

Tribunal da Relação de Guimarães
Processo nº 1301/15.9T8VCT.G1

Relator: MARIA JOÃO MATOS

Sessão: 11 Julho 2017

Número: RG

Votação: UNANIMIDADE

Meio Processual: APELAÇÃO

Decisão: TOTALMENTE IMPROCEDENTE

CLÁUSULA CONTRATUAL GERAL

CLÁUSULA ABUSIVA

INVALIDEZ TOTAL E PERMANENTE

CONDIÇÕES PARTICULARES DA APÓLICE

CONTRATO DE SEGURO

INTERPRETAÇÃO DO CONTRATO

DEVER DE INFORMAÇÃO DE CLÁUSULA CONTRATUAL GERAL

Sumário

I. A definição do sinistro «invalidéz total e permanente» feita nas Condições Particulares de uma apólice de seguro deve prevalecer sobre a desconforme definição desse mesmo sinistro feita nas Condições Gerais do contrato de grupo do ramo vida em causa (art. 7º do Dec-Lei nº 446/85, de 25 de Outubro).

II. É abusiva, e por isso nula, a cláusula contratual geral inserta nas Condições Gerais do dito contrato de seguro de grupo que, mercê da cumulativa exigência de plúrimas circunstâncias, limita de tal forma a verificação da invalidéz total e permanente que exclui do âmbito expectável da cobertura situação de incapacidade que a deviam integrar (art. 21º, al. a) do Dec-Lei nº 446/85, de 25 de Outubro).

III. Na interpretação do contrato de seguro há que aplicar as regras gerais da interpretação dos negócios jurídicos às cláusulas especificamente negociadas, e o regime próprio da interpretação das cláusulas contratuais gerais às que revistam essa qualidade (arts. 236º e 237º, ambos do C.C, e arts. 10º e 11º,

ambos do Dec-Lei nº 446/85, de 25 de Outubro).

IV. O dever de informação de cláusula contratual geral inserta num seguro de grupo contributivo onera, simultaneamente, o tomador de seguro/beneficiário e o segurador (respectivamente, art. 78º do Dec-Lei nº 72/2008, de 16 de Abril, e arts. 5.º e 6.º, ambos do Dec-Lei nº 446/85, de 25 de Outubro, e art. 227º do C.C.).

Texto Integral

Acordam, **em conferência** (após corridos os vistos legais) os Juízes da 1ª Secção Cível do Tribunal da Relação de Guimarães, sendo

Relatora - Maria João Marques Pinto de Matos;

1ª Adjunta - Rita Maria Pereira Romeira;

2ª Adjunta - Elisabete de Jesus Santos de Oliveira Valente.

I - RELATÓRIO

1.1. Decisão impugnada

1.1.1. M. T. (aqui Recorrida), residente na Rua ..., concelho de Viana do Castelo, propôs a presente acção declarativa, sob a forma de processo comum, contra **Companhia de Seguros A, S.A.** (aqui Recorrente), com sede no Largo ..., em Lisboa, pedindo que a Ré fosse

- condenada a pagar à BANCO A, S.A. o capital ainda em dívida em dois contratos de mútuo que ela própria celebrou com aquela Instituição Bancária (um para aquisição de habitação própria e permanente, e outro multiopções);
- condenada a pagar-lhe todos os valores que ela própria pagou, e ainda tenha de pagar (até que a Ré satisfaça o pedido anterior), à Banco A, S.A. no âmbito dos dois contratos de mútuo referidos, acrescidos dos juros de mora devidos sobre cada uma das prestações em causa, calculados à taxa supletiva legal, contados desde o pagamento por si efectuado de cada uma delas até integral pagamento;
- condenada a reembolsá-la dos prémios referentes ao seguro de grupo associado aos referidos dois contratos de mútuo, pagos por si após Fevereiro de 2013, e que ainda terá de lhe pagar (até que a Ré satisfaça o seu primeiro pedido).

Alegou para o efeito, em síntese, ter celebrado com a Banco A, S.A., em 22 de Outubro de 2010, dois contratos de mútuo, com constituição cada um deles de uma hipoteca, sobre a fracção autónoma cuja aquisição se destinavam a permitir-lhe, subscrevendo ainda - por exigência daquela Instituição Bancária - uma proposta de adesão a um contrato de Seguro/Vida Grupo com a Ré (Companhia de Seguros A, S.A.).

Mais alegou que o dito contrato de seguro Vida/Grupo foi inteiramente negociado com o Banco A, S.A. (nunca contratando directamente com a Ré), correspondendo o valor seguro à totalidade da quantia mutuada, sendo pessoa segura ela própria, o risco coberto acidente ou doença seus, e a respectiva beneficiária aquela Instituição Bancária.

Alegou ainda que, tendo-lhe sido diagnosticado em Maio de 2012 um cancro da mama, no decurso desse mesmo ano viria a ser-lhe atribuída uma incapacidade parcial permanente de 70%, pelo que reclamou à Ré (Companhia de Seguros A, S.A.), em 22 de Fevereiro de 2013, o accionamento da apólice em causa, o que a mesma não fez, solicitando-lhe antes o envio de documentos que ela própria não possui (e irrelevantes para o caso, porque pertinentes a ortopedia e a psiquiatria).

Defendeu, assim, a Autora encontrar-se a sua condição de saúde coberta pelo risco assumido no contrato de seguro Vida/Grupo celebrado com a Ré (que expressamente prevenia o risco de invalidez total e permanente por doença e acidente, de grau igual ou superior a 66,6%), assistindo-lhe o direito, em Fevereiro de 2013, de receber dela a quantia de € 30.820,30 (referente ao empréstimo para aquisição de habitação própria e permanente) e a quantia de € 44.414,68 (referente ao empréstimo multiopções).

1.1.2. Regularmente citada, a **Ré** (Companhia de Seguros A, S.A.) **contestou**, pedindo que a acção fosse julgada improcedente, sendo ela própria absolvida do pedido.

Alegou para o efeito, em síntese, não se enquadrar a situação clínica da Autora na definição contratual de invalidez definitiva e absoluta por doença igual ou superior a 66,6%.

Mais alegou que, conforme direito contratual seu, solicitou à Autora diversa documentação médica (que lhe permitiria apurar os factos relativos ao sinistro, suas causas, circunstâncias e consequências), que aquela (possuindo-a e podendo juntá-la) não apresentou, não estando por isso constituída ainda a

sua obrigação de a indemnizar (já que a mesma apenas se venceria no subsequente período de trinta dias, sobre aquele possibilitado apuramento fáctico).

1.1.3. Em sede de **audiência prévia**: a Autora, na sequência de convite judicial a tanto dirigido, aperfeiçoou a sua petição inicial (precisando as causas e o grau da sua incapacidade permanente parcial, e alegando nunca ter sido informada da cláusula de exclusão invocado pela Ré, o que a tornaria nula, nos termos do Dec-Lei nº 446/85, de 26 de Outubro), merecendo este aperfeiçoamento impugnação integral da parte contrária; foi proferido despacho, fixando o valor da acção em € 75.234,98; foi proferido despacho saneador (certificando, tabelarmente, a validade e a regularidade da instância); foi definido o objecto do litígio e enunciados os temas da prova; e foram apreciados os requerimentos probatórios.

1.1.5. Efectuada a perícia médico-legal à pessoa da Autora, impetrada pela Ré, e realizada a audiência de julgamento, foi proferida **sentença**, julgando «*a acção parcialmente procedente*», nela nomeadamente se decidindo «*condenar a Ré*:

a) *a pagar à Banco A, SA o valor ainda em dívida dos empréstimos referidos em 1.2. e 1.3. dos factos provados da presente decisão;*

b) *a pagar à A. as quantias que esta, por força dos referidos contratos de mútuo, entretanto liquidou à Banco A, SA e que se venceram desde 25/Março de 2013 em diante, bem como as quantias que a A. liquidará até efectivo e integral cumprimento por parte da R. da injunção determinada em a) supra;*

c) *a devolver à A. as quantias que esta, a título de prémios de seguro do contrato de seguro em causa nos autos, entretanto lhe pagou, e que se venceram desde 25 de Março de 2013 em diante, bem como as quantias que a A. liquidará até efectivo e integral cumprimento por parte da R. da injunção determinada em a) supra;*

d) *a pagar à A. os juros de mora sobre as quantias referidas em b) e c) supra desde as datas em que esta as desembolsou e desembolsará tais quantias até integral pagamento, à taxa de 4%.*

(...)»

