

Tribunal da Relação de Lisboa
Processo nº 260/24.1T8MTJ.L1-2

Relator: JOÃO SEVERINO

Sessão: 05 Fevereiro 2026

Número: RL

Votação: UNANIMIDADE

Meio Processual: APELAÇÃO

Decisão: IMPROCEDENTE

CONTRATO DE SEGURO

DEVER DE INFORMAÇÃO

ERRO

DOLO

ÓNUS DE PROVA

Sumário

Sumário (art.º 663.º n.º 7 do C. P. Civil):

I – No âmbito de um contrato de seguro o tomador de seguro ou o segurado (à semelhança do que ocorre com o segurador) está sujeito ao princípio da boa-fé na fase pré-contratual, o qual se reconduz na obrigação de aqueles declararem com exatidão todas as circunstâncias que conheçam e razoavelmente devam ter por significativas para a apreciação do risco pelo segurador.

II – O incumprimento do apontado dever de informação pode acarretar a anulação do contrato de seguro, ou a alteração deste (proposta pelo segurador) ou a respetiva cessação, conforme o tomador de seguro ou o segurado hajam atuado de forma omissiva com dolo ou com negligência, respetivamente.

III – Aquele dolo não depende de uma qualquer intenção de prejudicar o segurador ou de obter reflexamente uma vantagem, bastando a intenção ou a consciência de que se está a prestar informação falsa ou a omitir informação relevante e de que, com essa atuação, se está a induzir em erro o declarante.

IV – A anulação de um contrato de seguro por atuação dolosa do tomador do seguro ou do segurado depende também do preenchimento dos seguintes requisitos a que alude o art.º 254.º n.º 1 do Código Civil: o nexo de causalidade entre o dolo e o erro e a essencialidade do erro para a celebração do contrato.

V – A prova do comportamento doloso do tomador do seguro ou do segurado, do nexo de causalidade entre o dolo e o erro e da essencialidade deste para a

celebração do contrato de seguro recai sobre o segurador, enquanto facto impeditivo do direito invocado.

VI – Provando-se que o segurador, não obstante o comportamento dolosamente omissivo do tomador do seguro ou do segurado, poderia ter na mesma celebrado o contrato de seguro, mas em condições diversas, significa que o erro, para si, não é essencial à contratação, pelo que não pode obter a anulação contratual.

Texto Integral

Acordam no Tribunal da Relação de Lisboa,

I. Relatório:

AA, com o N.I.F., propôs contra Ocidental – Companhia de Seguros de Vida, S.A., com o N.I.F. 501 836 926, ação declarativa com a forma de processo comum, pedindo a condenação da R. a pagar-lhe a quantia de € 42 381,18, por morte e devido a ter celebrado com a R. um seguro de vida de crédito à habitação, quantia essa acrescida de juros de mora à taxa legal, a contar desde a citação, até integral pagamento.

Para tanto, alegou, em síntese, o seguinte: no dia 28 de agosto de 2023 faleceu o marido da A. Estes haviam celebrado, em 26 de julho de 2005, uma escritura pública pela qual adquiriram uma fração autónoma, tendo para o efeito recorrido a crédito bancário. No dia 19 de janeiro de 2011 aderiram a um seguro de vida agregado ao crédito à habitação, sendo o tomador de seguro o marido da A. e esta a respetiva beneficiária. Aquando da resposta ao questionário da R. com vista à outorga do referido contrato de seguro, o marido da A. e esta não sabiam que o primeiro padecia de diabetes. De qualquer forma, esta doença não foi a causa de morte daquele.

*

A R. contestou, para o que alegou, sinteticamente, o que segue: a proposta de seguro e o questionário clínico foram assinados em 18 de novembro de 2011, tendo o marido da A. respondido negativamente a todas as questões daquele questionário. Tais respostas não correspondem à realidade, porquanto o marido da A. já era acompanhado clinicamente e tomava, de forma regular, medicação para a diabetes e para a hipertensão. Estes factos omitidos eram essenciais para a aceitação da adesão aos seguros por parte da R., ou, no mínimo, teriam importância decisiva nas condições de aceitação.

*

Em 2 de junho de 2025 foi proferida sentença que julgou a ação procedente, condenando: a R. a assumir a responsabilidade que lhe foi transferida por

contrato de seguro celebrado com BB, através do acionamento da cobertura referente à Apólice de Seguro (Apólice Vida) n.º ...190; a pagar ao Banco Comercial Português, S.A. (Entidade: 11642408) o capital em dívida à data do sinistro por conta dos contratos de crédito contraídos por BB associados à referida apólice, dentro dos limites contratualmente estipulados.

*

Inconformada com aquela sentença, a R. veio apresentar recurso, formulando as seguintes conclusões, que aqui se transcrevem (tendo-se expurgado os sublinhados):

«1. Foram considerados provados (com especial relevância) os seguintes factos:

20. BB, pelo menos, a partir de 18.10.2009, era acompanhado clinicamente e, inclusivamente, tomava, de forma regular, além do mais, medicação oral para diabetes ligeira e hipertensão.

21. BB tinha conhecimento das patologias de que padecia, nomeadamente diabetes ligeira e hipertensão.

22. BB, aquando da adesão ao contrato de seguro, tinha conhecimento de que não poderia omitir à Seguradora qualquer situação relacionada com o seu estado de saúde.

23. BB, aquando da adesão ao contrato de seguro, tendo conhecimento de que padecia de diabetes e outras patologias, omitiu-as, de forma consciente no questionário médico que, posteriormente, assinou.

25. SE A RÉ TIVESSE CONHECIMENTO DA EXISTÊNCIA DO HISTORIAL CLÍNICO DE BB NÃO TERIA CELEBRADO OS CONTRATOS DE SEGURO AQUI EM CAUSA, OU, A TÊ-LOS CELEBRADO, TERIA FEITO EM CONDIÇÕES DISTINTAS, NOMEADAMENTE COM EXCLUSÃO DA COBERTURA DE INVALIDEZ.

