecendo plena confirmação a sentença recorrida, improcede a apelação.

\*

Nos termos dos n.ºs 1 e 2 do art. 527º do CPC, a decisão que julgue o recurso condena em custas a parte que lhes tiver dado causa, presumindo-se que lhes deu causa a parte vencida, na respetiva proporção.

Assim, no caso, como a apelação foi julgada totalmente improcedente, as custas do recurso são integralmente da responsabilidade da recorrente.

\*

Sumário (ao abrigo do disposto no art. 663º, n.º 7 do CPC):

I - O contrato de seguro de grupo - com definição legal no art. 76º do Dec. Lei n.º 72/2008, de 16/04 (RJCS) - apresenta uma particular estruturação na sua formação por se estabelecer em dois momentos distintos: (i) num primeiro momento, a fase estática - de celebração do contrato entre a seguradora e o tomador do seguro; e (ii) num segundo momento, a fase dinâmica - em que o tomador do seguro promove a adesão ao contrato junto dos membros do grupo, constituindo-se uma relação triangular entre a seguradora, o tomador do seguro e o aderente.

ii) - No tipo de contrato de seguro de grupo contributivo, na modalidade de ramo vida, nos termos do art. 78º do RJCS, recai sobre o tomador de seguro, o banco mutuante, o ónus de informar e esclarecer os segurados aderentes sobre as cláusulas de cobertura e de exclusão do risco assim garantido, obrigações e direitos em caso de sinistro e posteriores alterações;

iii) - O incumprimento desse dever legal de informação e esclarecimento não se comunica à seguradora, salvo convenção em contrário, porquanto, no referido tipo de contrato de seguro de adesão, não se configura que o tomador do seguro intervenha como intermediário, auxiliar ou comissário da seguradora, inexistindo fundamento normativo para imputar a esta, as consequências da atuação irregular do tomador na comercialização do produto financeiro em causa;

iv) - Relativamente à definição dos sujeitos do dever de informação e consequências do incumprimento deste, o regime específico previsto no Dec. Lei n.º 72/2008, afasta, por incompatibilidade, a aplicação do regime das cláusulas contratuais gerais, enunciado genericamente no Dec. Lei n.º 446/85, de 25/10;

v) - O eventual incumprimento (por parte do tomador de seguro) do dever previsto no art. 24.º, n.º 4, do RJCS não impede a seguradora de arguir a anulabilidade do contrato de seguro com fundamento em incumprimento doloso, por parte do segurado, do dever estabelecido no n.º 1 do citado normativo.

vi) - O questionário clínico não constitui cláusula contratual geral do contrato

de seguro para efeito de vinculação da seguradora aos deveres de comunicação e informação dessas cláusulas em contratos de adesão.

\*

## VI. DECISÃO

Perante o exposto acordam os Juízes deste Tribunal da Relação em julgar improcedente o recurso de apelação, confirmando a sentença recorrida. Custas da apelação a cargo da apelante (art. 527º do CPC).

\*

Guimarães, 11 de novembro de 2021

Alcides Rodrigues (relator)

Joaquim Boavida (1º adjunto)

Paulo Reis (2º adjunto)