*

1.2. Recurso (fundamentos)

Inconformada com esta decisão, a **Ré** (Companhia de Seguros A, S.A.) interpôs recurso de apelação, pedindo que o mesmo fosse julgado procedente, revogando-se a sentença recorrida.

Concluiu as suas alegações da seguinte forma (sintetizada, sem repetições do processado, ou reproduções de textos legais ou jurisprudenciais):

1ª - Não ter a situação da Autora enquadramento nas condições gerais da apólice (celebrada ao abrigo do princípio da autonomia da vontade), não sendo nomeadamente portadora de um grau de invalidez absoluta e definitiva por doença, já que continua a exercer a sua actividade profissional.

1ª - Das condições gerais da apólice em causa nos auto plasmadas no ponto 1.25 da douda sentença, resulta que: *«Nos termos das condições gerais da apólice é considerada com invalidez absoluta e definitiva “a limitação funcional permanente e sem possibilidade clínica de melhoria em que, cumulativamente, estejam preenchidos os seguintes requisitos: a) A pessoa segura fique completa e definitivamente incapacitada de exercer a sua profissão ou de qualquer outra actividade remunerada, compatível com os seus conhecimentos e aptidões; b) Corresponda a um grau de desvalorização igual ou superior à percentagem definida em condições particulares, de acordo com a Tabela Nacional de Incapacidades por acidentes de trabalho e Doenças Profissionais em vigor na data da avaliação, não entrando para o seu cálculo quaisquer incapacidades ou patologias pré-existentes; c) Seja reconhecida previamente pela Instituição da Segurança Social pela qual a pessoa segura se encontra abrangida ou pelo Tribunal de Trabalho ou, caso a pessoa segura não se encontre abrangida por nenhum regime ou instituição de Segurança Social, por junta médica».*

2ª - A A. não provou um dos requisitos essenciais para a procedência da acção pois não tem invalidez, embora seja portadora de sequelas que lhe conferem um grau de 71,1% de IPP.

3ª - Pois nos termos do relatório pericial a A. não está afectada *«em termos de autonomia e independência.*

4ª - Porque a A. não é portadora de um grau de invalidez definitiva e absoluta por doença, a A. continua a exercer a sua actividade profissional.

5ª - Exercendo a sua profissão a A. não está inválida e como tal, não tem invalidez total e permanente e porque a A. exerce a sua profissão habitual, embora com limitações, não preenche os requisitos da apólice para poder beneficiar do capital seguro.

2ª - Não poder ser considerada nula, por violação do dever de informação, a cláusula que exclui as patologias do foro psíquico inferiores a um período mínimo ininterrupto de dois anos (sendo a mesma responsável por 15% da incapacidade atribuída à Autora), **uma vez que essa omissão seria imputável à Tomadora do seguro** (a Banco A, S.A.) **e não à Seguradora** (ela própria).

6ª - No grau de incapacidade atribuído à A. de 71,1%, tal como no atestado médico multiusos referido no ponto 1.30 da douda sentença recorrida foi aí atribuído à A. 13,2% e no relatório pericial efectuado nos autos 15%, a título de défice funcional da perturbação mental de que é portadora.

7ª - Nos termos das condições gerais da apólice e dados como provados no ponto 1.26. estão ainda excluídas *«patologias do foro psíquico, salvo se verificadas ininterruptamente por um período mínimo de dois anos»*.

8ª - Ou seja, o tribunal “a quo” não podia incluir os referidos 15% por via desta exclusão.

9ª - Entendeu, no entanto o tribunal “a quo” que tal exclusão é nula por não ter sido cumprido o dever de informação relativamente à mesma.

10ª - Salvo o devido respeito, o tribunal “a quo” não pode por em causa a validade da referida cláusula pois estamos perante um contrato de seguro de adesão, e a seguradora, enquanto única demandada, pode opor ao aderente/segurado determinada cláusula de exclusão do risco, por a omissão do dever de informação e esclarecimento ser exclusivamente imputável ao tomador de seguro, *«não se comunicando ou transmitindo os efeitos de tal omissão culposa à própria seguradora, em termos de amputar o contrato da cláusula não devidamente informada ao aderente»*.

11ª - Aliás, como emerge claramente, quer do artº 4º, nºs 1 e 2, do Dec.- Lei nº 176/98, de 26.07, quer dos artºs 78º, nºs 1 e 2, 87º e 88º do Dec-Lei nº 72/2008, de 16.04 (doravante LCS), que regulam especificamente o dever de informar nos seguros de grupo, esse ónus cabe apenas ao tomador de seguro, no binómio tomador de seguro-segurado, sendo notória a opção legislativa no sentido de excluir dessa obrigação o segurador, a menos que haja um pedido

do segurado – cfr. artº 78º, nº 4, da LCS – ou exista uma estipulação expressa nesse sentido – cfr. artº 4º, nºs 4 e 5 do Dec-Lei nº 176/98, de 26.07.

3ª - Sofrer efectivamente a Autora de uma doença do foro psiquiátrico (humor depressivo e preocupação com o estado de saúde), **não se tendo porém demonstrado que seja irreversível ou incurável, manifestando-se numa incapacidade permanente** (não estando, por isso, preenchidos os pressupostos da cobertura invocada).

12ª - Por outro lado, a interpretação feita pelo tribunal “a quo” de que não é uma doença do foro psiquiátrico mas decorrente da doença de que é portadora e a razão de ser da sua exclusão também não é aceitável.

13ª - Com efeito, como consta do relatório pericial a A. sofre de humor depressivo e preocupações com o estado de saúde e tal perturbação, a nível psiquiátrico, embora decorrente da doença da A., não significa que não seja reversível ou curável e, ao invés, se manifeste em incapacidade permanente.

14ª - Pois, como já se referiu a A. exerce a sua profissão e não está afectada *«em termos de autonomia e independência»*.

4ª - Ainda que se viessem a considerar preenchidos os pressupostos de accionamento da cobertura invocada pela Autora, tal só poderia ocorrer a partir de 2015.

15ª - Mas, mesmo que o tribunal venha a considerar preenchidos os pressupostos, contra o que se espera, sempre tal só poderia ocorrer a partir de 2015, pelas razões já apontadas.

*

1.3. Recurso (contra-alegações)

A Autora (M. T.) **contra-alegou**, pedindo que o recurso da Ré (Companhia de Seguros A, S.A.) fosse julgado improcedente, mantendo-se a sentença recorrida.

Alegou para o efeito, em síntese:

1 - Encontrar-se impossibilitada, de forma permanente e absoluta, de exercer a sua profissão como até ao sinistro o fazia, já que agora apenas a exerce por

ter sido adaptado o seu posto de trabalho (não estando, assim, preenchido o ponto 1.25 da Cláusula 1ª - de exclusão - das Condições Gerais).

2 - Preencher a sua condição física o conceito de «*invalidade total e permanente*» do artigo 3º das Condições Particulares da Apólice (o que sempre afastaria o que em contrário se disponha nas suas Condições Gerais, nomeadamente no ponto 1.25 da sua Cláusula 1ª).

3 - O défice funcional de 15% da perturbação mental é uma sequela da doença oncológica (não integrando, assim, a exclusão do ponto 1.26 da Cláusula 1ª das Condições Gerais da Apólice), tendo-se ainda manifestado por um período ininterrupto de dois anos (o que, ainda que se entendesse ser a dita cláusula de exclusão aplicável, a anularia nos seus próprios termos).

4 - Nunca tendo sido ela própria informada da dita Cláusula 1ª, ponto 1.26. - de exclusão - das Condições Gerais da Apólice, a mesma ter-se-ia por excluída do contrato de seguro celebrado, no termos do art. 8º, als. a) e b) Dec-Lei nº 446/85, de 25 de Outubro (disciplina salvaguardada quer pelos arts. 18º a 26º do Dec-Lei nº 72/2008, de 16 de Abril - Lei do Contrato de Seguro - , quer pelo art. 2º do Dec-Lei nº 222/2009, de 11 de Setembro - que estabelece medidas de protecção do consumidor na celebração de contratos de seguro de vida associados ao crédito à habitação).

*

II - QUESTÕES QUE IMPORTA DECIDIR

2.1. Objecto do recurso - EM GERAL

O objecto do recurso é delimitado pelas **conclusões da alegação do recorrente** (arts. 635º, nº 4 e 639º, nºs 1 e 2, ambos do CPC), não podendo este Tribunal conhecer de matérias nelas não incluídas, a não ser que as mesmas sejam de conhecimento oficioso (art. 608º, nº 2, *in fine*, aplicável ex vi do art. 663º, n 2, *in fine*, ambos do CPC).

