

Supremo Tribunal de Justiça

Processo nº 3300/19.2T8BRG.G1.S1

Relator: MARIA CLARA SOTTOMAYOR

Sessão: 20 Dezembro 2022

Votação: UNANIMIDADE

Meio Processual: REVISTA

Decisão: NEGADA A REVISTA

CONTRATO DE SEGURO

SEGURO DE VIDA

DECLARAÇÃO INEXATA

OMISSÃO

RISCO

ERRO ESSENCIAL

ANULABILIDADE

PODERES DO SUPREMO TRIBUNAL DE JUSTIÇA

LIVRE APRECIACÃO DA PROVA

Sumário

I - Feita a prova que à data em que subscreveu a proposta do contrato de seguro do ramo vida (a acionar em caso de morte ou invalidez - incapacidade superior a 66%), a autora sabia que lhe tinha sido diagnosticada doença grave, progressiva e incapacitante (doença de Behçet ou de Neurobehçet), capaz de pôr em risco a sua vida e/ou determinar-lhe incapacidade total, e omitiu deliberadamente informação de tal doença à seguradora, o contrato de seguro é anulável, nos termos dos arts. 24.º, n.º 1, e 25.º, n.º 1, do RJCS.

II - A omissão verificada foi essencial na contratação do seguro, isto é, determinante da vontade (viciada) da seguradora celebrar o respetivo negócio.

Texto Integral

Acordam no Supremo Tribunal de justiça

I- Relatório

1. AA, casada, portadora do CC: ..., com o NIF ..., residente em Travessa ... na freguesia ...,, propôs AÇÃO DECLARATIVA DE CONDENAÇÃO EM PROCESSO COMUM, contra “**SANTANDER TOTTA SEGUROS, COMPANHIA DE SEGUROS DE VIDA, SA.**”, NIPC: ..., com sede na Rua ...,, na qual peticionou a condenação da Ré a pagar-lhe:

a) A quantia de € 50.000,00, resultante do capital assegurado no caso de invalidez permanente, pelo contrato de seguro Ramo Vida, capaz de cobrir situações de Morte ou Invalidez celebrado no contexto do mútuo de um crédito bancário para aquisição de habitação;

b) A quantia de €1.000,00 (quantia fixada provisoriamente), relativa aos prémios de seguro que foram pagos pela A. desde a participação do sinistro até ao presente e, bem assim, todos aqueles que vierem a ser pagos pela A. até efetiva assunção de responsabilidade pela R. ou integral pagamento do capital garantido;

c) Os juros que se vencerem desde a citação até integral pagamento das quantias referidas nas anteriores alíneas.

Para o efeito, alegou, em suma, o seguinte: que em meados do mês de Agosto de 2013 a autora e o seu marido BB dirigiram-se a um balcão do Banco Santander Totta, sito na freguesia ..., onde subscreveram um contrato de Seguro Ramo Vida, capaz de cobrir situações de Morte ou Invalidez, para o que se limitaram a assinar uma proposta de adesão, a qual foi, inteiramente, preenchida pelo funcionário do banco. Todavia, não foram entregues à autora as condições e/ou exclusão do referido contrato, as quais não foram, sequer, comunicadas nem informadas, tendo apenas sido transmitido à autora pelo funcionário bancário que, em caso de morte ou invalidez (que seria considerada quando houvesse uma incapacidade superior a 66%), lhe seria pago o valor de € 50.000,00.

Desde a subscrição do referido contrato a autora passou a pagar mensalmente o prémio do respetivo seguro, prémio que sempre pagou e ainda se encontra a pagar.

No início do ano de 2014 teve a autora conhecimento que padece da doença de “*Neurobehçet*”, doença que desde essa data evoluiu de forma galopante, atingindo gravemente o seu Sistema Nervoso Central e que incapacitou a autora de trabalhar ou exercer qualquer actividade profissional.

Em virtude dessa situação, em 31-05-2017 a autora participou o Sinistro de Invalidez à ré.

Esta não pagou à seguradora o Capital Seguro, no montante de € 50.000,00.

2. A Ré apresentou oposição, defendendo-se, por exceção, invocando a sua ilegitimidade.

Referiu em síntese que: no passado dia 31 de dezembro de 2014, a Santander Totta Seguros - Companhia de Seguros, S.A. celebrou com Aegon Santander Portugal Vida - Companhia de Seguros de Vida, S.A. um contrato denominado de "Contrato de Transferência de Carteiras", com o qual transferiu para a Aegon a carteira de apólices de seguro da Santander Totta Seguros - Companhia de Seguros, S.A. subscritas a partir de 01 de Julho de 2012, pelo que, tendo o contrato titulado pela apólice ...58 sido celebrado em 2013, foi tal apólice transferida para a Aegon Santander Portugal Vida - Companhia de Seguros de Vida, S.A.

A pedido da autora foi admitida a intervenção a título principal, como associada da Ré, de "Aegon Santander Portugal Vida - Companhia de seguros de Vida, S.A.".

Citada para o efeito, veio a interveniente confirmar que, tendo o contrato titulado pela apólice ...58 sido celebrado em 2013, foi tal apólice transferida para a Aegon Santander Portugal Vida - Companhia de Seguros de Vida, S.A.

Mais alegou o seguinte: que em meados de 2017 foi recebida na Seguradora ora Interveniente uma participação de sinistro por invalidez da Pessoa Segura, AA, aqui Autora. De acordo com o Relatório Médico/Atestado Médico de Invalidez, há referência a diagnóstico de Doença de Behçet em outubro/novembro de 2013. Não obstante a documentação recebida, e as diversas insistências realizadas junto da A. e das Entidades Hospitalares, até ao momento a ora Ré não rececionou a totalidade dos documentos tendentes à análise da eventual cobertura do sinistro. Informações essas que são essenciais à avaliação do risco e análise da eventual cobertura, ou não, do sinistro participado. Não tendo a ora interveniente tido acesso aos documentos clínicos solicitados à Autora e essenciais à análise da eventual cobertura do sinistro participado, solicitou-os diretamente às Entidades Hospitalares. Aquando da celebração do seguro em apreço, a A. foi informada, enquanto pessoa segura das cláusulas contratuais do seguro a que aderira,

tendo a autora, adicionalmente, declarado expressamente encontrar-se de boa saúde e ter tomado conhecimento de toda a informação pré-contratual obrigatória. À data da subscrição da apólice de seguro a A. tinha conhecimento de que não poderia omitir à Seguradora qualquer situação relacionada com o seu estado de saúde, sob pena de nulidade do contrato de seguro. A proposta de seguro de vida em apreço nos autos foi preenchida e assinada em 23.08.2013. A doença que causou a invalidez da A. foi-lhe diagnosticada apenas 2 meses após, pelo que é legítimo à Seguradora considerar que à data da subscrição da apólice a A. já poderia apresentar sintomas e queixas relacionadas com a doença em causa. Ou seja, a ora Ré desconhece se à data da subscrição do contrato de seguro em apreço nos autos (agosto de 2013) a A. tinha pleno e efetivo conhecimento de que o seu estado de saúde não era bom, conforme declarou, ainda que o diagnóstico tenha apenas sido confirmado em outubro/novembro de 2013. A Ré Seguradora aceitou a adesão ao seguro celebrado com a A., desconhecendo que esta eventualmente padecia da referida doença. Tais factos se omitidos à data da subscrição da proposta de adesão, eram circunstâncias essenciais para a aceitação da adesão ao seguro pela Ré Seguradora, ou, no mínimo, teriam importância decisiva nas condições de aceitação. No caso em apreço, a A. poderá ter prestado, assim, declarações inexatas ou reticentes.