26. Tal omissão não permitiu à ré uma correta análise e avaliação do risco.

2. A Recorrente considera incorretamente julgado o PONTO 25 DOS FACTOS PROVADOS, na parte em que se refere: “OU, A TÊ-LOS CELEBRADO, TERIA FEITO EM CONDIÇÕES DISTINTAS, NOMEADAMENTE COM EXCLUSÃO DA COBERTURA DE INVALIDEZ”, na medida em que, da prova testemunhal produzida em sede de Audiência de Discussão e Julgamento, e ainda dos documentos juntos aos autos, não é possível, salvo o devido respeito, concluir pelo entendimento acolhido pelo douto Tribunal *a quo*.

3. Face a toda a prova produzida nos autos, designadamente, a prova testemunhal produzida em sede de Audiência de Discussão e Julgamento, entende a ora Recorrente que o ponto 25 da matéria dada como provada foi incorretamente apreciado, tendo conduzido, de per si, a uma decisão injusta e incoerente com toda a factualidade efetivamente apurada nos autos.

4. E é precisamente neste ponto que o Tribunal a quo andou mal, quando fez tábua rasa dos depoimentos das testemunhas, CC (sessão de 04.04.2025 | min. 08:10 - 10:16 e min. 10:30 - 15:45) e DD (sessão de 04.04.2025 | min 10:27 - 12:59) – os quais confirmaram de forma absolutamente cristalina que, caso o segurado tivesse respondido com verdade ao questionário clínico disponibilizado aquando da contratação do seguro de vida (e com base no qual é avaliado o risco), a Companhia NÃO ACEITARIA A SUBSCRIÇÃO DO SEGURO.

5. Ademais, o próprio Tribunal a quo refere, na sentença proferida, o seguinte (com destaque nosso): E, assim sendo, de acordo com as regras da experiência comum e colocando-nos na posição de qualquer pessoa que tenha que aderir a um seguro do ramo vida, é indubitável que, de forma voluntária e consciente, o segurado propositadamente omitiu que padecia de diabetes e, aquando do preenchimento do questionário médico, omitiu que tomava medicação para o efeito.

6. No entanto, e apesar do teor dos depoimentos acima transcritos, o Tribunal a quo, incompreensivelmente, entende que (com destaque nosso): No que tange aos factos provados sob os números 25 e 26, tendo em consideração os riscos cobertos, estamos perante factos notórios, uma vez que é normal que, no caso de a ré ter conhecimento do estado de saúde do segurado, não aceitasse a sua proposta ou celebrasse o contrato, mediante o pagamento de um prémio de seguro mais elevado ou sem a cobertura de invalidez.

7. Perguntamos: Como é que o Tribunal a quo pode considerar que, no caso concreto, a Seguradora Recorrente celebraria o contrato mediante o pagamento de um prémio de seguro mais elevado ou sem a cobertura de invalidez, quando resultou absolutamente claro dos depoimentos acima transcritos, que com o conhecimento dos dados médicos dolosamente omitidos pelo segurado aquando do preenchimento do questionário clínico, e, portanto, face à associação dos vários fatores de risco cardiovasculares, a Companhia NÃO ACEITARIA A CONTRATAÇÃO DO SEGURO?

8. Foi, precisamente, com base nesta premissa de “a Companhia, ou não aceitava o seguro, ou o aceitava com outras condições”, que o Tribunal a quo decidiu condenar a aqui Recorrente – decisão com a qual, naturalmente, não nos podemos conformar.

9. Assim, e face ao teor dos depoimentos transcritos supra, deverá o ponto 25 dos factos provados ser alterado, passando a constar do mesmo, o seguinte: “SE A RÉ TIVESSE CONHECIMENTO DA EXISTÊNCIA DO HISTORIAL CLÍNICO DE BB, NÃO TERIA CELEBRADO O CONTRATO DE SEGURO AQUI EM CAUSA.”

Ademais,

10. Na fundamentação de Direito, o Tribunal *a quo* considerou o seguinte (com destaque nosso): Atento o seu escopo, a fase pré-contratual, com especial relevância no âmbito do contrato de seguro, ramo vida ou saúde, reveste-se de acentuada relevância, exigindo-se do segurado que aja de boa fé, vinculando-se a deveres de lealdade, de esclarecimento e de informação, cujo cumprimento é essencial para o correto desenvolvimento da relação jurídica. (...) Tal fase pré-contratual, no âmbito do contrato de seguro, é de tal modo importante, que o legislador, não se bastou com o regime geral da responsabilidade pré-contratual previsto no art. 227.º do CC e cuidou de estabelecer um regime próprio mais exigente nos art. 24.º e 25.º do RJCS.

11. Considerou, ainda, o Tribunal *a quo*, o seguinte: Resulta, assim, destes preceitos, de forma pormenorizada o regime jurídico estabelecido para a declaração inicial de risco prévia à celebração do contrato e que, como é óbvio, é essencial para que a seguradora avalie em que termos irá assumir o respetivo risco. É de tal modo relevante que, no caso de o segurado, voluntariamente, facultar informações falsas ou omitir informações que conheça e razoavelmente deva ter por significativas para a apreciação do risco pelo segurador, corre o risco de ver o contrato anulado com fundamento em incumprimento doloso.