*

2.2. QUESTÕES CONCRETAS a apreciar

Mercê do exposto, **uma única questão** foi submetida à apreciação deste Tribunal:

Questão Única - Encontra-se o sinistro participado pela Autora à Ré **excluído do âmbito de cobertura do contrato de seguro de vida** que celebraram, nomeadamente

- por **a sua condição física não preencher o conceito de «invalidade absoluta e definitiva»** (continuando a Autora a exercer a sua profissão, e não estando demonstrado que a doença do foro psiquiátrico de que padece - responsável por 15% da sua incapacidade - seja irreversível ou incurável);
- por **as patologias do foro psiquiátrico se encontrarem contratualmente excluídas do âmbito da cobertura do seguro, excepto se tiverem uma duração ininterrupta de dois anos** (período que não ficou demonstrado pela Autora);
- e por esta **cláusula de exclusão ser válida**, já que a eventual omissão da comunicação do seu conteúdo ao segurado (Autora) seria imputável à Tomadora do seguro (Banco A, S.A.) e não à Seguradora (aqui Ré).

*

III - FUNDAMENTAÇÃO DE FACTO

Decisão de Facto do Tribunal de 1ª Instância

3.1. Factos Provados

Realizada a audiência de julgamento no Tribunal de 1ª Instância, foram considerados **provados** os seguintes factos (aqui renumerados e reordenados, lógica e cronologicamente):

1 - M. T. (aqui Autora) celebrou com o Banco A, S.A. dois mútuos com hipoteca, mediante escrituras públicas.

(facto enunciado na sentença recorrida sob o número 1.1.)

2 - Por escritura pública de «**MÚTUO COM HIPOTECA**», celebrada no dia 22 de Outubro de 2010, no Cartório Notarial a cargo de A. A., exarada de fls. 126 a 128, do Livro de Notas para Escrituras Diversas nº ..., a Autora constituiu a favor da Banco A, S.A., sobre a fracção autónoma designada pela letra «X», destinada a habitação, que faz a parte integrante do prédio urbano constituído em propriedade horizontal, sito na Travessa ..., concelho de Viana do Castelo, descrita na Conservatória do Registo Predial do concelho de Viana

do Castelo sob o nº 333 «X», e inscrita na matriz predial urbano sob o artigo 2222º “X”, uma hipoteca no montante de € 32.282,00 (conforme documento que é fls. 8 a 16 dos autos, que aqui se dá por integralmente reproduzido).

(facto enunciado na sentença recorrida sob o número 1.1.)

3 - Por escritura pública de «**MÚTUO COM HIPOTECA**», do mesmo dia e do mesmo Cartório, exarada a fls. 129 e 130, a Autora constituiu nova hipoteca a favor da Banco A, S.A. sobre a mesma fracção autónoma, no montante de € 48.218,00 (conforme documento que é fls. 17 a 25 dos autos, que aqui se dá por integralmente reproduzido).

(facto enunciado na sentença recorrida sob o número 1.3.)

4 - Na sequência dos contratos supra referidos, a Autora, por exigência da referida instituição bancária, subscreveu uma proposta de adesão ao «**Contrato de Seguro Vida/Grupo**».

(facto enunciado na sentença recorrida sob o número 1.4.)

5 - Na sequência da proposta de adesão e para garantia do cumprimento dos contratos de mútuo que havia outorgado com o Banco A, S.A., Companhia de Seguros A, S.A. (aqui Ré) celebrou com a Autora, na qualidade de pessoa segura, um «**Contrato de Seguro de Vida/Grupo**», titulado pela Apólice nº 500.....

(facto enunciado na sentença recorrida sob o número 1.5.)

6 - A Autora nunca contratou directamente com a Ré.

(facto enunciado na sentença recorrida sob o número 1.7.)

7 - A Apólice nº 500.... (referida no facto provado enunciado sob o número 5) foi concebida para salvaguardar situações decorrentes de morte, e invalidez total permanente por doença ou acidente (da Autora).

(facto enunciado na sentença recorrida sob o número 1.8.)

8 - A Banco A, S.A. é a beneficiária desse mesmo seguro.

(facto enunciado na sentença recorrida sob o número 1.9.)

9 - O valor seguro correspondeu à totalidade da quantia mutuada.

(facto enunciado na sentença recorrida sob o número 1.6.)

10 - Lê-se nas «**CONDIÇÕES GERAIS**» da Apólice nº 500...., nomeadamente no seu Artigo 2º («ÂMBITO DO SEGURO»), nº 1:

«O seguro garante a cobertura dos riscos identificados nas Condições Particulares, nas condições previstas nos Certificados de Adesão».

(facto enunciado na sentença recorrida sob o número 1.22.)

11 - Lê-se nas «**CONDIÇÕES PARTICULARES**» da Apólice nº 500...., nomeadamente no seu Artigo 1º («Objecto do Seguro»):

«O presente contrato de seguro cobre os riscos de morte e invalidez ligados a contratos de mútuo de crédito à habitação, garantido o pagamento ao beneficiário designado do capital seguro em caso de morte ou invalidez total e permanente».

(facto enunciado na sentença recorrida sob o número 1.23.)

12 - Lê-se nas «**CONDIÇÕES PARTICULARES**» da Apólice nº 500...., nomeadamente no seu Artigo 3º («Riscos Cobertos»), nº 1:

«a) Garantia Principal - Morte por Doença ou Acidente;

b) Garantia Complementar - Invalidez Total e Permanente por Doença ou Acidente.

Considera-se inválido a PESSOA SEGURA que apresente um grau de desvalorização igual ou superior a 66,6(6)%, de acordo com a Tabela Nacional de Incapacidades por Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais em vigor na data da avaliação da desvalorização sofrida pela Pessoa Segura não entrando para o seu cálculo quaisquer incapacidades ou patologias preexistentes.

A garantia corresponde à antecipação de 100% do capital seguro».

(facto enunciado na sentença recorrida sob o número 1.24.)

13 - De acordo com as «**CONDIÇÕES PARTICULARES**» da Apólice nº 500...., para beneficiar da garantia complementar de invalidez total e permanente por doença ou acidente «*considera-se inválido a pessoa seguro que apresenta um grau de desvalorização igual ou superior a 66,6% de acordo com a Tabela Nacional de Incapacidades por acidentes de trabalho e Doenças Profissionais em vigor na data da avaliação*».

(facto enunciado na sentença recorrida sob o número 1.35.)

14 - Nos termos das «**CONDIÇÕES GERAIS**» da Apólice nº 500...., é considerada como «**invalidéz absoluta e definitiva**» «a limitação funcional permanente e sem possibilidade clínica de melhoria» em que, cumulativamente, estejam preenchidos os seguintes requisitos:

a) A pessoa segura fique completa e definitivamente incapacitada de exercer a sua profissão, ou qualquer outra actividade remunerada, compatível com os seus conhecimentos e aptidões;

b) Corresponda a um grau de desvalorização igual ou superior à percentagem definida em Condições Particulares, de acordo com a Tabela Nacional de Incapacidades por acidentes de trabalho e Doenças Profissionais em vigor na data da avaliação, não entrando para o seu cálculo quaisquer incapacidades ou patologias pré-existentes;

c) Seja reconhecida previamente pela Instituição da Segurança Social pela qual a pessoa segura se encontra abrangida ou pelo Tribunal de Trabalho ou, caso a pessoa segura não se encontre abrangida por nenhum regime ou instituição de Segurança Social, por junta médica.

(facto enunciado na sentença recorrida sob o número 1.25.)

15 - Lê-se nas «**CONDIÇÕES GERAIS**» da Apólice nº 500...., nomeadamente no seu Artigo 2º («**ÂMBITO DO SEGURO**»), nº 4.2. («**O QUE NÃO ESTÁ SEGURO**»):

«Invalidéz Total e Permanente por Acidente e Doença (Cobertura Complementar)

b) Patologias do foro psíquico, salvo se verificadas ininterruptamente por um período mínimo de 2 anos».

(facto enunciado na sentença recorrida sob o número 1.26.)

16 - A Autora nunca foi informada da existência da cláusula de exclusão reproduzida no facto anterior, nunca lhe tendo sido por maioria de razão explicada tal cláusula.

(facto enunciado na sentença recorrida sob o número 1.36.)

17 - A Autora limitou-se a subscrever o contrato de seguro, sendo que, aquando da sua subscrição aos balcões do Banco, os Funcionários deste explicaram o conteúdo geral do seguro que iriam contratar, designadamente o valor dos prémios mensais, sem, todavia, lhe explicarem as exclusões do âmbito de cobertura da apólice.

(facto enunciado na sentença recorrida sob o número 1.37.)