1. Cfr. Ac. do STJ de 03/12/2015 (relator Abrantes Geraldês), in [www.dgsi.pt](http://www.dgsi.pt). Nas palavras de J.P. Remédio Marques, designa-se por direito probatório material as normas que, atendendo à substância do ato de produção da prova (capacidade, legitimação, falta de vontade da parte que confessa factos), regulam os ónus da prova, a inversão do ónus da prova, a admissibilidade dos meios de prova e a força probatória de cada um deles, estando por isso mesmo mais ligadas ao direito material, ao direito substantivo (cfr. Acção Declarativa à Luz do Código Revisto, Coimbra Editora, 2007, p. 389).
2. Cfr. Dicionário Jurídico (Direito Civil, Direito Processual Civil, Organização Judiciária), 4ª ed., Almedina, p. 314.
3. Cfr. Maria Inês de Oliveira Martins, Parecer jurídico sobre seguro de responsabilidade civil extracontratual por actividade de construção civil junto ao processo n.º 5688/17.0T8GMR.G1, p. 25.
4. Cfr., em sentido similar, Ac. da RC de 10/09/2013 (relatora Albertina Pedroso), in [www.dgsi.pt](http://www.dgsi.pt).
5. Cfr. Acs. da RL de 14-09-2017 (relator Pedro Martim Martins) e de 27/05/2021 (relator José Maria Sousa Pinto), in [www.dgsi.pt](http://www.dgsi.pt).
6. A esse respeito, na sentença recorrida foi consignada a seguinte motivação: *“Assim, embora a (...) testemunha [M. J., funcionária da Caixa Agrícola (banco) que esteve presente aquando da subscrição dos documento de fls. 11 e ss. (duplicado a fls. 46 e ss.)] tivesse garantido que era normal entregar aos aderentes, para leitura e preenchimento, o formulário de adesão ao contrato de seguro, tendo garantido não ser sua a letra manuscrita que do mesmo consta, ou do questionário clínico, em face do que o tribunal ficou*



*perfeitamente convencido da autoria do falecido marido em relação àquele dizeres manuscritos, certo é que tal testemunha não foi capaz de individualizar a situação em apreço, tendo-se limitado a declarar procedimentos gerais, não tendo esclarecido se, de acordo com os mesmos, era sua prática habitual proceder à leitura ou mínima explicação ao subscritor da extensa informação pré-contratual que consta daquele formulário, designadamente dos seus deveres declarativos e das consequências da sua omissão, sendo certo que as cláusulas em apreço constam de letras pré-escritas pela ré, de tamanho e formatação suscetível de não ser facilmente apreendido por quem se limitasse a subscrevê-las, muito menos por quem se limitasse a apor no canto da folha uma rúbrica, sendo ainda que a assinatura sequencial de inúmeros documentos, como foi o caso, dado que o subscritor foi apondo sucessivamente assinaturas nos aludidos documentos, que chegou a assinar em duplicado (vide fls. 11 e ss. e 46 e ss.), torna verosímil que se tivesse tratado de um ato “mecânico”, o que gerou no tribunal a séria dúvida quanto à sua efetiva apreensão do teor dos dizeres à frente dos quais assinava, que, reitera-se, eram longos, pré-escritos e com conteúdo jurídico, não facilmente compreensível por qualquer pessoa”.*

7. Para o capital seguro remanescente (caso existisse) seria beneficiária a autora, em caso de morte do segurado.

8. Cfr. Almeida Costa, Revista de Legislação e Jurisprudência, Ano 129.<sup>o</sup>, n.<sup>o</sup> 3862, pp. 20-21.

9. Cfr. Margarida Lima Rego, Contrato de Seguro e Terceiros, Estudo de Direito Civil, Coimbra Editora, 2010, p. 66.

10. Cfr. Contrato de Seguro, Coimbra Editora, 1999, pp. 75 e 76.

11. Este é efetuado relativamente a uma pessoa, ainda que o contrato inclua no âmbito da cobertura o agregado familiar ou um conjunto de pessoas que vivam em economia comum ou é efetuado conjuntamente sobre duas ou mais cabeças.

12. Cfr. Contrato de Seguro e Terceiros, 2010, p. 811 e segs..

13. Segundo a citada autora, o verdadeiro seguro de grupo reúne as seguintes características: é (i) um contrato (e não uma união ou um agregado de contratos); ii) um contrato de seguro (e não um contrato-quadro); iii) celebrado por um (único) tomador; iv) por conta de vários segurados (terceiros segurados); v) ligados ao subscritor por um vínculo distinto do de segurar; vi) cobrindo cumulativamente vii) riscos homogêneos de todos os terceiros segurados; viii) com perfeita separabilidade; e ix) sem uma correlação positiva forte entre os riscos dos terceiros-segurados (cfr. Seguros Coletivos e de Grupo, Temas de Direito dos Seguros, 2<sup>a</sup> ed., Almedina, 2020, pp. 425/427).