As falsas declarações prestadas, no âmbito de um contrato de seguro, por parte do segurado, determinam, a sua anulabilidade, que invoca.

Termina pedindo a sua absolvição do pedido.

3. Foi elaborado **despacho saneador**, no qual se decidiu ter ficado prejudicado o conhecimento da exceção de ilegitimidade, apurando-se posteriormente a final a identidade do verdadeiro sujeito da relação controvertida, uma vez que foi deferida por despacho de 05-12-2019 a intervenção principal provocada da mesma “Aegon Santander Portugal Vida – Companhia de Seguros de Vida, S.A.”, requerida pela autora.

Nessa mesma peça processual foi fixado como Objeto do Litígio o seguinte:

- a) O contrato de seguro do ramo vida celebrado entre a Autora e a Ré e o direito daquela ao pagamento do capital aí previsto e ao reembolso dos prémios de seguro pagos desde a participação do sinistro;
- b) Extinção do contrato e respetiva anulabilidade por falsas declarações”.

Foram ainda fixados os seguintes Temas da Prova:

1º Data em que a Autora teve conhecimento da doença de que padece.

2º Comunicação por parte do funcionário do Banco Santander Totta das condições e exclusões do contrato de seguro”.

4. Procedeu-se a audiência de julgamento, que decorreu com observância do formalismo legal.

5. A final foi proferida **sentença** que julgou a ação procedente e decidiu:

«a) Condenar a interveniente Aegon Santander Portugal Vida – Companhia de Seguros de Vida, S.A. a pagar à autora a quantia de € 50.000,00, resultante do capital assegurado no caso de invalidez permanente, pelo contrato de seguro Ramo Vida, capaz de cobrir situações de Morte ou Invalidez celebrado no contexto do mútuo de um crédito bancário para aquisição de habitação.

b) Condenar a interveniente Aegon Santander Portugal Vida – Companhia de Seguros de Vida, S.A. a pagar à autora quantia de € 1.000,00 (quantia fixada provisoriamente), relativa aos prémios de seguro que foram pagos pela A. desde a participação do sinistro até ao presente e, bem assim, todos aqueles que vierem a ser pagos pela A. até efectiva assunção de responsabilidade pela R. ou integral pagamento do capital garantido.

c) Condenar a interveniente Aegon Santander Portugal Vida – Companhia de Seguros de Vida, S.A. ao pagamento de juros de mora desde o vencimento da respetiva obrigação, nos termos dos artigos 804º e 805º,2,a CC, sendo que, os juros comerciais, desde 01.07.2014 até 31-12-2014, contam com uma taxa de 8,15%, nos termos do Aviso n.º ...14, D.R., 2.ª série, de 16.07.2014.

d) Absolver a ré SANTANDER TOTTA SEGUROS, COMPANHIA DE SEGUROS DE VIDA, SA.” dos pedidos».

6. A Seguradora, Aegon Santander Portugal Vida, interpôs recurso de apelação, tendo o Tribunal a Relação de Guimarães decidido o seguinte:

«Por todo o exposto, este Tribunal da Relação de Guimarães decide julgar o recurso procedente, e, em consequência, revogando parcialmente a sentença recorrida, julga a acção totalmente improcedente, absolvendo a interveniente Aegon Santander Portugal Vida - Companhia de Seguros de Vida, S.A. dos pedidos, e mantendo-se a absolvição da ré Santander Totta Seguros, Companhia de Seguros de Vida, SA.»

7. A autora, **AA**, inconformada com o acórdão do Tribunal da Relação de Guimarães, interpôs recurso de revista, em cuja alegações formulou as seguintes conclusões:

«A. Pretende a Recorrente com as presentes alegações colocar à apreciação deste Douto Tribunal Superior aquele que é o seu entendimento sobre o uso que a Relação fez dos poderes que lhe são conferidos pelo artigo 662.º do CPC, sendo o “mau uso”, em termos que se explicará melhor adiante, suscetível de configurar violação da lei de processo e, portanto, de constituir fundamento do recurso de revista, nos termos do art. 674º, nº 1, al. b), do CPC;

B. Salvo o devido respeito, a modificabilidade da matéria de facto levada a cabo, nos exatos termos em que impugnados pela Ré e, sobretudo sem devido escrutínio e, consequente motivação da respetiva valoração levada a cabo sobre determinadas provas em detrimento de outras, parece-nos violadora dos poderes que conferidos pelo artigo 662.º do CPC ao Tribunal da Relação.

C. O Acórdão recorrido em manifesta desconsideração de toda a demais prova produzida e, fazendo VALORAÇÃO LITERAL do teor DE UM documento - resumo de informação clínica - que se encontra junto aos autos a fls. 749, PRESUMIU que, nessa data, o Dr. CC informou a Autora que todos os sintomas que a vinham afligindo ao longo dos últimos dois anos eram manifestações da doença de behçet e, que, seguramente, informou-a da gravidade do seu estado.

D. Tais conclusões/ilacões retiradas pelo Tribunal da Relação de tal documento - informação clínica - são isso mesmo: ilacões ou conclusões, sem qualquer outro suporte.

E. Entendeu o mesmo Tribunal da Relação que o aludido documento é incontroverso e o seu peso probatório é incontestável. Acrescentando, não ter sido, sequer, beliscado pela prova testemunhal produzida.

F. O Acórdão Recorrido não fundamenta devidamente a alteração da factualidade que passou a considerar provada e não provada, respetivamente, violando o disposto no artigo 607º do CPC.

G. O Tribunal da Relação não levou a cabo a análise crítica de toda a prova produzida e não especificou os fundamentos decisivos para a sua convicção e, mais que, manifestamente contrária àquela que foi a do Tribunal de Primeira Instância.

H. Sendo certo que, tal convicção veio a assentar na valoração de uma informação clínica, que se encontra juntos aos autos, mas que nada diz ter sido levada ao conhecimento da A.

I. Descuidando a demais prova produzida, optando uma verdade meramente hipotética, pese embora não demonstrada, que veio a importar significativa alteração da factualidade considerada por provada e não provada e, conseqüentemente pela improcedência da ação e absolvição da Ré.

J. Entendeu o Tribunal da Relação como assente e, sem margem para controvérsia, como prova bastante e plena, a que resulta do Documento junto aos autos a fls. 749 - o Relatório médico da Consulta de Doenças Autoimunes em Medicina Interna - de 01.07.2013 e que nessa data o Dr. CC informou a Autora que todos os sintomas que a vinham afligindo ao longo dos últimos dois anos eram manifestações da doença de behçet e ainda que, seguramente, informou-a da gravidade do seu estado.

K. Não se alcança onde foi o Tribunal da Relação alicerçar a sua certeza de que o Dr. CC informou a Autora que todos os sintomas que a vinham afligindo ao longo dos últimos dois anos eram manifestações da doença de behçet, e que, nessa data, a informou da gravidade do seu estado.