18 - Lê-se nas «**CONDIÇÕES GERAIS**» da Apólice nº 500...., nomeadamente no seu Artigo 8º («**OBRIGAÇÕES DAS PARTES**»), nº 2.1. («**OBRIGAÇÕES DO SEGURADOR**»):

«Pagar as indemnizações até ao trigésimo dia após o apuramento dos factos relativos à ocorrência do sinistro e suas causas, circunstâncias e consequências».

(facto enunciado na sentença recorrida sob o número 1.27.)

19 - Lê-se nas «**CONDIÇÕES GERAIS**» da Apólice nº 500...., nomeadamente no seu Artigo 8º («**OBRIGAÇÕES DAS PARTES**»), nº 2.2. («**OBRIGAÇÕES DO TOMADOR DO SEGURO, PESSOA SEGURA E BENEFICIÁRIO**»):

«c)2.) Em caso de invalidez

. Promover o envio a médico designado pelo Segurador do relatório do médico assistente que indique as causas, a data do início, a evolução e as consequências da lesão corporal e ainda informação sobre o grau de invalidez verificada e a sua provável duração. A divergência entre o médico da Pessoa Segura e o médico designado pelo Segurador quanto ao grau de invalidez, pode ser decidida por um médico nomeado por ambas as partes.

. Documento comprovativo do reconhecimento da invalidez emitido pela Instituição de Segurança Social ou pelo Tribunal de Trabalho, bem como, em caso de Invalidez Absoluta e Definitiva, de documento comprovativo da necessidade da Pessoa Segura ser acompanhada por terceira pessoa por forma a efetuar as actividades diárias normais;

. Atestado médico de incapacidade multiusos;».

(facto enunciado na sentença recorrida sob o número 1.29.)

20 - A Autora, até ao ano de 2012, sempre foi uma pessoa autónoma e capaz, desenvolvendo a sua actividade de enfermeira no Centro de Saúde.

(facto enunciado na sentença recorrida sob o número 1.10.)

21 - No mês de maio de 2012, foi diagnosticada à Autora neoplasia mamária, com característica de carcinoma ductal invasor multifocal do QSE da mama esquerda.

(facto enunciado na sentença recorrida sob o número 1.11.)

22 - Em 8 de Junho de 2012, a Autora foi submetida a mastectomia periareolar esquerda, pesquisa de gânglio sentinela que foi positivo, seguido de esvaziamento ganglionar axilar, tendo sido efectuado reconstrução imediata com prótese de silicone subpeitoral, e ainda mamoplastia e mastopexia de simetriação à direita.

(facto enunciado na sentença recorrida sob o número 1.12.)

23 - Em consequência de tal doença, a Autora teve de ser submetida a quimioterapia, seguida de hormonoterapia durante cinco anos.

(facto enunciado na sentença recorrida sob o número 1.13.)

24 - O estado psíquico da Autora foi profundamente abalado com o diagnóstico do cancro e a mastectomia, o que a obrigou a recorrer a consultas de psiquiatria, como qualquer doente oncológico, sendo que os danos psiquiátricos iniciaram-se em 2012 e estiveram presentes mais de 2 anos até à data.

(facto enunciado na sentença recorrida sob o número 1.34.)

25 - Por Junta Médica efectuada ainda no ano de 2012, foi atribuída à Autora a incapacidade parcial permanente de 70%.

(facto enunciado na sentença recorrida sob o número 1.14.)

26 - Do «**Atestado Médico de Incapacidade Multiuso**» referido no facto anterior pode-se ler o seguinte:

«Atesto que, de acordo com a TNI- Anexo I, aprovado pelo Decreto Lei nº 352/2007 de 23 de Outubro, o utente é portador de deficiência que, nesta data e conforme o quadro seguinte, lhe confere uma incapacidade permanente global de: 70% (setenta por cento) Capítulo Numero Alinea Coeficiente Capacidade restante Desvalorização I 3.2.7.2.2.2 a) 0,12 1,0000 1,1200 X Grau II 0,15 0,8800 0,1320 XVI IV 3) 0,60 0,7480 0,4488».

(facto enunciado na sentença recorrida sob o número 1.30.)

27 - Pelo referido «*Atestado Médico de Incapacidade Multiuso*» foi atribuída à Autora incapacidade pelo facto da mesma:

- a) sofrer de dificuldades na mobilidade do ombro - Imobilidade (anquilose) e limitação da mobilidade (rigidez), no plano de abdução de 0° a 30° (Capítulo I 3.2.7.2.2.2), à qual foi atribuída uma incapacidade de 0,1200;
- b) de sofrer de défice funcional decorrente da perturbação mental, as quais reflectem as sequelas da perturbação ou os défices funcionais para o desempenho do trabalho habitual, tendo -lhe sido atribuído o Grau II ao que corresponde a perturbações funcionais moderadas, com ligeira a moderada diminuição do nível de eficiência pessoal ou profissional, à qual foi atribuída uma incapacidade de 0,1320;
- c) e de ter sofrido um tumor maligno sem metástases, à qual foi atribuído uma incapacidade de 0,4488.

(facto enunciado na sentença recorrida sob o número 1.31.)

28 - Em consequência das sequelas sofridas pela doença descrita nos factos provados enunciados sob os números em 21 e 22, a Autora padece de um défice funcional permanente de integridade físico-psíquica de 71,1%, sendo que as sequelas relativas ao foro psiquiátrico iniciaram-se em 2012 e estiveram presentes mais de 2 anos até à data.

(facto enunciado na sentença recorrida sob o número 1.15.)

29 - Os danos funcionais em causa surgiram posteriormente à celebração do contrato de seguro em causa.

(facto enunciado na sentença recorrida sob o número 1.32.)

30 - Foi em consequência de tais danos funcionais que foi atribuída à Autora uma incapacidade parcial permanente / défice de 71,1%.

(facto enunciado na sentença recorrida sob o número 1.33.)

31 - Em 22 de Fevereiro de 2013, a Autora solicitou na sua agência da Banco A, S.A. o accionamento da Apólice em causa.

(facto enunciado na sentença recorrida sob o número 1.16.)

32 - Em 4 de Fevereiro de 2014, a Autora enviou à Ré o «**RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE**» que é fls. 34, verso, e 35 dos autos, para abertura do processo de regularização (documento que aqui se dá por integralmente reproduzido).

(facto enunciado na sentença recorrida sob o número 1.18.)

33 - Em 09 de Abril de 2014, a Autora enviou à Ré o relatório médico e o relatório de biopsia, solicitados pela Ré nos termos da carta de fls. 33, verso, de 12 de Março de 2014 (documento que aqui se dá por integralmente reproduzido).

(facto enunciado na sentença recorrida sob o número 1.19.)

34 - Em 16 de Maio de 2014, a Ré, por carta, solicitou à Autora os elementos melhor descritos na carta que é fls. 36 dos autos (documento que aqui se dá por integralmente reproduzido), nomeadamente:

«1) Relatório das ecografias mamárias de 2009/2010, 2011 e 2012;

2) Relatório de Psiquiatria onde conste a data de início das consultas, data do diagnóstico das patologias e terapêutica que faz actualmente;

3) Relatório de Ortopedia onde conste a data de início das consultas e situação clínica à data das mesmas;

4) Enumeração das patologias sofridas, declaradas pelo médico de família do centro de saúde, e a data do início das mesmas;».

(factos enunciados na sentença recorrida sob os números 1.20 e 1.28.)

35 - À carta reproduzida no facto anterior, a Autora enviou à Ré, através da sua Ilustre Mandatária, a carta que é fls. 36, verso, dos autos, de 19 de Junho de 2014, na qual expunha a impossibilidade de juntar os documentos relativos aos relatórios de ortopedia e de psiquiatria, tendo, nessa data, cessado a possibilidade de resolução extra judicial, lendo-se nomeadamente na mesma:

«Na sequência da vossa missiva, venho pela presente informar que a minha cliente não percebe o porquê de ser solicitado o envio de relatórios referente a psiquiatria e ortopedia, uma vez que a minha cliente sofreu um cancro da mama, nada tendo a ver com ortopedia e psiquiatria, embora de facto a minha cliente tenha tido um acompanhamento psicológico como é habitual nestes casos.

Pelo que, não poderão ser tais elementos enviados por razões óbvias.

Quanto aos relatórios de mamografia, já foram enviados o que a minha cliente possuía e eu serão os necessários para poder dar seguimento ao processo - cfr. “Doc. 1” que ora se junta.

A declaração do médico de família também já foi remetida - cfr. “Doc. 2” que ora se junta.