14. Cfr. Ac. STJ de 22/02/2018 (relatora Rosa Tching), in [www.dgsi.pt](http://www.dgsi.pt).
15. Cfr. Ac. do STJ de 30/05/2019 (relatora Rosa Tching), in [www.dgsi.pt](http://www.dgsi.pt).
16. Cfr. Ac. do STJ de 13/01/2011 (relator Serra Batista), in [www.dgsi.pt](http://www.dgsi.pt).
17. Cfr. Acs. do STJ de 11/03/2010 (relator Santos Bernardino) e de 14/03/2017 (relator Garcia Calejo), acessíveis in [www.dgsi.pt](http://www.dgsi.pt).
18. Cfr. Acs. do STJ de 10/05/2018 (relator Henrique Araújo) e de 14/04/2015 (relatora Maria Clara Sottomayor), in [www.dgsi.pt](http://www.dgsi.pt).
19. Cfr. Nuno Trigo Reis, Os Deveres de Informação no Contrato de Seguro de Grupo, p. 20, in [www.asf.com.pt](http://www.asf.com.pt). e o Ac. do STJ de 30/05/2019 (relatora Rosa Tching), in [www.dgsi.pt](http://www.dgsi.pt).
20. Como se particulariza no Ac. do STJ de 9/07/2014 (relator Moreira Alves), in [www.dgsi.pt](http://www.dgsi.pt)., concretamente, *“no que diz respeito aos seguros de grupo há que ponderar a susceptibilidade de aplicação do regime emergente da LCCG em dois momentos, correspondendo aos dois momentos de formação do contrato: a) primeiro, há o contrato celebrado entre a seguradora e o tomador de seguro que pode ser especificamente negociado, ou pode ter por base cláusulas contratuais gerais – ou pode, ainda, ser um negócio rígido, assente em cláusulas que a seguradora criou para a ocasião e que não aceita discutir. Se entre a seguradora e o tomador de seguro foi celebrado um contrato específica e pontualmente negociado, já não se aplicará a LCCG; b) segundo, os membros do grupo aderem ao contrato celebrado entre a seguradora e o tomador de seguro, aceitando, sem negociação, as condições contratuais estabelecidas no contrato celebrado entre seguradora e tomador de seguro, estando, nessa medida, protegidos pelo regime da LCCG. Em consonância a LCCG será de aplicar a um seguro de grupo sempre que esteja em causa a adesão a cláusulas contratuais gerais ou uma situação de não negociação de um contrato, que desencadeie a aplicação desse diploma, devendo efectuar-se as adaptações que se mostrem necessárias à complexidade do contrato e ao feixe tripartido de relações jurídicas (segurador-tomador-segurado) que constituem um seguro de grupo”*.
21. Que entrou em vigor em 1/01/2009 (art. 7º do RJCS).
22. Cfr. Joana Galvão Telles, Deveres de Informação das Partes, Temas de Direito dos Seguros, 2ª ed., Almedina, 2020, p. 364.
23. Cfr. Ac. do STJ de 2/12/2013 (relator Granja da Fonseca), in [www.dgsi.pt](http://www.dgsi.pt).
24. Cfr. Joana Galvão Telles, estudo e obra citados, p. 369.
25. Cfr. Acs. do STJ de 10/05/2018 (relator Henrique Araújo) e de 14/04/2015 (relatora Maria Clara Sottomayor), in [www.dgsi.pt](http://www.dgsi.pt).
26. Divergência que provém já do domínio de aplicação do pretérito regime definido pelo art. 4º do Decreto-Lei n.º 176/95, de 26.07, o qual dispunha nos termos seguintes: *«Seguros de grupo 1 - Nos seguros de grupo, o tomador do*

*seguro deve obrigatoriamente informar os segurados sobre as coberturas e exclusões contratadas, as obrigações e direitos em caso de sinistro e as alterações posteriores que ocorram neste âmbito, em conformidade com um espécimen elaborado pela seguradora. 2 - O ónus da prova de ter fornecido as informações referidas no número anterior compete ao tomador do seguro. 3 - Nos seguros de grupo contributivos, o incumprimento do referido no n.º 1 implica para o tomador do seguro a obrigação de suportar de sua conta a parte do prémio correspondente ao segurado, sem perda de garantias por parte deste, até que se mostre cumprida a obrigação. 4 - O contrato poderá prever que a obrigação de informar os segurados referida no n.º 1 seja assumida pela seguradora. 5 - Nos seguros de grupo a seguradora deve facultar, a pedido dos segurados, todas as informações necessárias para a efectiva compreensão do contrato».*