12. No entanto, o Tribunal *a quo* desvalorizou, totalmente, a prova produzida em sede de Audiência de Discussão e Julgamento, designadamente, os depoimentos transcritos supra, quando conclui o seguinte: Ter-se-á, porém, que verificar uma situação de erro na formação da vontade, ou erro vício qualificado subsumível no dolo previsto no art. 253.º do CC, cujo n.º 1 estatui que entende-se por dolo qualquer sugestão ou artifício que alguém empregue com a intenção ou consciência de induzir ou manter em erro o autor da declaração, bem como a dissimulação, pelo declaratório ou terceiro, do erro do declarante. Ocorre, pois, a dupla causalidade exigida para a verificação do dolo, ou seja, o dolo ou intenção de enganar o declarante provocou-lhe o erro que, por sua vez, foi causa do de ter contratado nos termos em que o contrato se concretizou. A ré (...) alegou que a sua responsabilidade, nos termos do disposto nos citados arts. 24.º e 25.º do RJCS, se mostra excluída, por o segurado, de forma intencional, lhe ter ocultado que padecia de diabetes e de outras patologias que tratava com mediação oral. A este propósito, é de realçar que, de harmonia com as regras de repartição do ónus da prova previstas no art. 342.º, n.º 1 e 2, do CC, à autora cabia provar o contrato celebrado, o risco coberto, o sinistro, o beneficiário do seguro e a sua qualidade de herdeiro e à ré a prova dos factos excludentes da sua responsabilidade. É incontroverso, até pelo facto de, como se referiu, resultar da posição assumida pelas partes nos respetivos articulados, que a autora

logrou demonstrar os factos constitutivos do seu direito. Sucede, contudo, que tendo a ré invocado que o segurado omitiu voluntariamente informação essencial relativa ao seu estado de saúde, que era determinante para a avaliação do risco de contratar, pelas razões supra aduzidas, TAMBÉM LOGROU DEMONSTRAR TAL FACTUALIDADE. Com efeito, tendo-se provado o questionário médico que se reproduziu no ponto 10 dos factos provados, ao qual o segurado respondeu negativamente a todas as questões sobre o seu estado de saúde, e o teor dos relatórios médicos reproduzidos no ponto 16 dos factos provados, de cujo teor se consegue extrair que o segurado sabia que padecia de diabetes que controlava, através da realização de exames e de consultas médicas para o efeito, É INDUBITÁVEL QUE O MESMO OMITIU DE FORMA VOLUNTÁRIA O SEU ESTADO DE SAÚDE, POR FORMA A INFLUENCIAR A FORMAÇÃO DA VONTADE DA RÉ QUE, CONVENCIDA QUE O SEGURADO GOZAVA DE BOM ESTADO DE SAÚDE, CELEBROU O CONTRATO COM ASSENTE EM PRESSUPOSTOS ERRADOS. Todavia, como passaremos a demonstrar, PESE EMBORA O SEGURADO, AO OMITIR A PREEXISTÊNCIA DE DOENÇA DE QUE PADECIA, TENHA ADOTADO UMA CONDUTA DOLOSA, de harmonia com a factualidade provada, não se verificam os pressupostos necessários à declaração de anulabilidade do contrato de seguro. Com efeito, conforme resulta do facto provado sob o número 25, se a ré tivesse conhecimento da existência do historial clínico de BB não teria celebrado os contratos de seguro aqui em causa, OU, A TÊ-LOS CELEBRADO, TERIA FEITO EM CONDIÇÕES DISTINTAS, nomeadamente com exclusão da cobertura de invalidez, o que significa que a omissão de declaração de doença preexistente poderia não conduzir à declaração de anulabilidade, mas tão somente ao agravamento do prémio de seguro ou exclusão da cobertura de invalidez, que pressupõe a validade do contrato.

13. Mais considerou o Tribunal a quo que: a referida alternatividade alegada e provada pela autora afasta, desde logo, a essencialidade do erro determinante da declaração de anulabilidade. Na verdade, para que o erro fosse essencial à declaração de anulabilidade, a ré teria que alegar e provar que, no caso de ter sabido do historial clínico do segurado, não celebraria o contrato. Não tendo, então, a ré demonstrado a referida essencialidade do erro, a exceção de invalidez do contrato por si arguida não poderá deixar de improceder.

14. Ora, a Recorrente alegou (em sede de contestação) que, desde logo e em primeira instância, as falsas declarações prestadas no âmbito do contrato de seguro, por parte do segurado, determinam a sua anulabilidade. Pelo que, se tivesse tido conhecimento da existência do historial clínico omitido pelo segurado, NÃO TERIA CELEBRADO O CONTRATO DE SEGURO AQUI EM CAUSA. No entanto, e caso tal facto não resultasse provado, sempre haveria

de se considerar uma alteração das condições contratuais – o que, naturalmente, apenas poderia ser aferido após a cuidada análise dos relatórios médicos e elementos clínicos que chegaram ao conhecimento da Recorrente, apenas, após a participação do sinistro.

15. No entanto, o que RESULTOU PROVADO foi que, perante a análise realizada pelos serviços clínicos da Recorrente – agora na posse de toda a documentação clínica do segurado e da sua omitida condição de saúde – A COMPANHIA NÃO TERIA CELEBRADO O SEGURO DE VIDA em causa.

16. E essa prova foi produzida, quer pelo médico que presta serviços para a Recorrente, quer pela gestão da própria Companhia, a qual afirmou que, perante o parecer médico e as informações prestadas pelo departamento clínico de não assunção do risco, NÃO TERIA SIDO CELEBRADO O SEGURO.

17. Ora, se foi esta a prova produzida, não alcançamos onde está a “alternatividade alegada e provada”, pese embora tal alternatividade – ainda que se verificasse – não bastaria para afastar a anulabilidade do contrato em caso de omissão dolosa – a qual se provou!

18. Ademais, nenhuma testemunha afirmou que, não fossem os dados clínicos omitidos, a Recorrente teria aceitado o seguro, embora com outras condições. Não conseguimos compreender, por isso, como pode o Tribunal *a quo* dar como provado tal facto, porquanto, o que as referidas testemunhas afirmaram – isso sim – foi que, caso a Companhia, aqui Recorrente, tivesse tido conhecimento dos dados clínicos dolosamente omitidos pelo segurado à data da subscrição do seguro, NÃO O TERIA CELEBRADO. Por outro lado, sempre se diga que o artigo 25.º, n.º 1 do RJCS prevê, expressamente (sem necessidade de verificação de quaisquer outros pressupostos) que, EM CASO DE INCUMPRIMENTO DOLOSO, O CONTRATO É ANULÁVEL.