Quanto ao relatório das ecografias mamárias e mamografias de 2009/2010, 2011 e 2012 os mesmos não serão enviados pois não foram efectuados nesses anos.».

(facto enunciado na sentença recorrida sob o número 1.21.)

36 - Até à presente data, a Ré não procedeu ao pagamento de qualquer quantia.

(facto enunciado na sentença recorrida sob o número 1.17.)

*

3.2. Factos não provados

Na mesma decisão do Tribunal de 1^a Instância, foram considerados **não provados** os seguintes factos (aqui reenumerados):

1’ - A Ré solicitou à Autora documentos que até à presente data não lhe foram remetidos, sendo falso que os não possui ou que houvesse impossibilidade de os juntar.

(facto enunciado na sentença recorrida sob o número 2.1.)

2’ - A Ré não recusou o sinistro e o pagamento respectivo da indemnização pois ainda aguarda a remessa da documentação solicitada para tomar posição.

(facto enunciado na sentença recorrida sob o número 2.2.)

3’ - A situação da Autora constatada pelos elementos fornecidos (de que a Ré dispõe) não tem enquadramento nas «*CONDIÇÕES GERAIS*» da Apólice em causa, pois a Autora não é portadora de um grau de invalidez definitiva e absoluta por doença, nem é igual ou superior a 66,6%.

(facto enunciado na sentença recorrida sob o número 2.3.)

*

IV - FUNDAMENTAÇÃO DE DIREITO

4.1. Contrato de seguro de grupo vida contributivo

4.1.1.1. Contrato de seguro

Lia-se no **art. 425º do C.Com.**, e no que ora nos interessa, que «todos os seguros, com excepção dos mútuos, serão comerciais a respeito do segurador, qualquer que seja o seu objecto».

Não nos dava o preceito citado, ou qualquer outro do Código Comercial, uma definição do contrato de seguro.

Veio, porém, o legislador, no Dec-Lei nº 72/2008, de 16 de Abril - RJCS (cuja entrada em vigor foi diferida para 01 de Janeiro de 2009, conforme art. 7º do mesmo diploma), no seu art. 1º, epígrafado «*Conteúdo típico*», do regime do contrato de seguro então aprovado, esclarecer que «por efeito do contrato de seguro, o segurador cobre um risco determinado do tomador do seguro ou de outrem, obrigando-se a realizar a prestação convencionada em caso de ocorrência do evento aleatório previsto no contrato, e o tomador do seguro obriga-se a pagar o prémio correspondente».

Pode-se, assim, afirmar que o **contrato de seguro** é um contrato aleatório, pelo qual uma das partes, o segurador, compensando segundo as leis da estatística um conjunto de riscos por ele assumidos se obriga, mediante o pagamento de uma soma determinada - o prémio - a, no caso de realização de um risco, indemnizar o segurado pelos prejuízos sofridos.

(No mesmo sentido, Ac. do STJ, de 28.06.2007, *Salvador da Costa*, in www.dgsi.pt, como todos os demais que venham a ser citados sem outra indicação de origem, onde se lê que «o contrato de seguro em geral é a convenção pela qual uma segura se obriga, mediante retribuição paga pelo segurado, a assumir determinado risco e, caso ele ocorra, a satisfazer ao segurado ou a terceiro, uma indemnização pelo prejuízo ou um montante estipulado»).

Existe, pois, a transmissão corresponsiva de duas prestações:

. por um lado, a do segurador, de conteúdo complexo, e consistente na **assunção do risco**, pelo qual liberta o segurado da preocupação e insegurança de vir a suportar os danos decorrentes da verificação do sinistro típico do risco coberto, e na obrigação de pagar um determinado capital, se o sinistro se verificar;

. por outro, a do segurado, consistente na obrigação de **pagamento do prémio**.

Lia-se no **art. 426º do C.Com.** que o contrato de seguro devia ser reduzido a escrito, num instrumento que designava de apólice de seguro. Logo, a forma escrita era uma formalidade *ad substantiam*, exigida não apenas para prova do negócio, mas para que o mesmo se considerasse existente (ou, pelo menos, válido).

Lê-se agora no art. 32º do RJCS que a «validade do contrato de seguro não depende da observância de forma especial», sem prejuízo do segurador ser «obrigado a formalizar o contrato num instrumento escrito, que se designa por apólice de seguro, e a entregá-lo ao tomador o seguro».

Logo, e desde então, **forma escrita** passou a ser apenas uma **formalidade ad probationem**, isto é, ficou limitada à prova do contrato

Conclui-se, assim, que o contrato de seguro é um contrato: **bilateral** (com duas partes); **oneroso** (pois implica sacrifícios económicos para ambas); **sinalagmático** (existindo duas prestações correspectivas, isto é, ligadas por um nexo de reciprocidade, a obrigação do segurador de assumir um risco, e a obrigação do segurado de lhe pagar um prémio por essa assunção de risco); e **não formal** (isto é, não sendo exigida para a sua validade qualquer forma especial).

*

4.1.1.2. Contrato de seguro de vida - Contrato de seguro de grupo

Relativamente ao que seja um **contrato de seguro de vida**, entende-se ser aquele em que «o segurador cobre um risco relacionado com a morte ou a sobrevivência da pessoa segura» (art. 183º do RJCS).

A sua específica disciplina aplica-se ainda aos «seguros complementares dos seguros de vida relativos a danos corporais, incluindo, nomeadamente, a

incapacidade para o trabalho e a morte por acidente ou invalidez em consequência de acidente ou doença» (art. 184º, nº 1, al. c) do mesmo diploma).

Já relativamente ao que seja um **contrato de seguro de grupo**, entende-se ser aquele que «cobre riscos de um conjunto de pessoas ligadas ao tomador do seguro por um vínculo que não seja o de segurar» (art. 76º do RJCS).

O seguro de grupo pressupõe, assim, a existência de três sujeitos distintos: o **segurador**, o **tomador de seguro**, e a **pessoa ligada a este por um vínculo que não seja o de segurar** (v.g. contrato de concessão de crédito).

A «exigência de um vínculo estranho ao propósito de segurar previne a anti-selecção dos riscos, pela qual se deixam os “maus” riscos para o segurador, contrariando as regras da actividade seguradora» (Pedro Romano Martinez, Leonor Cunha Torres, Arnaldo da Costa Oliveira, Maria Eduarda Ribeiro, José Pereira Morgado, José Vasques e José Alves de Brito, *Lei do Contrato de Seguro Anotada*, Almedina, Janeiro de 2009, p. 261 e 262, anotação de José Alves de Brito).

O seguro de grupo pode ser **contributivo**, ou **não contributivo**, sendo que na primeira hipótese caberá aos segurados suportarem - no todo ou em parte - o pagamento do montante do prémio devido pelo tomador de seguro, ou suportando-o este, na segunda hipótese (art. 77º do RJCS).

Pretendendo-se reforçar a tutela dos segurados na primeira modalidade dos seguros de grupo (contributivos), a lei consagrou-lhes um regime especial - no art. 86º e seguintes do RJCS - , onde nomeadamente se prevê um robustecido dever de informação por parte do segurador (art. 87º), por forma a assegurar a pretendida transparência do contrato.

Reconhece-se, deste modo, que os contratos de seguro de grupo contêm inúmeras cláusulas atípicas ao modelo clássico do contrato de seguro.

O contrato, porém, só se torna perfeito com a **adesão do segurado** (v.g. mutuário), por ser ele que celebra e aceita os termos contratuais, transferindo o risco para a seguradora (elemento típico do contrato em causa) e pagando o prémio de seguro. Compreende-se, por isso, que seja sobre este aderente que recaia a obrigação de declaração do risco, e a obrigação de pagamento dos prémios.

4.1.1.3. Regime legal aplicável

Lê-se no art. 405º do C.C. que, dentro «dos limites da lei, as partes tem a faculdade de fixar livremente o conteúdo dos contratos, celebrar contratos diferentes dos previstos neste Código ou incluir nestes as cláusulas que lhes aprouver», podendo ainda «reunir no mesmo contrato regras de dois ou mais negócios, total ou parcialmente regulado na lei».

Consagra-se, assim, o **princípio da liberdade contratual ou da autonomia da vontade**, pelo que o conteúdo que em concreto tiver sido acordado entre as partes será aquele a que ficarão obrigadas.

Contudo, e no caso do contrato de seguro, haverá ainda que atender ao que para ele se dispõe - no silêncio das partes, ou imperativamente - no **RJCS** (Dec-Lei nº 72/2008, de 16 de Abril).