L. Sendo certo que, DE TAL DOCUMENTO NÃO RESULTA E, POR ISSO, NÃO PODE FAZER PROVA PLENA NESSE SENTIDO, QUE NESSA DATA A AUTORA PASSOU A TER CONHECIMENTO DE TAL DOENÇA E, SOBRETUDO QUE FOI INFORMADA DA GRAVIDADE DO SEU ESTADO- falamos pois de uma informação clínica interno do Hospital a que a Autora não teve acesso, nem conheceu, antes da presente lide.

M. Acrescente-se que, no que respeita àquele que foi o depoimento prestado pela TESTEMUNHA DR DD, que sublinhe-se, médico indicado pela Ré e que nunca acompanhou a evolução clínica da Autora, como tal, o seu depoimento bastou-se com a leitura e interpretação profissional e, bem assim, pessoal,

sobre os documentos/relatórios clínicos juntos aos autos, não conseguindo o mesmo em momento algum precisar sobre a data de conhecimento efetivo pela Autora do diagnóstico da doença!

N. Conforme entendimento da Sentença Recorrida, os depoimentos das TESTEMUNHAS BB, marido da Autora e o EE, funcionário do Santander Totta, acabam por conferir maior credibilidade àquela que é a versão da Autora, mormente que à data da assinatura do contrato de seguro desconhecia padecer da doença de “neurobehcet” .

O. Não considerou o Tribunal da Relação que a decisão de contratar o seguro de vida ora em apreço, ter-se-á verificado por indicação do funcionário do banco, uma vez que à data a Autora não teria qualquer contrato de vida associado ao crédito à habitação, sendo que a mesma se limitou a assinar tudo o quanto se lhe foi apresentado para o efeito.

P. NÃO FOI A AUTORA QUEM SE DIRIGIU AO BALCÃO DO SANTANDER E, CONHECENDO PADECER DE DOENÇA DE BEHÇET E SUA GRAVIDADE, DECLAROU DELIBERADAMENTE “...estar de boa saúde, não sofrer de qualquer doença de qualquer etiologia (cardíaca, pulmonar, tumoral, imunológica, renal, obesidade, circulatória, hepática ou qualquer outra), não ter sido submetido nem estar a aguardar a realização de cirurgia, não ter efectuado consulta médica não de rotina nem ter sido sujeito a qualquer internamento hospitalar, não existir qualquer restrição à minha capacidade de trabalhar, não ter existido qualquer interrupção na minha actividade profissional nos últimos 6 meses, não ter sofrido qualquer acidente.”!!!

Q. Pese embora tenha resultado provado que aquando da subscrição do Seguro a Autora já estaria a ser acompanhada na especialidade de dermatologia e medicina interna do Hospital ... em virtude de apresentar manchas na pele, desconhecia que pudessem estar associadas a uma doença grave, aliás que, aparentava estar de boa saúde, o que foi confirmado pela Testemunha EE, funcionário que terá tratado do crédito bancário da Autora e marido e, posteriormente da subscrição do contrato de seguro e que costumava ver a Autora com regularidade.

R. Também o relatório elaborado pelo Médico da Unidade de Saúde ..., no qual se refere que o diagnóstico foi realizado em julho de 2013 no Hospital ... (Consulta de Medicina Interna, onde se fez estudo que levou ao diagnóstico), terá de entender-se que tal informação decorre da leitura do Resumo de Informação Clínica da Consulta de Doenças Autoimunes em Medicina Interna de 01.07.2013, sem que, contudo, se conclua que nessa data tenha a Autora

conhecido de tal diagnóstico!

S. A Autora só conheceu do Resumo de Informação Clínica da Consulta de Doenças Autoimunes em Medicina Interna elaborado em 01.07.2013, no âmbito dos presentes autos!

T. Trata-se de uma informação interna registada em base de dados do SNS, à qual, a menos que disponibilizada pelo médico, apenas têm acesso os profissionais de saúde.

U. PELO QUE, O ENTENDIMENTO DE QUE NA CONSULTA DE 01.07.2013 FOI A AUTORA INFORMADA DO DIAGNÓSTICO DE DOENÇA E SUA GRAVIDADE É MERAMENTE ESPECULATIVO/PRESUNTIVO!!!!

V. Repare-se ainda que, no Registo Clínico da Consulta que realizadas na USF de ..., inexistente, anteriormente a 11.10.2013, qualquer alusão a diagnóstico de doença de Behçet, sendo que, apenas nessa data se refira a que, entre 02.09.2013 a 13.09.2013, a Autora teve internamento, tendo sido realizado TAC, RMN e angioRMN Cerebral que revelaram lesões compatíveis com NeuroBehçet,

W. Antes de 11.10.2013 o Médico de Família FF, não registou qualquer diagnóstico ou sequer, suspeita, de NeuroBehçet, mas antes e apenas, que a Autora teria problemas cutâneos e que estaria a ser seguida pela Especialidade de Dermatologia.

X. Pelo que, inexistindo prova suficiente (documental e/ou testemunhal) à corroboração da versão da Ré de que, -À data da subscrição do acordo referido em 6º a A. já apresentava sintomas e queixas relacionadas com a Doença de Behçet (alínea d) dos factos não provados-, NÃO PODERÁ MANTER-SEA ALTERAÇÃO DA DECISÃO DE FACTO LEVADA A CABO PELO TRIBUNAL RECORRIDO!

Y. Como tal, deverá o Acórdão Recorrido ser revogado, mantendo-se a factualidade que foi considerada provada e não provada pelo Tribunal de Primeira Instância.

Z. Neste sentido, uma vez que a Autora/Recorrente à data da subscrição do contrato de seguro em apreço nos autos não tinha conhecimento efetivo de que padecia de um quadro clínico grave, não se poderá considerar, como considerou o Tribunal Recorrido, que a mesma omitiu factos com interesse para a formação do contrato de seguro.

AA. E, nessa linha, não se pode reconhecer que a Autora violou a norma do nº 1 do art. 24.º do DL n.º 72/08, que: "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" e que o contrato em questão padece do vício da anulabilidade a que alude o nº 1 do art. 25.º do mesmo diploma, segundo o qual:

"Em caso de incumprimento doloso do dever referido no nº 1 do artigo anterior, o contrato é anulável mediante declaração enviada pelo segurador ao tomador do seguro."

BB. Pelo contrário, uma vez mais, verificado o evento de risco que se pretendeu acautelar com o contrato de seguro, mormente a verificação de uma invalidez, resultante de incapacidade funcional permanente de grau de 79%, incumbe à seguradora interveniente indemnizar o tomador do seguro e/ou pessoa segura no montante do capital seguro, mormente €50.000,00 e bem assim, no valor de todos os prémios de seguro que foram pagos pelo Tomador de Seguro - a A.- desde a data da participação do sinistro até à efetiva assunção da responsabilidade pela seguradora ou efetivo pagamento do capital segurado.