19. A este respeito, veja-se os seguintes acórdãos: Ac. do STJ de 29.06.2017, Ac. do STJ, de 08.11.2018, Ac. do TRC, de 23.04.2024, Ac. do TRG, de 02.11.2017.

20. Por outro lado, conforme resulta das condições gerais do contrato, este é celebrado com base nas declarações de cada Pessoa Segura no Boletim de Adesão, sendo que este contrato de seguro se encontra assente na premissa errada de que o estado de saúde geral do segurado era bom.

21. A ora Recorrente limitou-se a aceitar as declarações do seu segurado que, inclusivamente, declarou ter respondido com veracidade, exatidão e sem omissão às perguntas relativas ao seu estado de saúde.

22. De todo o conspecto factual provado resulta uma tríplice conclusiva: a) o segurado omitiu dolosamente o seu quadro de saúde no questionário clínico; b) as patologias de que padecia, tratamentos/medicação prescrita, eram do seu conhecimento; c) tal omissão influiu negativamente na análise do risco e

na consequente decisão de contratar, por parte da aqui Recorrente.

23. Assim, em primeiro lugar, o Tribunal *a quo* dá como provada (e bem) a existência de omissão dolosa por parte do segurado, porquanto este omitiu, de forma voluntária, o seu estado de saúde, de maneira a influenciar a formação da vontade da Recorrente que, convencida que aquele gozava de bom estado de saúde, celebrou o contrato assente em pressupostos errados.

24. Por outro lado – conforme resulta do teor dos depoimentos das testemunhas, CC e DD – caso o segurado tivesse declarado a sua real situação de saúde aquando do preenchimento do questionário clínico e, bem assim, remetido ao departamento médico da Companhia o historial clínico existente até ao momento da contratação (circunstância da qual a aqui Recorrente apenas tomou conhecimento após a participação do sinistro), NÃO TERIA SIDO CONTRATADO O OV 94.2024 33 SEGURO DE VIDA EM CAUSA, devido à associação dos vários fatores de risco cardiovasculares existentes. Isto é, resultou plenamente provado que, neste caso específico e com os dados a que o departamento médico da Recorrente teve acesso, apenas, após a participação do sinistro, A APÓLICE NÃO SERIA ACEITE POR ESTA SEGURADORA.

25. O mesmo é dizer que jamais resultou provado que, conhecidas as patologias pré-existentes, a Recorrente aceitaria a contratação do seguro de vida, no entanto, com outras condições – não existe, por isso, nenhuma “alternatividade”.

26. Acresce que, independentemente de tudo o que as partes alegam, o Tribunal *a quo* deve decidir com fundamento na prova efectivamente produzida.

27. Por outro lado, ainda, verificada uma omissão dolosa praticada pelo segurado, a qual viciou a vontade de contratar da aqui Recorrente (perturbando a sua avaliação sobre a dimensão/intensidade do risco), justifica-se a anulação do contrato de seguro ao abrigo do disposto no art. 25.º do RJCS, preceito que contempla, na sua conjugação com o art. 253.º, n.º 1, do CCiv., tanto a intenção, como a consciência de induzir ou manter em erro a contraparte.

28. Pelo que, tendo a aqui Recorrente provado a omissão dolosa do segurado e a não celebração do contrato de seguro de vida, caso tivesse tido conhecimento da situação clínica omitida, outra conclusão não se poderá retirar que não a de que O CONTRATO DE SEGURO É ANULÁVEL, retroagindo a sua não produção de efeitos à data da contratação

29. Neste conspecto, e salvo o devido respeito, ao decidir do modo como decidiu, violou o Tribunal *a quo* as normas legais previstas nos arts. 227.º, 247.º, 251.º, 253.º, n.º 1, 254.º, 342.ºs 1 e 2 e 762.º, n.º 2, todos do CCiv. e

arts. 24.º e 25.º do RJCS.».

*

Não foram apresentadas contra-alegações.

*

O recurso foi devidamente admitido.

*

Recebida a apelação e colhidos os vistos legais, cumpre apreciar e decidir.

II. Do objeto do recurso:

O âmbito do recurso, sempre ressalvadas as questões de conhecimento oficioso, encontra-se delimitado pelas conclusões que nele foram apresentadas e que atrás se transcreveram (art.ºs 635.º n.º 4 e 639.º n.º 1, ambos do C. P. Civil).

*

As questões a decidir consistem em: apurar da eventual modificação do facto provado com o n.º 25, atenta a prova que foi produzida; determinar se existe fundamento legal para confirmar a declaração de anulação, efetuada pela Recorrente, em relação ao contrato de seguro que firmou com o marido da Recorrida; em caso positivo, verificar da (im)procedência do pedido subsidiário.

*

III. Fundamentação:

De facto:

A) O tribunal *a quo* deu como provados os seguintes factos:

1. A A. é viúva de BB (BB).

2. BB, motorista internacional de veículos pesados, em 25 de agosto de 2023 deu entrada no Hospital de ... e, em 28 de agosto de 2023, faleceu devido a bactéria de eventual origem hospitalar, que se alojou no seu organismo e lhe causou uma septicemia.

3. Sob a epígrafe Causa da Morte, resulta do teor do certificado de óbito de BB o seguinte:

Parte I a) multiorgânica

b) choque séptico

c) bacteriemia

Parte II Hepatite B, infeção urinária, prótese valvular aórtica, diabetes mellitus.