Assim, e nesta última hipótese, a modelação legal poderá limitar, ou excluir, determinados conteúdos do contrato celebrado (ficando, porém, autorizado às partes alargar o que ali seja considerado conteúdo mínimo obrigatório imperativamente imposto).

Prosseguindo, e sendo o contrato de seguro, em regra, um **contrato de adesão**, importará atender igualmente à regulação transversal (de protecção graduada) do **Regime das Cláusulas Contratuais Gerais** (estabelecido no Dec-Lei nº 446/85, de 25 de Outubro, alterado depois pelo Dec-Lei nº 220/95, de 31 de Agosto - com declaração de rectificação nº 114-B/95, de 31 de Agosto -, pelo Dec-Lei nº 249/99, de 07 de Julho - por forma a torná-lo conforme com a Directiva Comunitária nº 93/13/CEE - , e pelo Dec-Lei nº 323/2001, de 17 de Dezembro).

Precisando, o **contrato de adesão** pressupõe a prévia estipulação, por parte de um dos contratantes, em forma geral e abstracta, das cláusulas ou condições contratuais, com vista à sua futura incorporação no conteúdo dos contratos do tipo em causa (v.g. seguro, locação, mútuo bancário).

Assim, a aplicação uniforme dessas mesmas cláusulas ou condições é assegurada posteriormente através da recusa do seu predisponente em negociá-las, colocando a contraparte perante a alternativa, ou de se sujeitar às condições prefixadas, ou de desistir do contrato, renunciando à pretendida prestação.

Optando pela sujeição, passará a «dar vida a um contrato cujo processo formativo não reproduz a sua imagem ideal» (Joaquim Sousa Ribeiro, *Cláusulas Contratuais Gerais e o Paradigma do Contrato*, 1990, pag. 39).

Presume-se, assim, que o contrato negociado poderá corresponder apenas à vontade de uma das partes.

Por outras palavras, quando estão em causa **cláusulas contratuais gerais**, «a liberdade da contraparte fica praticamente limitada a aceitar ou rejeitar, sem poder realmente interferir, ou interferir de forma significativa, na conformação do conteúdo negocial que lhe é proposto, visto que o emitente das “condições gerais” não está disposto a alterá-las ou a negociá-las; se o cliente decidir contratar terá de se sujeitar às cláusulas previamente determinadas por outrém, no exercício de um *law making power* de que este de facto desfruta, limitando-se aquele, pois, a aderir a um modelo pré-fixado» (António Pinto Monteiro, *Cláusula Penal e Indemnização*, Coleção Teses, Almedina, 1990, p. 748).

Compreende-se, por isso, a preocupação do legislador, ao editar um diploma que consagrasse expressamente a disciplina a que deverão ficar sujeitas todas essas «cláusulas contratuais gerais», isto é, «elaboradas sem prévia negociação individual, que proponentes ou destinatários indeterminados se limitem, respectivamente, a subscrever ou aceitar» (art. 1º, nº 1 do Dec-Lei nº 446/85, de 25 de Outubro).

Com efeito, todas elas se caracterizam pela sua **generalidade ou pré-elaboração**, pela sua **rigidez**, e pela sua **indeterminação**: «são pré-elaboradas, existindo antes de surgir a declaração que as perfilha; apresentam-se rígidas, independentemente de obterem ou não a adesão das partes, sem possibilidade de alterações; podem ser utilizadas por pessoas indeterminadas, quer como proponentes, quer como destinatários» (Mário Júlio de Almeida Costa e António Menezes Cordeiro, *Cláusulas Contratuais Gerais, Anotações ao Dec-Lei nº 446/85, de 25 de Outubro*, Almedina, Coimbra, 1987, p. 17).

Com tais características presentes, presumir-se-á que as cláusulas que as possuam não resultaram de negociação prévia entre as partes (arts. 1º, nº 2 e 2º, ambos do Dec-Lei nº 446/85, de 25 de Outubro).

Assim, e depois de iniciais hesitações, é hoje firmemente adquirido pela jurisprudência dos Tribunais Superiores nacionais a **aplicação do regime legal das cláusulas contratuais gerais ao contrato de seguro**.

(Neste sentido, «Cláusulas abusivas e contrato de seguro», in Secção Portuguesa da AIDA - Association Internationale de Droit des Assurances (coord.), *Congresso Luso-Hispano de Direito dos Seguros, 17 e 18 de Novembro de 2005*, Coimbra, Almedina, 2009, págs. 229-231, com generosa menção de jurisprudência. Para o quadro geral sobre esta matéria, José Carlos Moitinho de Almeida, «O Regime Comunitário das Cláusulas Abusivas», *idem*, pág. 193 ss.).

Por fim, precisa-se que os regimes legais referidos (nomeadamente, o RJCS e o Dec-Lei nº 446/85, de 25 de Outubro) se **aplicam igualmente aos segurados dos contratos de seguro de grupo**, e ainda que o tomador do seguro preencha os critérios de dimensão económica fixados na lei para qualificar o contrato como relevando do regime dos «*grandes riscos*», e não dos «*riscos de massa*» (neste sentido, Arnaldo Filipe da Costa Oliveira, «Contrato de seguro: Proibição de discriminação em razão de deficiência e de risco agravado de saúde - o voto por empréstimo do STJ no sentido da continuação da evolução» *O Direito*, Ano 146º, 2014, I, p. 261, com indicação de jurisprudência conforme).

*

4.1.2. Concretizando, verifica-se que, pretendendo a Autora (M. T.) adquirir um imóvel para habitação, celebrou com a Banco A, S.A. dois contratos de mútuo com hipoteca, mediante escrituras públicas, de 22 de Outubro de 2010; e que, para garantia do capital mutuado, a mesma Autora (M. T.) viria a aderir a um contrato de seguro de grupo, do ramo vida, por exigência da referida Instituição Bancária - tendo o mesmo sido antes celebrado pela dita Banco A, S.A. com a aqui Ré (Companhia de Seguros A, S.A.) - , emitindo-se a correspondente apólice, nº 500.....

Verifica-se ainda que, mercê das ditas adesão e apólice, passou a figurar: como pessoa segura, a Autora (M. T.); como beneficiária do seguro, a Banco A, S.A.; como risco coberto, a morte e a invalidez total permanente por doença ou acidente (da Autora); e como capital seguro, a totalidade da quantia mutuada.

Fica assim esclarecido (e pressuposto na posterior análise que cumpre realizar do clausulado contratual sob sindicância) que a Ré (Companhia de Seguros A, S.A.), como seguradora, e a Autora (M. T.), como segurada, celebraram um **contrato de seguro, do ramo vida**, contributivo, sendo principal beneficiária do mesmo a Banco A, S.A., que (como mutuante da Autora) impusera a sua celebração.

Os direitos e obrigações que dele resultam para as partes deverão ser verificados à luz do que nele próprio estas dispuseram, do RJCS e do Dec-Lei nº 446/85, de 25 de Outubro, conforme referido supra.

*

4.2. Cláusulas contratuais gerais *versus* Cláusulas contratuais Particulares

4.2.1.1. Cláusulas contratuais prevalentes

Lê-se no art. 7º («*Cláusulas prevalentes*») do Dec-Lei nº 446/85, de 25 de Outubro, que as «cláusulas especificamente acordadas prevalecem sobre quaisquer cláusulas contratuais gerais, mesmo quando constantes de formulários assinados pelas partes».

Pode, de facto, acontecer que, «na celebração de um negócio com recurso a cláusulas contratuais gerais, se acordem outras cláusulas, diversas das predispostas. O problema é candente, sobretudo, quando esses acordos específicos contradigam formulários assinados pelas partes».

Ora, a «experiência ensina, de facto, que a presença de acordos específicos demonstra a vontade das partes de não subscrever as cláusulas contratuais gerais que se lhes oponham. Estas devem considerar-se, pois, sempre prejudicadas» (Mário Júlio de Almeida Costa e António Menezes Cordeiro, *Cláusulas Contratuais Gerais, Anotações ao Dec-Lei nº 446/85, de 25 de Outubro*, Almedina, Coimbra, 1987, p. 26).

*

4.2.1.2. Contrato celebrado entre as partes

Lê-se nas «**CONDIÇÕES GERAIS**» da Apólice nº 500.... (relativa ao seguro de grupo vida contributivo aqui em causa), nomeadamente no seu **Artigo 2º** («ÂMBITO DO SEGURO»), **nº 1**, que o «*seguro garante a cobertura dos riscos identificados nas Condições Particulares, nas condições previstas nos Certificados de Adesão*».