TERMOS EM QUE, Vossas Excelências, DANDO PROVIMENTO INTEGRAL À REVISTA, DECIDIRÃO:

☒ Que a decisão contida no acórdão recorrido viola os poderes de modificabilidade da decisão de facto conferidos ao Tribunal da Relação, nos termos do artigo 662ºe, bem assim, quanto à valoração/apreciação da prova produzida que decorre dos nºs 4 e 5, do artigo 607º do CPC, o que configura, portanto, violação das regras processuais, fundamento do recurso de revista, nos termos do art. 674º, nº 1, al. B), do CPC;

☒☒E AINDA, julgar a revista integralmente procedente, e, em consequência, revogar o acórdão Recorrido, confirmando-se o decidido pela Primeira Instância, que julgou procedente por provada a ação instaurada pela Autora e, em consequência condenou a Ré AEGON SANTANDER PORTUGAL VIDA - COMPANHIA DE SEGUROS DE VIDA, S.A. ao pagamento da quantia de €50.000,00, resultante do capital assegurado no caso de invalidez permanente, pelo contrato de seguro Ramo Vida, capaz de cobrir situações de

Morte ou Invalidez celebrado no contexto do mutuo de um crédito bancário para aquisição de habitação e, bem assim, ao pagamento da quantia de €1.000,00 (quantia fixada provisoriamente), relativa aos prémios de seguro que foram pagos pela A. desde a participação do sinistro até ao presente e, bem assim, todos aqueles que vierem a ser pagos pela A. até efetiva assunção de responsabilidade pela R. ou integral pagamento do capital garantido; e, ainda, ao pagamento de juros de mora desde o vencimento da respectiva obrigação, nos termos dos artigos 804º e 805º, n.º 2, alínea a) do Código Civil, sendo que, os juros comerciais, desde 01.07.2014 até 31-12-2014, contam com uma taxa de 8,15%, nos termos do Aviso n.º ...14, D.R., 2.ª série, de 16.07.2014.

FAZENDO-SE INTEIRA E COSTUMADA JUSTIÇA!»

8. A seguradora apresentou contra-alegações em que pugna pela manutenção do decidido.

9. Sabido que o objeto do recurso, ressalvadas as questões de conhecimento oficioso, se delimita pelas conclusões, as questões a conhecer é a de saber se a decisão contida no acórdão recorrido viola os poderes de modificabilidade da decisão de facto conferidos ao Tribunal da Relação, nos termos do artigo 662º do CPC, e se viola as regras processuais quanto à valoração/apreciação da prova produzida que decorrem dos nºs 4 e 5, do artigo 607º do CPC, fundamento de revista nos termos do artigo 674º, nº 1, al. b), do CPC;

Cumpra apreciar e decidir.

II - Fundamentação

A - Os factos

A lista definitiva dos factos provados após o exercício pela Relação do seu poder de modificação dos factos é a seguinte:

1º A ré -Santander Totta Seguros - Companhia de Seguros de Vida S.A- dedica-se ao exercício da atividade de seguro direto e de resseguro do ramo "Vida".

2º No passado dia 31 de dezembro de 2014, a Santander Totta Seguros - Companhia de Seguros, S.A. celebrou com Aegon Santander Portugal Vida - Companhia de Seguros de Vida, S.A. um contrato denominado de "Contrato de Transferência de Carteiras".

3º Sendo que, tal contrato transferiu para Aegon a carteira de apólices de seguro da Santander Totta Seguros - Companhia de Seguros, S.A. subscritas a partir de 01 de julho de 2012, pelo que, tendo o contrato titulado pela apólice ...58 sido celebrado em 2013, foi tal apólice transferida para a Aegon Santander Portugal Vida - Companhia de Seguros de Vida, S.A.;

4º A interveniente confirmou que, tendo o contrato titulado pela apólice ...58 sido celebrado em 2013, foi tal apólice transferida para a Aegon Santander Portugal Vida - Companhia de Seguros de Vida, S.A.

5º Em meados do mês de agosto de 2013 a autora e o seu marido BB dirigiram-se a um balcão do Banco Santander Totta, sito na freguesia

6º Naquele balcão e, uma vez que a autora era à data mutuária de um crédito, foi-lhe sugerido pelo funcionário do banco a subscrição de um denominado "Contrato de Seguro Ramo Vida", capaz de cobrir situações de Morte ou Invalidez.

7º A autora subscreveu o acordo referido em 6º, subscrição que se bastou com a assinatura de uma proposta de adesão, a qual foi inteiramente preenchida pelo funcionário do banco.

8º As condições e/ou exclusão do acordo referido em 6º não foram comunicadas nem informadas à autora.

9º Tendo apenas sido transmitido à autora pelo funcionário bancário que, em caso de morte ou invalidez (que seria considerada quando houvesse uma incapacidade superior a 66%), lhe seria pago o valor de € 50.000,00.

10º Desde a subscrição do acordo referido em 6º a autora passou a pagar mensalmente o prémio do respetivo seguro, prémio que sempre pagou e ainda se encontra a pagar.

11º Em 1.7.2013 teve a autora conhecimento que padece da doença de "behçet" (*Facto modificado pelo Tribunal da Relação*).

12º Doença que desde essa data evoluiu de forma galopante.

13º Atingindo gravemente o seu Sistema Nervoso Central.

14º Passando, desde então, a autora a estar limitada nas suas funções cognitivas e psicomotoras.

15º Mormente, nas atividades intelectivas, mnésica, de atenção e do senso crítico.

16º Passou a autora a depender fortemente de terceiros na sua conduta diária.

17º Ficando incapaz de gerir autonomamente o seu lar, os assuntos pessoais e familiares.

18º A autora ficou totalmente incapaz de trabalhar ou exercer qualquer atividade profissional.

19º Em 27 de maio de 2015 foi a autora sujeita a uma Junta Médica, onde lhe foi atribuída uma incapacidade permanente global de 79 %.

20º Tal incapacidade é definitiva.

21º Em virtude da situação vivenciada, mormente da padecida incapacidade permanente, em 31-05-2017 a autora participou o Sinistro de Invalidez à interveniente.

22º Juntando à respetiva participação os documentos de fls. 8 vs., 9 e 9 vs., (dois atestados médicos e um atestado médico de incapacidade de multiuso no qual lhe foi atribuída uma incapacidade permanente global de 79 %).

23º Nem a ré, nem a interveniente pagaram à autora o montante de €50.000,00.

24º Em meados de 2017 foi recebida na Seguradora, ora Interveniente - a Aegon Santander Portugal Vida - Companhia de Seguros de Vida, S.A., uma participação de sinistro por invalidez da Pessoa Segura, AA, aqui Autora.

25º O acordo referido em 6º foi celebrado em 23.08.2013.

26º A Interveniente solicitou diretamente às Entidades Hospitalares o acesso aos documentos clínicos solicitados à Autora e essenciais à análise da eventual cobertura do sinistro participado.

27º A Interveniente apresentou Queixa junto da C....

28º A autora assinou o acordo mencionado em 6, onde consta que declara, “... *estar de boa saúde, não sofrer de qualquer doença de qualquer etiologia (cardíaca, pulmonar, tumoral, imunológica, renal, obesidade, circulatória, hepática ou qualquer outra), não ter sido submetido nem estar a aguardar a realização de cirurgia, não ter efectuado consulta médica não de rotina nem ter sido sujeito a qualquer internamento hospitalar, não existir qualquer restrição à minha capacidade de trabalhar, não ter existido qualquer interrupção na minha actividade profissional nos últimos 6 meses, não ter sofrido qualquer acidente.*”.