4. Em 26 de julho de 2005, a A. e BB adquiriram a fração autónoma designada pela letra “B”, correspondente ao primeiro piso direito, para habitação, do prédio urbano sito na Rua ..., n.º ..., da freguesia e concelho do Montijo, descrito na Conservatória do Registo Predial do Montijo sob a ficha n.º ... e

inscrita na matriz sob o art.º n.º ..., da mesma freguesia, pelo valor de € 70 000.

5. A referida fração autónoma foi adquirida com recurso a crédito bancário junto do Banco de Investimento Imobiliário, S.A. (incorporado no Banco Comercial Português, S.A. em 2019), com o qual a A. e BB, na mesma data, celebraram um contrato de mútuo com hipoteca, tendo os mutuários assumido a obrigação de contratar o seguro de vida cujas condições, constantes da respetiva apólice, serão indicadas pelo Banco, a pagar atempadamente os respetivos prémios, a fazer inserir na respetiva apólice que o Banco é credor hipotecário e que, em consequência, as indemnizações que sejam devidas em caso de sinistro reverterão para o Banco.

6. O Banco obrigou-se a emprestar à A. e a BB o valor de € 70 000, mediante a obrigação de restituição do capital acrescido de juros e demais encargos em trezentas e sessenta e duas prestações, cujo capital em dívida, à data do óbito de BB, era de € 34 460,50.

7. Além do referido crédito à habitação, a A. e BB, junto do mesmo Banco, contraíram um crédito multiopções, no valor de € 15 500, mediante a obrigação de restituição do capital acrescido de juros e demais encargos, cujo capital em dívida, à data do óbito de BB, era de € 7 920,68.

8. No âmbito do referido contrato de crédito, em cumprimento da obrigação de contratar o seguro de vida, com vista a continuarem a garantir o bom cumprimento das obrigações assumidas perante o Banco mutuante, a A. e BB, através de proposta datada de 18 de janeiro de 2011, aderiram a dois contratos de seguro de vida - Crédito à Habitação celebrados com a R. titulados pela apólice n.º GR...190 e certificados RK...023 e RK...024, que tinham como coberturas contratadas a Morte e Invalidez Total e Permanente, que aqui se dão por integralmente reproduzidos.

9. Da referida proposta consta um Questionário Médico Genérico que ora se reproduz e ao qual BB respondeu negativamente a todas as questões:

10. Consta igualmente da referida proposta o seguinte teor:

11. Aquando do preenchimento da referida proposta, foi exigido aos aderentes a medição da tensão arterial e colocação dos respetivos valores no questionário supra reproduzido.

12. Do art.º 6.º, n.º 1 alínea a) das Condições Gerais das apólices consta o seguinte teor: *não se consideram cobertos pelo contrato os riscos resultantes de doença pré-existente, considerando-se como tal, toda a alteração involuntária do estado de saúde da Pessoa Segura, não causada por acidente e susceptível de constatação médica objectiva, e que tenha sido objecto de um*

diagnóstico ou que com suficiente grau de evidência se tenha revelado, em data anterior à da celebração do presente contrato, salvo o caso em que tenha havido comunicação formal ao Segurador, e aceitação por parte deste, mediante as condições que para o efeito tenham sido estabelecidas.

13. BB, em 17 de maio de 2021, foi submetido a implantação da prótese aórtica biológica.

14. Na sequência do óbito de BB, a R., em 20 de setembro de 2023, recebeu uma participação de sinistro por óbito do tomador de seguro/pessoa segura.

15. Por carta datada de 9 de outubro 2023 a R. solicitou aos seus herdeiros documentação clínica para análise do processo e eventual enquadramento, ou não, do sinistro participado nas coberturas da apólice, nomeadamente: Relatório do Médico Assistente onde conste a cronologia de todos os antecedentes clínicos, com datas de diagnóstico, datas de início dos tratamentos e respetiva evolução clínica, nomeadamente Diabetes.

16. Nessa sequência, a A. enviou à R. Registo Clínico da Consulta com os seguintes registos:

17. Tendo tomado conhecimento do referido Registo Clínico da Consulta, a R., com data de 22 de dezembro de 2023, enviou a seguinte carta à A.:

18. Nesse seguimento a A., por carta datada de 5 de janeiro de 2024, pediu esclarecimentos à R. que, por carta datada de 24 de janeiro de 2024, lhe respondeu o seguinte:

19. Tendo a R., com fundamento nas causas invocadas nas cartas supra reproduzidas, declinado a sua responsabilidade pelo sinistro, retirou, de imediato, o falecido dos contratos em causa, mantendo, somente, a A. como pessoa segura.

20. BB, pelo menos a partir de 18 de outubro de 2009, era acompanhado clinicamente e, inclusivamente, tomava, de forma regular, além do mais, medicação oral para diabetes ligeira e hipertensão.

21. BB tinha conhecimento das patologias de que padecia, nomeadamente diabetes ligeira e hipertensão.

22. BB, aquando da adesão ao contrato de seguro, tinha conhecimento de que não poderia omitir à Seguradora qualquer situação relacionada com o seu estado de saúde.

23. BB, aquando da adesão ao contrato de seguro, tendo conhecimento de que padecia de diabetes e outras patologias, omitiu-as de forma consciente no questionário médico que, posteriormente, assinou.

24. BB, a partir de 2014/2015, tornou-se insulino-dependente.

25. Se a R. tivesse conhecimento da existência do historial clínico de BB não teria celebrado os contratos de seguro aqui em causa, ou, a tê-los celebrado, teria feito em condições distintas, nomeadamente com exclusão da cobertura de invalidez.

26. Tal omissão não permitiu à R. uma correta análise e avaliação do risco.

*

B) O tribunal *a quo* considerou como não provada a seguinte facticidade:

a) (...) a ora A. e o ex-marido quando aderiram ao seguro de vida, não sabiam ou desconheciam que o falecido marido tinha Diabetes, e por isso fizeram o seguro de vida (artº 12º - petição inicial);

b) tinha a A., e o falecido marido, total conhecimento das condições dos contratos, as quais para além de lhes terem sido devidamente explicadas, A. e marido assinaram, dando assim o seu aval e conhecimento às mesmas (4., 9. e 17.- Contestação);

c) As patologias de que BB padecia contribuíram para a sua morte.