Mais se lê, agora nas ditas «**CONDIÇÕES PARTICULARES**» da mesma Apólice nº 500...., nomeadamente no seu **Artigo 1º** («Objecto do Seguro»), que o «*presente contrato de seguro cobre os riscos de morte e invalidez ligados a contratos de mútuo de crédito à habitação, garantido o pagamento ao beneficiário designado do capital seguro em caso de morte ou invalidez total e permanente*».

Prosseguindo as mesmas «**CONDIÇÕES PARTICULARES**» na definição do que sejam os riscos cobertos, lê-se no seu **Artigo 3º** («Riscos Cobertos»), nº 1, que para além da «*Garantia Principal - Morte por Doença ou Acidente*», existe uma «*Garantia Complementar - Invalidez Total e Permanente por Doença ou Acidente*».

Importaria, assim, que se definisse esta «**Invalidez Total e Permanente por Doença ou Acidente**», o que o mesmo art. 3º, nº 1, al. b) faz de imediato, afirmando que se considera «*inválido a PESSOA SEGURA que apresente um grau de desvalorização igual ou superior a 66,6(6)%, de acordo com a Tabela Nacional de Incapacidades por Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais em vigor na data da avaliação da desvalorização sofrida pela Pessoa Segura não entrando para o seu cálculo quaisquer incapacidades ou patologias preexistentes*», correspondendo a «*garantia corresponde à antecipação de 100% do capital seguro*».

Contudo, e retornando às «**CONDIÇÕES GERAIS**» da mesma Apólice nº 500...., é considerada como «**invalidez total e permanente**» «*a limitação funcional permanente e sem possibilidade clínica de melhoria em que, cumulativamente, estejam preenchidos os seguintes requisitos:*

a) *A Pessoa Segura fique completa e definitivamente incapacitada de exercer a sua profissão, ou qualquer outra actividade remunerada, compatível com os seus conhecimentos e aptidões;*

b) *Corresponda a um grau de desvalorização igual ou superior à percentagem definida em Condições Particulares, de acordo com a Tabela Nacional de Incapacidades por acidentes de trabalho e Doenças Profissionais em vigor na*

data da avaliação da desvalorização sofrida pela Pessoa Segura, não entrando para o seu cálculo quaisquer incapacidades ou patologias pré-existentes;

c) Seja reconhecida previamente pela Instituição da Segurança Social pela qual a Pessoa Segura se encontra abrangida ou pelo Tribunal de Trabalho ou, caso a Pessoa Segura não se encontre abrangida por nenhum regime ou Instituição de Segurança Social, por Junta Médica.

Já a «**invalidéz absoluta e definitiva**» é definida nas mesmas «**CONDIÇÕES GERAIS**» da Apólice nº 500...., como «*a limitação funcional permanente e sem possibilidade clínica de melhoria que incapacite a Pessoa Segura para o exercício de qualquer actividade remunerada, necessitando de assistência de uma terceira pessoa para efectuar os atos normais da vida diária*».

*

4.2.2. Concretizando, veio a Ré (Companhia de Seguros A, S.A.) defender que a Autora (M. T.) não se subsumiria à protecção consagrado no contrato de seguro de grupo vida em causa nos autos, uma vez que, invocando a verificação do sinistro «**invalidéz total e permanente**», a sua condição física não o preencheria: é que, sendo enfermeira no Centro de Saúde, e mesmo após o cancro da mama de que foi vítima, continuou a exercer a sua profissão.

Com efeito, lê-se no «**RELATÓRIO DA PERÍCIA DE AVALIAÇÃO DO DANO CORPOAL EM DIREITO CIVEL**» do Gabinete Médico-Legal e Forense (que é fls. 127 a 130 dos autos), que, não obstante lhe ter sido atribuído um «**Défice Funcional Permanente de Integridade Físico-Psíquica fixável em 71,1%**», a Autora actualmente «**mantém a mesma profissão com adaptação do posto de trabalho**», estando «*com cuidados moderados no trabalho*».

Ora, definindo-se nas «**CONDIÇÕES GERAIS**» do contrato de seguro de grupo vida em causa a «**invalidéz total e permanente**» pela necessária verificação cumulativa de plúrimos requisitos, o primeiro deles coincide precisamente com o ficar a «**Pessoa Segura (...) completa e definitivamente incapacitada para exercer a sua profissão** ou qualquer outra actividade remunerada compatível com os seus conhecimentos e aptidões».

Contudo, e tal como referido supra, nas «**CONDIÇÕES PARTICULARES**» da dita Apólice Nº 500.... define-se exclusivamente este sinistro («**invalidéz total e permanente por doença**») como a afectação da Pessoa Segura com «**um grau**

de desvalorização igual ou superior a 66,6(6)%, de acordo com a Tabela Nacional de Incapacidades por Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais em vigor à data da avaliação da desvalorização sofrida pela Pessoa Segura, não entrando para o seu cálculo quaisquer incapacidades ou patologias preexistentes».

Logo, e face à **inegável e indiscutível contradição** entre aquelas «CONDICÇÕES GERAIS» (que consubstanciam cláusulas contratuais gerais) e estas «CONDICÇÕES PARTICULARES» (especificamente acordadas para a Apólice dos autos), **deverão prevalecer estas últimas**, conforme imposto pelo art. 7º do Dec-Lei nº 446/85, de 26 de Outubro.

Acresce que as próprias «CONDICÇÕES GERAIS», no seu artigo 2º, ao definirem o «Âmbito do Seguro», referem expressamente que o mesmo «*garante a cobertura dos riscos identificados nas Condições particulares, nas condições previstas nos Certificados de Adesão*».

Compreende-se, assim, que o Tribunal *a quo* haja ajuizado que:

«(...)

Verifica-se assim existir no caso concreto divergência entre as condições gerais da apólice (as cláusulas do contrato que prevêem os aspectos básicos do seguro, normalmente comuns a todos os contratos do ramo ou modalidade) e as condições particulares (as cláusulas do contrato de seguro que o individualizam, das quais constam a identificação do tomador, do segurado, pessoas seguras ou beneficiário, o montante do prémio a pagar, a duração do contrato e outras indicações essenciais do objecto seguro).

Tal divergência deve ser dirimida, segundo até o próprio texto do artigo 2º das condições gerais, conferindo-se prevalência à definição do risco identificado nas CONDIÇÕES PARTICULARES.

E, assim sendo, dúvidas não restam de que a situação da A. integra o risco seguro de invalidez total e permanente tal como aí aparece definido.

(...)»

Improcede, deste modo, o **primeiro fundamento** do recurso de apelação interposto pela Ré (Companhia de Seguros A, S.A.), subsumindo-se a condição física da Autora (M. T.) ao conceito contratual de «**invalidez total e permanente por doença**», prevenida como sinistro no contrato de seguro de grupo vida celebrado por esta segunda com aquela primeira.

*

4.3. Cláusulas contratuais gerais abusivas

4.3.1. Lê-se no art. 12º do Dec-Lei nº 446/85, de 25 de Outubro, que as «cláusulas contratuais gerais proibidas por disposição deste diploma são nulas nos termos nele previstos».

Mais se lê, no art. 21º, nº 1, al. a), do Dec-Lei nº 446/85, de 25 de Outubro, que são «em absoluto proibidas, designadamente, as cláusulas contratuais gerais que limitem ou de qualquer modo alterem obrigações assumidas, na contratação, directamente por quem as predisponha ou pelo seu representante».

Esta proibição procura «assegurar que os bens ou serviços pretendidos pelo consumidor final sejam, de facto, os que ele vai alcançar através do funcionamento do contrato» (Mário Júlio de Almeida Costa e António Menezes Cordeiro, *Cláusulas Contratuais Gerais, Anotações ao Dec-Lei nº 446/85, de 25 de Outubro*, Almedina, Coimbra, 1987, p. 50).

Contudo, e relativamente ao **contrato de seguro**, importa ponderar que «o recurso a cláusulas pré-redigidas e gerais (condições gerais e especiais) não visa apenas economias de escala, sendo também imposto por exigências técnicas: os riscos que o segurador assume devem ser homogéneos de modo a poderem constituir objecto de compensação estatística».

Há, pois, quem defenda «deverem as cláusulas que definem o risco (de modo positivo e através das exclusões) e limitam a garantia ser objecto de um **controlo “liberal”** da sua natureza abusiva. São, porém, frequentes cláusulas que limitam arbitrariamente a protecção dos segurados ou torna particularmente difícil o exercício dos direitos que a estes pertencem, e que concedem, injustificadamente, direitos aos seguradores» (José Carlos Moitinho e Almeida, «O Regime Comunitário das Cláusulas Abusivas e Contrato de Seguro», *Congresso Luso-Hispano dos Seguros, 17 e 18 de Novembro de 2005*, Almedina, Junho de 2009, p. 212 e 214, com bold apócrifo).