27. Cfr., neste sentido, Acs. do STJ de 25/06/2013 (relator Lopes do Rego), de 15/04/2015 (relatora Maria dos Prazeres Beleza), de 20/05/2015 (relator Tomé Gomes), de 05/04/2016 (relator José Rainho), de 10/03/2016 (relator Tavares de Paiva), de 30/05/2019 (relatora Rosa Tching) e de 18/02/2021 (relatora Maria dos Prazeres Beleza), todos disponíveis in [www.dgsi.pt](http://www.dgsi.pt). Já em perspetiva diversa, no sentido – claramente minoritário – da não oneração exclusiva do banco com estes deveres informativos e da não exoneração, assim, da seguradora, perante o aderente, dos deveres que já decorriam dos arts. 5.º e 6.º do DL n.º 446/85, de 25 de Outubro, veja-se os Acs. do STJ de 14/04/2015 (relatora Maria Clara Sottomayor), de 29/11/2016 (relator Fonseca Ramos) e de 10/05/2018 (relator Henrique Araújo), todos disponíveis in [www.dgsi.pt](http://www.dgsi.pt). Em favor desta segunda posição alinham-se, em resumo, os seguintes argumentos essenciais: - A falta de informação do tomador/banco repercute-se necessariamente na seguradora, não podendo esta invocar a exclusão de uma cobertura, contida numa cláusula que não haja sido devidamente comunicada ou informada pelo tomador, já que a seguradora e o tomador de seguro prosseguem objetivos lucrativos comuns ou complementares, sendo este angariador na celebração do concreto contrato com os autores (crédito à habitação/seguro de vida). - Se é o segurado-aderente que contrata em primeira linha com o tomador, é a seguradora que recebe as declarações de adesão ao contrato de seguro e que considerou os segurados como integrados ou não ao abrigo das condições estipuladas na apólice. - A falta de dever de informação reflete-se no contrato de adesão, na sua conexão com a seguradora, afetando a falta de informação a relação jurídica entre segurador-tomador de seguro, entre segurado-seguradora ou ente tomador de seguro-seguradora (eventual direito de regresso) não deixando a seguradora de responder perante o segurado pela ausência dessa

informação por parte do tomador do seguro. - Do ponto de vista dos segurados é indiferente saber quem tinha o dever legal de os informar, confiando que tanto a seguradora como o tomador estão obrigados àquele dever e ao cumprimento integral do contrato. - O alcance do art. 78º, n.º 1, do RJCS restringe-se às relações (internas) entre o segurador e o tomador; não colide com o RJCCG. A ratio do preceito foi dirimir eventuais conflitos entre estas duas entidades, estabelecendo uma norma delimitadora suscetível de derrogação por aquelas partes (n.º 5 do mesmo preceito). O segurado é alheio a esta equação, inferindo-se do preceito, por um raciocínio de exclusão, que não é ao segurado que incumbe o ónus de alegação e prova da ausência de comunicação. - Pode convocar-se para a resolução do litígio o RJCCJ, não podendo a seguradora ilibar-se ao pagamento do capital seguro. - Os deveres de comunicação e esclarecimento, na íntegra, do conteúdo negocial estão previstos nos arts. 5.º e 6.º do Decreto-Lei n.º 446/85 e resultam diretamente do princípio da boa fé contratual consagrado no art. 227.º do Código Civil, estendendo-se a todas as partes dos contratos que tenham poder de impor cláusulas negociais ao consumidor. - O art. 78º, n.º 1, do RJCS não exonera a seguradora perante o aderente. - Proteção do aderente enquanto parte mais fraca da relação negocial, desprovida de qualquer poder negocial e princípio de respeito pelos interesses do outro numa ética de cooperação e de solidariedade. - Existe uma conexão e interligação funcional entre as várias relações jurídicas em causa, que alteram a fisionomia e a estrutura da relação jurídica entre o banco e a seguradora, regulada em função da proteção dos interesses do aderente.