29º A autora assinou o acordo mencionado em 6, onde consta que declara, “... *não ter omitido nada em relação ao eu estado de saúde. Estou ciente de que, caso haja , deverei obter o questionário clínico previsto para tal, preenchê-lo e devolvê-lo à Seguradora. Estou ciente, também, de que qualquer falsa declaração ou omissão da minha parte relativa ao Termo de Responsabilidade terá como consequência a nulidade do contrato de seguro, conforme determina a lei. Declaro ter conhecimento de que a Santander Totta Seguros não garante o pagamento das importâncias seguras caso o sinistro seja devido a situações pré-existentes à data da celebração do contrato de seguro*”.

30º À data da subscrição da apólice de seguro a autora tinha conhecimento de que não poderia omitir à Seguradora qualquer situação relacionada com o seu estado de saúde.

31º A Ré Seguradora aceitou a adesão ao seguro celebrado com a autora, desconhecendo que esta eventualmente padecia da referida doença.

32º A doença que causou a invalidade da autora foi-lhe diagnosticada em julho de 2013, antes da subscrição do acordo referido em 6» (*Facto aditado pelo Tribunal da Relação*).

Factos não provados

Não se provou que:

a) De acordo com os Relatórios Médicos e Atestado Médico de Incapacidade Multiuso apresentados pela autora junto à participação de sinistro, documentos que se encontram nos autos a fls. 8 vs. a 10, há referência a

diagnóstico de Doença de Behçet em outubro/novembro de 2013.

b) Não obstante a documentação recebida, e as diversas insistências realizadas junto da autora e das Entidades Hospitalares, até ao momento a ora Ré não rececionou a totalidade dos documentos tendentes à análise da eventual cobertura do sinistro.

c) Aquando da celebração do seguro em apreço, a autora foi informada, enquanto pessoa segura de todas as cláusulas contratuais do acordo a que aderira.

d) *Eliminado*

e) A doença que causou a invalidez da autora foi-lhe diagnosticada em 2 de setembro de 2013, após a subscrição do acordo referido em 6.º.

B - O Direito

1. No presente processo a questão decisiva é a de saber se à data em que a autora assinou o contrato de seguro de vida tinha ou não conhecimento de que padecia da doença de Behçet, uma doença grave e incapacitante.

O tribunal de 1.ª instância deu como provado que à data em que a autora assinou o contrato de seguro de vida não tinha conhecimento que padecia da referida doença e, portanto, as declarações prestadas pela autora quanto ao seu estado de saúde eram exatas, não padecendo o contrato de seguro de qualquer invalidade.

Já o acórdão recorrido procedeu à reapreciação da prova, tendo considerado como provado que *“Em 01-07-2013 teve a autora conhecimento que padece da doença de “behçet” (facto provado n.º 11) e ainda que “A doença que causou a invalidez da autora foi-lhe diagnosticada em Julho de 2013, antes da subscrição do acordo referido em 6.” (facto provado n.º 32);* passando a incluir o facto que a 1.ª instância deu como provado sob o nº 31 no elenco dos factos não provados: *“A doença que causou a invalidez da autora foi-lhe diagnosticada em 02-09-2013, após a subscrição do acordo referido em 6.º.”.*

Entende a autora/recorrente que o tribunal recorrido se baseou apenas num documento, desconsiderando toda a restante prova testemunhal e documental em sentido contrário, que não procedeu a uma análise crítica da prova na sua globalidade, que estabeleceu uma presunção de conhecimento e não fundamentou a sua decisão.

Conclui, em consequência, a recorrente, que o Tribunal da Relação fez um mau uso dos poderes que lhe são conferidos pelo artigo 662.º do CPC, suscetível de configurar violação da lei de processo, nos termos do artigo 674.º, n.º 1, al. b), do CPC, uma vez que, com base em prova documental e testemunhal presumiu o conhecimento pela autora da sua doença antes da subscrição do seguro de vida.

2. O acórdão recorrido fundamentou a alteração à matéria de facto provada nos seguintes termos:

«Bem vistas as coisas, a discordância da recorrente resume-se à questão de saber se, quando subscreveu o contrato de seguro, já a autora sabia que padecia de doença grave, in casu, “doença de behçet”.

O Tribunal recorrido responde que não sabia.

Mas a recorrente entende que com a prova constante dos autos, é essencial concluir que sabia.

(...)

Com efeito, de fls. 262 e seguintes do histórico consta a ficha clínica da autora enviada pela USF - ..., da qual resulta que a autora era ali seguida por “doenças da boca / língua / lábio desde 13.3.2013; por doenças da pele e outra desde 2.12.2011; por erupção cutânea generalizada desde 10/01/2012.

Assim se vê como já desde 2011 a autora ia frequentemente procurar ajuda médica por sintomas variados que, embora sem o saber na altura, eram já o prenúncio do que estava para vir, como bem explicou o médico Dr. GG.

A fls. 737 do histórico consta um documento enviado pelo Hospital ..., comprovativo de uma consulta de dermatologia datada de 20.5.2013, do qual resulta que a médica dermatologista Dra. HH desconfiou que poderia estar perante a doença de behçet, e escreveu no relatório: “hipótese de dx: DÇA DE BEHÇET”. E pediu análises, e consulta de medicina interna a fim de confirmar essa hipótese de diagnóstico.

Ora, este documento só por si não nos dá a resposta ao litígio, pois ele não encerra um verdadeiro diagnóstico, mas uma mera “hipótese de diagnóstico”. E, recorrendo a regras de bom senso e de experiência, temos de dizer que é muito pouco provável que a médica em causa, apesar de ter suspeitado de que

estava perante a doença de behçet, o tenha explicado à autora. Com efeito, sem ter a certeza da sua hipótese de diagnóstico, não faria qualquer sentido estar a dizer à autora que ela tinha uma doença gravíssima, sabendo o sofrimento e a ansiedade que isso iria causar. Admite-se como provável que a médica em causa tenha usado uma qualquer formulação vaga ou neutra, adiando o momento da comunicação para quando houvesse a certeza.

Porém, a fls. 749 do histórico temos outro documento enviado pelo Hospital ..., que nos dá conta que a autora foi consultada em 1.7.2013, em consulta de medicina interna, pelo Dr. CC, o qual escreve um detalhado relatório. Nele refere que a doente vem de dermatologia por suspeita de doença de behçet; descreve os variados sintomas que já se vêm registando desde há 1 ano. Pede exame urgente de oftalmologia. E então faz mesmo o diagnóstico de doença de Behçet.

Na sequência disto, temos a fls. 701 do histórico uma declaração escrita pelo Dr. FF, datada de 17.7.2020 onde se pode ler, em resumo, que a autora sofre da doença de behçet, cujo diagnóstico foi feito em Julho de 2013 no Hospital ..., consulta de medicina interna.

Temos ainda o documento de fls. 739 do histórico, do qual resulta que em 3.9.2013 a autora foi à urgência geral do Hospital ..., em cujo relatório se pode ler que sofre de doença de behçet e é acompanhada em consulta de doenças auto-imunes por behçet há 2 meses.

E a fls. 763 do histórico temos um relatório médico subscrito pelo Dr. CC (o especialista em medicina interna que fez o diagnóstico supramencionado), no qual refere que acompanha a doente desde 7/2013 por doença de behçet.