*

De Direito:

Da impugnação da matéria de facto:

Tendo sido proferida sentença favorável às pretensões da Recorrida, a Recorrente veio apresentar o presente recurso, impugnando, desde logo, a matéria factual tida por provada.

Na verdade e alicerçada nos documentos juntos com a contestação e nos depoimentos das testemunhas CC e DD, considera a Impugnante que a segunda parte do n.º 25 dos factos provados, em que refere “ou, a tê-los celebrado, teria feito em condições distintas, nomeadamente com exclusão da cobertura de invalidez”, deveria ter sido considerada como não assente.

Em termos de fundamentação daquela matéria factual, o tribunal recorrido escreveu o seguinte: “no que tange aos factos provados sob os números 25 e 26, tendo em consideração os riscos cobertos, estamos perante factos notórios, uma vez que é normal que, no caso de a ré ter conhecimento do estado de saúde do segurado, não aceitasse a sua proposta ou celebrasse o contrato, mediante o pagamento de um prémio de seguro mais elevado ou sem a cobertura de invalidez.”.

Primeiramente, diremos que o teor dos art.ºs 23.º, 29.º e 39.º da contestação, desde logo nos trechos relativos àquela segunda parte do n.º 25 da facticidade assente, foram expressamente impugnados nos art.ºs 14.º, 18.º, 26.º e 27.º da réplica. Como tal, incumbia à R. fazer prova do por si alegado (art.º 342.º n.º 2 do C. Civil). Sendo que a prova de um facto negativo, como é o caso, não contende com a normal distribuição do ónus probatório.

Lidos os documentos juntos aos autos e escutados que foram na íntegra os depoimentos das testemunhas CC e DD, de todos nada se retira que nos permita concluir que a R., caso conhecesse antecipadamente os problemas de saúde do marido da A., não celebraria o referido contrato de seguro de vida, mesmo em condições diferentes das efetivamente contratadas.

Na verdade, aquelas testemunhas foram unânimes em considerar que, caso a R. possuísse aquele conhecimento prévio quanto aos problemas de saúde de BB, tal não tinha como efeito automático o de o seguro não ser outorgado. O que sucederia, em termos procedimentais, era que os dados recolhidos junto do proponente segurado seriam remetidos para o departamento médico da R. e por este avaliados. Aí, conforme elucidou a testemunha CC – médico avençado da aqui seguradora desde o ano de 2000 –, era solicitada informação ao médico de família daquele proponente e prescritas análises clínicas a este. Consoante o resultado de tais diligências, o seguro poderia ser aceite, recusado ou aceite sob outras condições.

Por outro lado, de acordo com o certificado de óbito (cfr. o facto provado sob o n.º 3.), a morte de BB foi multiorgânica, choque séptico e bacteriemia, sendo que as afetações mórbidas anteriores que conduziram àquelas doenças foram hepatite B, infeção urinária, prótese valvular aórtica e diabetes *mellitus*. Ora, em 2011, destes padecimentos anteriores que conduziram às doenças que provocaram diretamente a morte tão-somente era conhecida a diabetes, tanto assim que, de acordo com os factos provados e não impugnados, BB apenas foi submetido a implantação da prótese aórtica biológica em 17 de maio de 2021, ou seja, cerca de dez anos após a proposta de contrato de seguro em discussão (cfr. o facto provado sob o n.º 13.).

Ainda por outro lado, não obstante a testemunha CC ter mencionado que, com os valores que o falecido apresentava ao nível da hipertensão e do colesterol, a apólice não seria aceite, o certo é que, nos termos preditos, tais problemas não foram identificados como tendo levado ou facilitado o surgimento das doenças identificadas e que culminaram na morte de BB. Sendo que, quanto à diabetes, aquela mesma testemunha não verbalizou a partir de que valores o seguro seria recusado ou celebrado com outras condições mais gravosas para o possível futuro segurado. Só com tal indicação, compaginada com os dados que resultam dos registos clínicos prévios juntos aos autos, é que se poderia concluir pela recusa do contrato de seguro ou pela celebração deste, mas com outras condições mais restritivas. A este nível, a testemunha CC referiu que há pessoas que morrem de septicémia e que não sofrem de diabetes, e há outras que apresentam esta patologia e que não morrem na sequência de uma septicémia. O que tudo inculca a ideia segundo a qual a prévia doença diabetes não leva, de forma automática, apenas à recusa da celebração do

contrato de seguro de vida.

De resto, na carta enviada pela R. aos herdeiros legais de BB, datada de 22 de dezembro de 2023, nunca é referido que, na hipótese de a seguradora saber de antemão que aquele falecido padecia de determinadas doenças aquando da entrada em vigor do seu contrato de seguro de vida, não ponderaria na mesma outorgar este, ainda que sob diversas condições contratuais. Na verdade, em tal missiva fala-se tão-somente em “terem sido omitidas e proferidas declarações inexatas, as quais eram essenciais e significativas para a apreciação e aceitação do risco.”. E mais adiante, por referência a patologias prévias, refere-se que se estas “tivessem sido declaradas, teriam condicionado a aceitação do risco.” (os sublinhados são da nossa autoria). Nunca se alude à circunstância de a R. não poder aceitar a celebração do contrato de seguro de vida com o marido da A., ainda que sujeita a diferentes condições.

Em consequência, mantém-se a redação do n.º 25 dos factos provados.