28. Cfr. Ac. do STJ de 18/02/2021 (relatora Maria dos Prazeres Beleza), in [www.dgsi.pt](http://www.dgsi.pt).

29. Cfr. Ac. do STJ de 13/01/2011 (relator Serra Batista), in [www.dgsi.pt](http://www.dgsi.pt).

30. Tal como já sucedia com o pretérito regime estabelecido no Decreto-Lei n.º 176/95, de 26.07.

31. Cfr., entre outros, Acs. do STJ de 15/04/2015 (relatora Maria dos Prazeres Beleza) e de 30/05/2019 (relatora Rosa Tching), in [www.dgsi.pt](http://www.dgsi.pt).

32. Cfr. Ac. do STJ de 20/05/2015 (relator Tomé Gomes), in [www.dgsi.pt](http://www.dgsi.pt).

33. Cfr. Ac. do STJ de 18/10/2016 (relator Roque Nogueira), in [www.dgsi.pt](http://www.dgsi.pt).

34. Cfr. Acs. do STJ de 25/06/2013 (relator Lopes do Rego) e de 20/05/2015 (relator Tomé Gomes), in [www.dgsi.pt](http://www.dgsi.pt).

35. Cfr. Ac. do STJ de 11/02/16 (relator Abrantes Geraldés) in [www.dgsi.pt](http://www.dgsi.pt).

36. Cfr. Ac. da RC de 13/09/2016 (relator Fonte Ramos), in [www.dgsi.pt](http://www.dgsi.pt).

37. Cfr. Ac. do STJ de 27/03/2014 (relator Lopes do Rego), in [www.dgsi.pt](http://www.dgsi.pt)., cuja fundamentação seguiremos de perto na exposição em apreço.

38. Remete-se para a facticidade objeto das alíneas M) a O) dos factos

provados.

39. Seguiremos de perto, com as necessárias adaptações, a fundamentação expendida no Ac. do STJ de 20/05/2015 (relator Tomé Gomes) e no Ac. da RL de 7/10/2021 (relator Arlindo Crua), in [www.dgsi.pt](http://www.dgsi.pt).

40. Como refere Margarida Lima Rego, essa qualificação como contratos de adesão dos contratos de seguro mais se acentua sempre que o clausulado do contrato resulte do teor de um contrato-quadro previamente celebrado entre tomador e segurador [cfr. Seguros Coletivos e de Grupo, (...), p. 452].

41. Cfr. Das Obrigações em Geral, Volume I, 6ª edição, Almedina, p. 258.

42. Cfr. C. Ferreira de Almeida, Contratos I. Conceitos, fontes, formação, 3ª ed., Almedina, 2005, pp. 173/181.

43. Cfr. C. Ferreira de Almeida, Contratos I. Conceitos, fontes, formação, 3ª ed., Almedina, 2005, pp. 173/181.

44. Cfr. obra citada, nota 1, p. 259.

45. Cfr. Ac. do STJ de 18/10/2016 (relator Roque Nogueira), in [www.dgsi.pt](http://www.dgsi.pt)., por referência ao art. 4º do Dec. Lei n.º 176/95, de 26/07.

46. Cfr., entre outros, os acórdãos do STJ de 27/05/2008 (relator Moreira Camilo), de 06/07/2011 (relator Alves Velho), de 14/02/2017 (relator Garcia Calejo) e de 14/03/2017 (relator Garcia Calejo); e, bem assim, os acórdãos da RC de 13/09/2016 (relator Fonte Ramos) e de 02/07/2013 (relatora Maria José Guerra) [O regime das cláusulas contratuais gerais não é aplicável ao questionário pré-elaborado pela seguradora ao qual o segurado responde, de modo a fornecer àquela elementos na fase prévia à celebração do contrato de seguro em função dos quais a seguradora estabelece as condições de aceitação do contrato], disponíveis in [www.dgsi.pt](http://www.dgsi.pt).