E é com base neste conjunto de documentos que o Dr. GG, quando ouvido como testemunha, declarou que, de acordo com a medicina interna do Hospital ..., a autora já tinha o diagnóstico desta doença 1 mês antes de assinar o contrato. E acrescentou ainda que o quadro clínico era tão exuberante e tão penoso que era impossível a autora não valorizar a doença que tinha.

Pois bem.

É um dado assente que a autora subscreveu o contrato de seguro do ramo vida em 23.8.2013.

E sabemos o percurso que a autora percorreu até esse momento: começou a ser seguida na sua unidade de saúde por “doenças da boca, língua e lábio desde 13.3.2013; por doenças da pele desde 2.12.2011; por erupção cutânea generalizada desde 10/01/2012; em 20.5.2013 vai a mais uma consulta de dermatologia, na qual a médica formulou a hipótese de a autora sofrer da doença de behçet; é encaminhada para consulta de medicina interna, que se realiza em 1.7.2013, na qual o especialista em medicina interna faz então o diagnóstico de behçet.

Ora, aqui chegados, temos de concluir que, se na consulta de dermatologia que teve lugar em 20.5.2013 é de presumir que a médica não tenha informado a autora da gravidade do seu estado de saúde, já na consulta de medicina interna que teve lugar em 1.7.2013 a presunção tem de ser a oposta, a de que o Dr. CC informou mesmo a autora que todos os sintomas que a vinham afligindo ao longo dos últimos dois anos eram manifestações da doença de behçet. Admite-se que o nome da doença não tenha dito nada à autora, mas isso é irrelevante, pois o médico em causa, seguramente, informou-a da gravidade do seu estado.

Na sentença recorrida não é feita qualquer referência a este documento, nem sequer para o desvalorizar.

Porém, o mesmo existe, e o seu peso probatório é incontestável. Assim, quando a testemunha BB explicou em Tribunal que apenas no final do ano de 2013 é que a esposa começou a piorar e teve diversas idas ao hospital, nomeadamente um internamento ocorrido em Setembro desse ano, contudo, só no início do ano de 2014 é que lhes foi dado conhecimento da gravidade da situação, nomeadamente de que o diagnóstico em causa era a doença de “neurobehçet”, da qual nunca tinham ouvido falar, temos de olhar para esse depoimento com vários grãos de sal.

A sentença recorrida acrescenta ainda que “analisada a documentação clínica de fls. 137 a 158, não resulta que, anteriormente a 2 de Setembro de 2013, houve qualquer diagnóstico médico confirmado da referida doença, apenas sintomas, como manchas na pele e sonolência, mas cuja causa ainda não estava apurada (“vide” doc. de fls. 149, “in fine”)”. Pese embora conste do documento de fls. 160 que o referido diagnóstico ocorreu em Julho de 2013 no Hospital ..., a documentação clínica já enunciada (fls. 137 a 158 não suporta tal conclusão), nem resulta de nenhuma documentação existente nos autos, a data exacta em que foi dado conhecimento à autora do diagnóstico em causa”.

Ora, só podemos considerar que tal se ficou a dever a mero lapso, pois o documento a que nos referimos consta dos autos e é incontroverso.

E não foi sequer beliscado pela prova testemunhal produzida.

*A conclusão que temos de tirar é simples: **quando em 23.8.2013 a autora subscreveu o contrato de seguro do ramo vida, já um especialista de medicina interna lhe tinha comunicado, quase dois meses antes, no âmbito de uma consulta médica, que ela sofria da doença de behçet.***

Um último ponto importa esclarecer: no ponto nº 11 dos factos provados é feita referência à doença de “Neurobehçet”. Já na alínea d) dos factos não provados se refere a doença de “Behçet”. De acordo com o depoimento do Dr. GG, “Behçet” não é a mesma coisa que “Neurobehçet”. O diagnóstico da doença de Behçet foi feito, como vimos, em 1.7.2013, e em Setembro, tal como declarou o referido médico, foi feito outro diagnóstico ligado a esta doença, consistente em a doença ter atingido o sistema nervoso central. Como não estamos no âmbito de uma publicação científica ligada à Medicina, nem temos qualquer competência na matéria, iremos considerar que, para efeitos do que se discute nestes autos, as duas expressões se equivalem, até porque, se bem percebemos, a doença de behçet, quando atinge o sistema nervoso central, passa a ser designada de neurobehçet.

Assim, a conclusão a retirar, em termos da matéria de facto, é esta:

a) o facto provado nº 11 deve passar a ter a seguinte redacção: “em 1.7.2013 teve a autora conhecimento que padece da doença de “behçet”.

b) o facto provado nº 31 passa a ser não provado.

c) o facto não provado constante da alínea d) passa a ser o facto provado nº 32, com a redacção sugerida pela recorrente.

3. Em face da fundamentação expendida no acórdão recorrido, afigura-se que foi com base em prova testemunhal e documental que o Tribunal da Relação concluiu que a autora teve conhecimento da doença de que padece, em julho de 2013 e portanto, em data anterior à da assinatura do contrato de seguro. O acórdão recorrido interpretou e relacionou, para o efeito, os documentos de fls. 701, 739, 749 e 763, todos eles documentos ou declarações clínicas, de acordo com as quais a doença da autora terá sido diagnosticada em julho de

2013, em consulta de medicina interna com o Dr. CC, sendo desde essa data acompanhada em consulta de doença auto-imune. Ora é com base nesta prova documental e no depoimento do Dr. GG, que refere a existência destes documentos e o estado avançado da doença, que o acórdão recorrido concluiu pelo pré-conhecimento da doença quando a autora assinou o contrato de seguro de vida.

O acórdão recorrido, com base neste acervo documental concluiu, através de presunção judicial e regras de experiência (artigos 349.º e 351.º do CPC), que a data do conhecimento da doença pela autora seria 1 julho de 2013, circunstância que levou ao elenco dos factos provados sob o n.º 11.

É jurisprudência dominante no Supremo Tribunal de Justiça que as questões que se prendem com a apreciação da prova testemunhal, documental, pericial e bem assim as presunções judiciais são temas que estão sujeitas ao princípio da livre apreciação da prova, não sendo essa matéria sindicável pelo Supremo Tribunal de Justiça, enquanto tribunal de revista (cfr. neste sentido entre outros os acórdãos do Supremo Tribunal de Justiça, de 23-02-2021, Revista n.º 1206/06.4TVPR.T.P2.S1 , de 02-06-2021, Revista n.º 1281/12.2TBMCN.P2.S1, de 13-10-2020, Revista n.º 12521/14.3T8LSB.L1.S1, de 29-10-2020, Revista n.º 3214/18.3T8PNF.P1.S1).

A reapreciação pelo Supremo Tribunal de Justiça das presunções judiciais adota a vestes de apreciação de matéria de direito tão só quando se trata de apreciar da legalidade desse uso, ou seja, «(...) o STJ apenas pode fiscalizar o uso das presunções judiciais por parte do tribunal da Relação para verificar se da mesma decorre ofensa de qualquer norma legal, se padece de evidente ilogicidade ou se partiu de factos não provados» (cfr. Acórdão do Supremo Tribunal de Justiça, de 03-02-2022, Revista n.º 428/19.2T8LSB.L1.S1).