Da subsunção dos factos ao Direito:

Passando agora para a fase da subsunção dos factos ao Direito, temos que desde logo se provou que a A. e BB, tendo recorrido a empréstimo bancário para aquisição de habitação, aderiram, através de proposta datada de 18 de janeiro de 2011, a dois contratos de seguro de vida - Crédito à Habitação celebrados com a R. titulados pela apólice n.º GR...190 e certificados RK...023 e RK...024, que tinham como coberturas contratadas a Morte e Invalidez Total e Permanente.

Pedro Romano Martinez (em *Contratos Comerciais*, Principia, 2001, pág. 73) define o contrato de seguro como um acordo por via do qual “uma pessoa transfere para outra o risco da verificação de um dano, na esfera própria ou alheia, mediante o pagamento de uma remuneração.”.

O contrato de seguro de vida integra-se na modalidade do seguro de pessoas, a qual se distingue do seguro de danos por neste estar em causa o ressarcimento de prejuízos de natureza patrimonial, ao passo que na primeira lida-se com valores humanos de natureza não patrimonial.

No seguro de vida a seguradora cobre o risco associado à morte ou à sobrevivência da pessoa segura (art.º 183.º do Decreto-lei n.º 72/2008, de 16 de abril, que aprovou o regime jurídico do contrato de seguro, doravante L.C.S.).

O contrato de seguro de vida em apreço comporta deveres de informação a cargo do segurador (art.ºs 18.º e seguintes da L.C.S.) e a cargo do tomador do seguro ou do segurado.

Quanto àqueles últimos, tem aqui especial acuidade o previsto no art.º 24.º n.º 1 da L.C.S.: *o tomador do seguro ou o segurado está obrigado, 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 pelo segurador.

Ou seja, conforme enfatiza António Menezes Cordeiro (em *Direito dos Seguros*, Livraria Almedina, Coimbra, 2013, pág. 577), “(...) o legislador optou por, no caso das informações a cargo do tomador, indicar apenas o objetivo. Ficam abrangidas todas as circunstâncias que relevem para a apreciação do risco, pelo segurador. Tecnicamente, temos uma obrigação genérica de informação, definida pelo escopo. A lei põe-lhe, todavia, dois limites cumulativos, para evitar que ela tenda para o infinito: ficam abrangidas todas as circunstâncias que o tomador conheça; o que razoavelmente deva ter por significativas, para a apreciação do risco pelo segurador.”.

O que está na base da consagração daquele dever que vincula o tomador de seguro ou o segurado é o princípio da boa-fé na fase pré-contratual – que impõe a conformação da conduta do contratante de acordo com o que é correto, honesto e leal –, o qual se reconduz, como vimos, na obrigação daqueles tomador do seguro ou segurado de declararem com exatidão todas as circunstâncias que conheçam e razoavelmente devam ter por significativas para a apreciação do risco pelo segurador (cfr. o art.º 24.º n.º 1 da L.C.S.). De acordo com José Vasques (*Contrato de Seguro*, Coimbra Editora, Coimbra, 1999, pág. 110), aquele princípio da boa-fé no âmbito do contrato de seguro visa “(...) sublinhar a necessidade absoluta de lealdade do segurado para manter a equidade da relação contratual, uma vez que a seguradora é normalmente obrigada a confiar nas suas declarações, sem poder verificá-las aquando da subscrição.”.

Aquela vinculação tem como contraponto a de o segurador estar obrigado a esclarecer o tomador de 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* (n.º 4 do art.º 24.º da L.C.S.).

E se o tomador do seguro ou o segurado incumprirem o dever a que alude o n.º 1 do art.º 24.º L.C.S.? a resposta é-nos dada pelos art.ºs 25.º e 26.º da mesma Lei, variando as respetivas consequências conforme o inadimplemento tenha sido doloso ou negligente:

Dispõe aquele art.º 25.º:

1 - 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.

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

3 - O segurador não está obrigado a cobrir o sinistro que ocorra antes de ter

tido conhecimento do incumprimento doloso referido no n.º 1 ou no decurso do prazo previsto no número anterior, seguindo-se o regime geral da anulabilidade.

4 - O segurador tem direito ao prémio devido até ao final do prazo referido no n.º 2, salvo se tiver concorrido dolo ou negligência grosseira do segurador ou do seu representante.

5 - Em caso de dolo do tomador do seguro ou do segurado com o propósito de obter uma vantagem, o prémio é devido até ao termo do contrato.

Por seu lado, o art.º 26.º refere que:

1 - Em caso de incumprimento com negligência do dever referido no n.º 1 do artigo 24.º, o segurador pode, mediante declaração a enviar ao tomador do seguro, no prazo de três meses a contar do seu conhecimento:

a) Propor uma alteração do contrato, fixando um prazo, não inferior a 14 dias, para o envio da aceitação ou, caso a admita, da contraproposta;

b) Fazer cessar o contrato, demonstrando que, em caso algum, celebra contratos para a cobertura de riscos relacionados com o facto omitido ou declarado inexatamente.

2 - O contrato cessa os seus efeitos 30 dias após o envio da declaração de cessação ou 20 dias após a receção pelo tomador do seguro da proposta de alteração, caso este nada responda ou a rejeite.

3 - No caso referido no número anterior, o prémio é devolvido pro rata temporis atendendo à cobertura havida.

4 - Se, antes da cessação ou da alteração do contrato, ocorrer um sinistro cuja verificação ou consequências tenham sido influenciadas por facto relativamente ao qual tenha havido omissões ou inexatidões negligentes:

a) O segurador 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;

b) O segurador, 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.

Pretende a Recorrente que o Recorrido atou com dolo ao ter preenchido e assinado o questionário prévio que lhe foi fornecido pela primeira, em desconformidade com o seu já na altura por si conhecido estado de saúde débil.