Sobre a exigência de logicidade da presunção judicial, explica-nos o citado acórdão do Supremo Tribunal de Justiça, de 03-02-2022, que «O núcleo da ilogicidade que é permitido ao STJ conhecer no âmbito das presunções judiciais é assim muito limitado, exigindo-se que da decisão de facto constem os factos instrumentais a partir dos quais o tribunal tenha extraído ilações em sede de factos essenciais, nos termos do art. 349 do CC e 607 do nº 4 do CPC, ou até algum julgamento probatório decisivo, que permitam nessa base objetiva, aferir a manifesta ilogicidade (...)».

A intervenção do Supremo Tribunal de Justiça, conforme decorre do disposto no artigo 674.º, n.º 3 do CPC, está limitada aos casos de violação do direito

probatório material ou quando o uso da presunção se reveste de manifesta ilogicidade (cfr. Luís F. Pires de Sousa, *Direito Probatório Material*, 2.^a Edição, Almedina, 2021, pp. 74 a 90; Luís F. Pires de Sousa, *Prova por Presunção no Direito Civil*, 3.^a Edição Revista e Atualizada, Almedina, 2017, pp. 183 a 196 e 201 a 210).

Conforme esclarece Luís Pires de Sousa, «O que o Supremo avalia é se existe um fundamento mínimo ou suficiente, em termos de probabilidade, para estabelecer uma relação entre os factos conhecidos (*factum probans*) e o facto desconhecido (*factum probandum*). Está em causa a apreciação da suficiência do nexó lógico utilizado e não aferir se existiam nexos lógicos alternativos a ponderar pelo Tribunal da Relação». Na mesma linha, entende Remédio Marques (“Os poderes da Relação em matéria de presunções judiciais e o controlo do STJ sobre o exercício desses poderes”, *Boletim da Faculdade de Direito*, vol. 91, 2015, pp. 55-56), que,“(…) sendo o nexó lógico um nexó racional não incompatível com as regras da experiência usadas na decisão recorrida, o Supremo não deve censurar essa utilização, conquanto não concorde com a solução plasmada na decisão recorrida em matéria de facto (…)”.

Como se afirma no Acórdão do Supremo Tribunal de Justiça de 16-10-2012 (proc. n.º 5726/03.4TBSTS.P2), «*Relativamente às ilações extraídas pelas instâncias em sede de matéria de facto com base em presunções judiciais (arts. 349.º e 351.º do CC), compete ao STJ, apenas, verificar se elas exorbitam o âmbito dos factos provados ou deturpam o sentido normal daqueles de que foram extraídas. Quando tal não suceda, o tribunal de revista deve acatar a decisão das instâncias, por esta se situar ainda no âmbito da matéria de facto, que por regra é imodificável*». Está, pois, como tem afirmado a doutrina, «(…) vedado ao Supremo afastar ou censurar ilações retiradas dos factos provados pela Relação quando, baseando-se em critérios desligados do campo do direito, estiverem logicamente fundamentadas, pois que, assim sendo, não integram mais que matéria de facto».

4. Regressando ao caso dos autos, a conclusão a que o acórdão recorrido chegou partiu da análise de prova documental (fls. 701, 739, 749 e 763) e testemunhal (Dr. GG), baseou-se em factos provados (factos provados n.º 6 e n.º 25) e mostra-se coerente o raciocínio lógico-dedutivo que determinou a prova do pré-conhecimento da doença de que a autora padecia, pelo que não merece censura pelo Supremo Tribunal de Justiça.

A fundamentação do acórdão recorrido não padece de ilogicidade, não foram violadas normas jurídicas e para alcançar a prova dos factos mencionados não foram utilizados factos não provados.

Pelo que, tem de se concluir que não se verificou qualquer violação da lei do processo, nos termos do artigo 662.º do CPC, na modificação da matéria de facto operada pelo tribunal recorrido.

5. Passando à questão substantiva, importa saber se o contrato do seguro dos autos padece de invalidade, nos termos dos artigos 24.º e 25.º do RGCS, e se a segurada, agora recorrente, prestou declarações inexatas no momento da celebração do contrato de seguro suscetíveis de interferir na avaliação do risco segurado.

O acórdão recorrido fundamentou a decisão de anulação do contrato com base no conhecimento da autora, à data da celebração do seguro de vida, da doença de que padecia. A referida doença, designada como doença de *Behçet* ou de *Neurobehçet*, não era do conhecimento da Seguradora à data da celebração do contrato, nem foi de tal informada pela segurada. Entendeu o acórdão recorrido, que a doença omitida pela autora constitui um elemento essencial suscetível de se repercutir no risco de segurar da ré, com repercussão na decisão de contratar ou não, ou no valor dos prémios a pagar. Esta omissão de informação de doença pela autora à ré, nos termos da matéria de facto provada, foi considerada dolosa pelo acórdão recorrido, que anulou o contrato de seguro de vida, nos termos dos artigos 24.º e 25.º do Regime Geral do Contrato de Seguro (RGCS).

6. O Regime Geral dos Contratos de Seguro (RGCS) consta do Decreto-Lei n.º 72/2008, de 16 de abril, que entrou em vigor em 01-09-2009, sendo aplicável ao caso dos autos, em face da data de celebração do contrato de seguro de vida - agosto de 2013.

Nos termos do n.º 1 do artigo 24.º (Declaração inicial do risco), «*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*».

Segundo o n.º 1 do artigo 25.º (Omissões ou inexatidões dolosas), *«Em caso de incumprimento doloso do dever referido no n.º 1 do artigo anterior, o contrato é anulável mediante declaração enviada pelo segurador ao tomador do seguro»*.

Resulta do n.º 1 do artigo 24.º que o RGCS acompanhou o previsto no artigo 429.º do Código Comercial, seja na exigência de que a declaração se reporte apenas a factos que os obrigados conheçam, e devam ter como relevantes para a apreciação do risco pelo segurador, seja na manutenção do sistema de declaração espontânea do tomador, em detrimento do sistema de resposta a questionário apresentado pelo segurador (cfr. Arnaldo Costa Oliveira, *in Lei do Contrato de Seguro Anotada*, “Anotação ao artigo 24.º”, Almedina, Coimbra, 2020, p. 142).

Como se afirma no acórdão do Supremo Tribunal de Justiça, de 30-11-2022, *«II - A importância da declaração inicial do risco no âmbito do contrato de seguro assume sentido atento o seu desígnio (que é o de transferir determinado sinistro para a seguradora mediante uma contrapartida) e consubstancia a relevância do princípio da boa-fé na fase pré-contratual, que impõe ao tomador do seguro ou ao segurado a obrigação de declarar com exactidão todas as circunstâncias que conheça e razoavelmente deva ter por significativas para a apreciação do risco pelo segurador, e à entidade seguradora, o dever de conduzir todo o processo negocial com lisura procedimental, em nome da tutela da confiança da contraparte (reflectida, quer na elaboração e teor do questionário, quer no esclarecimento do tomador ou segurado acerca da relevância do dever de informação exacta que sobre o mesmo impende)*.

O segurado tem, pois, o ónus de revelar completamente e com verdade o risco a segurar, a fim de que a seguradora possa determinar o âmbito e as condições de cobertura, ou os termos da contrapartida, isto é, avaliar o risco em jogo, bem como a probabilidade de o sinistro ocorrer durante a vigência do contrato (Acórdão do Supremo Tribunal de Justiça, de 08-03-2022, processo n.º 656/20.8T8PRTL1.S1).