Àquele propósito e conforme bem se refere no Acórdão do Supremo Tribunal de Justiça de 19 de setembro de 2024 (consultável em www.dgsi.pt), “no âmbito da pretensão de anulação do contrato de seguro, a afirmação do dolo (a vontade e consciência de mentir ou omitir) não depende de uma qualquer intenção de, dessa forma, prejudicar o segurador ou obter reflexamente uma

vantagem, bastando a intenção ou a consciência de que se está a prestar informação falsa ou a omitir informação relevante e de que, com essa atuação, se está a induzir em erro o declarante (dolo simples) – isto é, tais omissões ou inexatidões têm de ser intencionais ou conscientes e dirigidas à criação de uma desconformidade entre a realidade e a representação dessa realidade pela contraparte (indução em erro da seguradora), ainda que sem qualquer intenção de obter vantagem.”.

Também Pedro Romano Martinez e Outros (na *Lei do Contrato de Seguro Anotada*, Livraria Almedina, Coimbra, 2009, pág. 128), em anotação ao art.º 25.º da L.C.S., defendem que “(...) nada obsta a que possa haver uma situação de dolo (eventual ou mesmo indireto) em que o agente agiu conscientemente de modo incorreto, induzindo ou mantendo em erro a contraparte, sem pretender retirar uma vantagem; apesar de esta situação não ser usual, da contraposição constante do preceito em anotação entre duas manifestações de dolo decorre que se atende a todas as situações de dolo, mesmo que não se demonstre que havia um interesse direto do tomador do seguro.”.

Já tivemos o ensejo de deixar consignado a propósito da impugnação da matéria factual que o ónus da prova quanto à preterição do dever a que vimos de aludir recai sobre a companhia de seguros enquanto facto impeditivo do direito invocado pela parte processual ativa (art.º 342.º n.º 2 do C. Civil).

Perscrutada a matéria factual tida por assente, não temos dúvidas em afirmar que se evidencia a ocorrência de dolo negocial, porquanto a resposta negativa do segurado em relação a determinadas perguntas constantes do questionário que lhe foi entregue – quanto a conselho em consultar algum médico, a submeter-se a algum tratamento e/ou a fazer medicação – , por constituir afirmação falsa, que o segurado não podia deixar de conhecer, revela incumprimento doloso do dever de declarar com exatidão as circunstâncias que, razoavelmente, deveria ter por significativas para a apreciação do risco. Denote-se que igualmente se provou que o falecido, pelo menos desde 28 de outubro de 2009, tomava medicação/efetuava tratamentos, circunstância que se agravou em 26 de novembro de 2009 e repetiu-se em 15 de dezembro de 2010 (cfr. o n.º 16 dos factos assentes). Relembre-se que a proposta de contrato de seguro, ao qual vinha anexado o questionário médico genérico, ostenta a data de 18 de janeiro de 2011. Sem descurar que o marido da A., nesta última data, sabia que padecia de determinadas doenças (diabetes, hipertensão e colesterol) e não podia ignorar que dar conhecimento das mesmas à seguradora era essencial para que esta pudesse fazer uma correta avaliação do risco, tanto mais que igualmente se provou que, aquando da adesão ao contrato de seguro, o falecido tinha conhecimento de que não poderia omitir à seguradora qualquer situação relacionada com o seu estado

de saúde (cfr. o n.º 22 dos factos provados).

Vejam os agora se estão preenchidos os dois requisitos de verificação cumulativa fixados pelo art.º 254.º n.º 1 do C. Civil, quais sejam, o nexo de causalidade entre o dolo e o erro e a essencialidade do erro para a celebração do contrato.

Quanto ao primeiro requisito, diremos que o dolo do tomador do seguro ou do segurado tem de ser causa do erro do segurador. Não o sendo, é aplicável o regime do erro simples, que não afeta a validade do contrato. A este nível, resultou assente que a seguradora só contratou da forma como o fez por desconhecer os problemas de saúde prévios do marido da A. – o que a impediu de efetuar uma correta análise e avaliação do risco –, sendo que tal desconhecimento resultou de um comportamento intencional omissivo por banda daquele. Sequentemente, o apontado primeiro pressuposto legal mostra-se cumprido.

No que concerne ao segundo requisito, consideramos o mesmo como não verificado, atento o indeferimento da pretendida alteração dos factos assentes. Realmente, provou-se que se a R. tivesse conhecimento da existência do historial clínico de BB, não teria celebrado o contrato de seguro aqui em causa, ou tê-lo-ia feito em condições distintas, nomeadamente com exclusão da cobertura de invalidez.

Dito de outra forma: tendo-se provado que a R. poderia ter na mesma celebrado aquele contrato, mas em condições diversas, nomeadamente com exclusão da cobertura de invalidez, significa que o erro, para si, não é essencial à contratação. O que tem como consequência que não é de reconhecer a anulação do contrato de seguro nos termos do disposto no art.º 25.º da L.C.S.

Atendendo a que se concluiu pela não anulação do contrato de seguro de vida celebrado entre o marido da A. e a Recorrente, não há que apreciar o pedido subsidiário formulado pela Recorrida, referente à condenação da seguradora a “restituir o total global de € 15.600,00 (quinze mil e seiscentos euros), a devolver à A., nos termos e para os efeitos do art.º 289.º, n.º 2 do Código Civil”.

Atento o que se deixou ínsito, conclui-se que não deve ser dado provimento ao recurso interposto, mantendo-se nos seus precisos termos a sentença recorrida.

A Apelante, por ter ficado vencida, é responsável pelo pagamento das custas processuais (artigos 527.º e 529.º, ambos do C. P. Civil).

*

IV. DECISÃO:

Pelo exposto, acordam os Juízes desta 2.ª Secção do Tribunal da Relação de

Lisboa em:

- i. Julgar improcedente o recurso interposto quanto à matéria de facto;
- ii. Julgar no demais o recurso igualmente improcedente, mantendo-se a sentença recorrida.

Custas pela Apelante.

*

Lisboa, 05 de fevereiro de 2026

João Severino

Rute Sobral

Fernando Caetano Besteiro