As declarações inexatas ou omissões passíveis de determinar a anulabilidade do contrato, nos termos do artigo 25.º do RJCS, terão de ser essenciais na contratação do seguro, ou seja, determinantes da vontade (viciada) de contratar o respetivo negócio, essencialidade que deverá ser alegada e demonstrada pela seguradora (Acórdão do Supremo Tribunal de Justiça, de 30-11-2022).

7. Segundo a matéria de facto, em 1 de julho de 2013 teve a autora conhecimento que padece da doença de “behçet” (fato provado n.º 11). O contrato de seguro do ramo vida foi celebrado em 23.08.2013 (factos provados n.ºs 6 e 25).

Nos termos do facto 28º «A autora assinou o acordo mencionado em 6, onde consta que declara, “...estar de boa saúde, não sofrer de qualquer doença de qualquer etiologia (cardíaca, pulmonar, tumoral, imunológica, renal, obesidade, circulatória, hepática ou qualquer outra), não ter sido submetido nem estar a aguardar a realização de cirurgia, não ter efectuado consulta médica não de rotina nem ter sido sujeito a qualquer internamento hospitalar, não existir qualquer restrição à minha capacidade de trabalhar, não ter existido qualquer interrupção na minha actividade profissional nos últimos 6 meses, não ter sofrido qualquer acidente. Nos termos do facto provado 29º «A autora assinou o acordo mencionado em 6, onde consta que declara, “...não ter omitido nada em relação ao eu estado de saúde. Estou ciente de que, caso haja , deverei obter o questionário clínico previsto para tal, preenchê-lo e devolvê-lo à Seguradora. Estou ciente, também, de que qualquer falsa declaração ou omissão da minha parte relativa ao Termo de Responsabilidade terá como consequência a nulidade do contrato de seguro, conforme determina a lei. Declaro ter conhecimento de que a Santander Totta Seguros não garante o pagamento das importâncias seguras caso o sinistro seja devido a situações pré-existentes à data da celebração do contrato de seguro”.

Nos termos do facto provado n.º 30, «**À data da subscrição da apólice de seguro a autora tinha conhecimento de que não poderia omitir à Seguradora qualquer situação relacionada com o seu estado de saúde**». Para o facto provado 31º «**A Ré Seguradora aceitou a adesão ao seguro celebrado com a autora, desconhecendo que esta eventualmente padecia da referida doença**» e 32.º «**A doença que causou a invalidez da autora foi-lhe diagnosticada em julho de 2013, antes da subscrição do acordo referido em 6**».

8. Os factos indicam, de forma inequívoca, que a autora celebrou o contrato de seguro (“Contrato de Seguro Ramo Vida”, capaz de cobrir situações de Morte ou Invalidez), sabendo que era portadora de uma doença grave, que poderia levar à sua invalidez absoluta, e a Seguradora celebrou o contrato,

desconhecendo tal facto.

Impõe-se que o tomador do seguro informe a seguradora de todos os elementos necessários, para que esta possa avaliar o risco, decidir sobre a sua aceitação e em que condições, a fim de estabelecer o respetivo prémio de seguro.

Sobre a seguradora recai o ónus da prova da essencialidade das declarações na formação da vontade negocial, isto é, tem de ficar demonstrado que a inexatidão incide sobre um elemento suscetível de influir na aceitação do contrato de seguro proposto à Seguradora ou nas respetivas condições.

No caso destes autos não se levantou nenhuma dúvida, como afirmou o acórdão recorrido, sobre a essencialidade da informação que foi omitida pela autora à seguradora.

A doença de *Behçet* é uma doença progressiva e incapacitante, e, como atestam os factos provados n.ºs 12.º a 20.º, desde essa data evoluiu de forma galopante, atingindo gravemente o seu Sistema Nervoso Central, passando a autora a estar limitada nas suas funções cognitivas e psicomotoras, mormente, nas atividades intelectivas, mnésica, de atenção e do senso crítico, tendo a autora passado a depender fortemente de terceiros na sua conduta diária, ficando incapaz de gerir autonomamente o seu lar, os assuntos pessoais e familiares, incapaz de trabalhar ou exercer qualquer atividade profissional, tendo-lhe sido atribuída por uma Junta Médica, uma incapacidade permanente global, e definitiva, de 79 %.

Nos termos da matéria de facto provada, que este Supremo não pode alterar, quando a autora subscreveu o contrato de seguro já sabia que sofria desta doença e conhecia o respetivo diagnóstico médico.

Apesar disso, assinou o acordo, onde consta que declara estar de boa saúde e não sofrer de qualquer doença de qualquer etiologia.

Ainda que tenha sido o funcionário da seguradora a preencher o formulário (facto provado n.º 7) - o que indica menor cuidado do representante da seguradora no processo de declaração do risco - ao dar-se como provado que a autora sabia do diagnóstico da doença de que padecia e tinha consciência do seu ónus de declarar o seu estado de saúde à seguradora (nos termos do facto provado n.º 30, sabia que não podia omitir tal doença à seguradora), tem de se concluir, como fez o acórdão recorrido, que a omissão foi deliberada e não meramente negligente, ou seja, houve dolo para o efeito do regime dos

artigos 24.º, n.º 1 e 25.º, n.º 1, do RJCS.

Em consequência, a Ré Seguradora aceitou a adesão ao seguro celebrado com a autora, desconhecendo que esta padecia da referida doença progressiva e incapacitante. Dadas as características da doença omitida, tem que se dar por certo, como entendeu o acórdão recorrido, que se a ré soubesse da doença de que a autora era portadora não teria celebrado o contrato ou, pelo menos, não o teria celebrado naquelas condições.

O remédio jurídico que a lei prevê para estas situações, como vimos, é a anulabilidade do contrato.

Tendo sido a anulabilidade invocada pela Seguradora na sua contestação, nada mais resta a este Supremo Tribunal de Justiça senão confirmar o acórdão recorrido e decretar a anulação do negócio com efeitos retroativos, nos termos do artigo 289º, n.º 1, do Código Civil, devendo ser restituído tudo o que tiver sido prestado ou, se a restituição em espécie não for possível, o valor correspondente.

9. Em consequência, improcede o recurso de revista da autora.

10. Anexa-se sumário elaborado de acordo com o n.º 7 do artigo 663.º do CPC:

1. Feita a prova que à data em que subscreveu a proposta do contrato de seguro do ramo vida (a acionar em caso de morte ou invalidez - incapacidade superior a 66%), a autora sabia que lhe tinha sido diagnosticada doença grave, progressiva e incapacitante (doença de *Behçet* ou de *Neurobehçet*), capaz de pôr em risco a sua vida e/ou determinar-lhe incapacidade total, e omitiu deliberadamente informação de tal doença à seguradora, o contrato de seguro é anulável, nos termos dos artigos 24.º, n.º 1 e 25.º, n.º 1, do RJCS.

2. A omissão verificada foi essencial na contratação do seguro, isto é, determinante da vontade (viciada) da seguradora celebrar o respetivo negócio.

III - Decisão

Pelo exposto, nega-se a revista e confirma-se o acórdão recorrido.

Custas pela recorrente.

Lisboa, 20 de dezembro de 2022

Maria Clara Sottomayor (Relatora)

Pedro de Lima Gonçalves (1.º Adjunto)

Maria João Vaz Tomé (2.ª Adjunta)