Estando-se efectivamente perante uma **cláusula nula**, o «aderente que subscreva ou aceite cláusulas contratuais gerais pode optar pela manutenção dos contratos singulares» que a contenha, passando então a vigorar na parte afectada as normas supletivas aplicáveis, com recurso, se necessário, às

regras de integração dos negócios jurídicos» (art. 13º do Dec-Lei nº 446/85, de 25 de Outubro).

Contudo, se «a faculdade prevista no artigo anterior não for exercida ou, sendo-o, conduzir a um desequilíbrio de prestações gravemente atentatório da boa fé, vigora o regime da redução dos negócios jurídicos» (art. 14º do diploma citado).

Com efeito, «um desequilíbrio significativo das prestações pode justificar-se, designadamente, pela necessidade de redução dos custos de uma empresa, imposta pela concorrência» (José Carlos Moitinho e Almeida, «O Regime Comunitário das Cláusulas Abusivas e Contrato de Seguro», *Congresso Luso-Hispano dos Seguros, 17 e 18 de Novembro de 2005*, Almedina, Junho de 2009, p. 204).

Logo, ainda que o aderente tenha optado pela **manutenção do contrato singular**, pode **esse resultado não ser admitido**. «Assim sucede quando as cláusulas proibidas se insiram numa lógica global em que a sua substituição pelas normas derivadas da aplicação do regime do nº 2 do art. 13º conduza a um **desequilíbrio de prestações gravemente ofensivo da boa fé**. Em tal hipótese, opera também o referido instituto da redução dos negócios jurídicos», isto é, «a redução conduz à persistência do contrato, restrito à sua parte válida, excepto quando se demonstre que não teria sido concluído sem a cláusula ou cláusulas nulas (art. 292º do Código Civil» (Mário Júlio de Almeida Costa e António Menezes Cordeiro, *Cláusulas Contratuais Gerais, Anotações ao Dec-Lei nº 446/85, de 25 de Outubro*, Livraria Almedina, Coimbra, 1986, p. 35, com bold apócrifo).

*

4.3.2. Concretizando, e ainda que não se tivesse feito prevalecer a definição de «**invalidéz total e permanente**» do Artigo 3º das «**CONDIÇÕES PARTICULARES**» da Apólice nº 500...., sobre a definição do mesmo conceito do Artigo 1º das suas «**CONDIÇÕES GERAIS**» (nos termos do art. 7º do Dec-Lei nº 446/85, de 26 de Outubro), sempre esta última cláusula seria passível de **ser considerada nula**, nos termos do art. 21º, al. a) do Dec-Lei nº 446/85, de 26 de Outubro, conforme jurisprudência reiterada dos Tribunais de Recurso.

Com efeito, avaliando as cláusulas que «delimitam o risco segurado e o compromisso do segurador, os tribunais maioritariamente invalidam o que

consideram ser o **excesso de rigor das cláusulas definidoras da cobertura de invalidez** dos seguros de vida impostos pelos bancos no âmbito da contratação do crédito à habitação - por ser tal rigor contrário aos interesses e finalidades do seguro (que é o do pagamento do crédito ao banco quando o segurado já não o possa fazer como o terá feito até ao sinistro, por perda da sua capacidade de ganho, e não a assistência ao segurado quando este se veja em situação de gravíssima perda de autonomia física), portanto gerando um desequilíbrio das prestações de tal maneira grave que é contrário à boa fé.

Tal entendimento judicial parte da junção do **fim do contrato** ao seu carácter de **contrato imposto pelo banco**, atendendo às expectativas do segurado com a celebração desse contrato, que é, diremos nós, não a da mera inculcação em si da subscrição do seguro, mas o de prover ao pagamento ao banco quando o segurado razoavelmente o não possa fazer (pois que para prover ao sustento do segurado em caso de acidente outros institutos existirão, com a Segurança Social ou o seguro de responsabilidade civil automóvel ou o seguro de acidentes de trabalho)» (Arnaldo Filipe da Costa Oliveira, «Seguro de vida associado ao crédito à habitação: A “acordadíssima” jurisprudência relativa à cobertura de invalidez, seguida de Ponto da situação do quadro regulatório aplicável», *Revista de Direito e de Estudos Sociais*, Janeiro-Setembro 2015, Ano LVI, nº 1-3, Almedina, p. 189 a Junho de 2009, p. 213 e 214, com extensa indicação de jurisprudência conforme, e bold apócrifo).

Por outras palavras, visando-se com o contrato dos autos assegurar a cobertura «*invalidez total e permanente*», a definição desta pela **necessária verificação cumulativa de um elenco de plúrimas situações** (nomeadamente, somando a um elevado grau de incapacidade, a insusceptibilidade completa e definitiva para o exercício da profissão habitual ou de qualquer actividade remunerada compatível com os conhecimentos e aptidão do segurado, ou a necessidade da assistência de uma terceira pessoa para efectuar os actos normais da vida diária), traduzir-se-ia numa **inadmissível limitação, e até mesmo inviabilização, da cobertura do seguro**.

À «vista da natureza, objecto e finalidade do contrato celebrado» esta interpretação «corresponderia, na prática, a um esvaziamento irrazoável e excessivo da garantia do seguro, contrário à boa fé com que ambas as partes estão obrigadas a actuar não só na formação, mas também na execução do contrato. Na verdade, (...) a desproporção entre a prestação da autora e a da ré tornar-se-ia por demais acentuada (...), assim desequilibrando em demasia

os pratos da balança contratual a favor de quem já se encontra, à partida, numa posição vantajosa. Isto porque ficariam excluídos do âmbito da cobertura um significativo conjunto de riscos típicos, próprios da modalidade de seguro contratado» (Ac. do STJ, de 19.10.2010, *Nuno Cameira*, Processo nº 13/07.1TBCHV.G1, em definição negativa do âmbito da cobertura, por cláusula de exclusão, mas ainda assim com utilidade aqui).

Aderimos, por isso, «ao entendimento judicial que, neste contrato “obrigatório”, e atendendo ao fim objectivo da imposição do seguro de vida, tem dificuldade em não ver um grave desequilíbrio entre as prestações do segurador e do segurado no vaso de uma cobertura de invalidez relevante de tal modo exigente (“apertada”) que só funcionará quando o segurado se encontrar em estado de “praticamente defunto”» (Arnaldo Filipe da Costa Oliveira, «Seguro de vida associado ao crédito a habitação: A “acordadíssima” jurisprudência relativa à cobertura de invalidez, seguida de Ponto da situação do quadro regulatório aplicável», *Revista de Direito e de Estudos Sociais*, Janeiro-Setembro 2015, Ano LVI, nº 1-3, Almedina, p. 189 a Junho de 2009, p. 234).

(No mesmo sentido, embora com diferentes formulações, Ac. do STJ, de 29.04.2010, *Azevedo Ramos*, Processo nº 5477/8TVLSB.L1.S1, Ac. do STJ, de 27.05.2010, *Oliveira Vasconcelos*, Processo nº 976/06.4TBO-AZ.P1.S1, Ac. do STJ, de 07.10.2010, *Serra Baptista*, Processo nº 1583.06.7TBPRD.L1.S1, e Ac. do STJ, de 18.09.2014, *Granja da Fonseca*, CJSTJ, Too III, p. 266; Ac. da RG, de 27.03.2008, *Raquel Rego*, Processo nº 369/08-1, Ac. da RG, de 06.04.2010, *A. Costa Fernandes*, Processo nº 646/05.5TBAMR.G1, Ac. da RG, de 19.10.2010, *Isabel Fonseca*, Processo nº 1989/09.0BBRG.G1, Ac. da RG, de 31.05.2011, *Rosa Tching*, Processo nº 153/08.0TCGMR.G1, e Ac. da RG, de 19.03.2013, *Maria da Purificação Carvalho*, Processo nº 182/11.6TBVLN.G1; Ac. da RL, de 29.01.2009, *Bruto da Costa*, Processo nº 8347/2008-8, Ac. da RL, de 26.02.2013, *Cristina Coelho*, Processo nº 411/10.3TBTVD.L1-2, e Ac. da RL, de 12.12.2013, *Farinha Alves*, Processo nº 360/08.5TVLSB.L1-2; e Ac. da RP, de 06.06.2013, *Leonel Serôdio*, Processo nº 30077/08.7TVBCD.P1).

Tornando-se desta forma a cláusula em causa nula (nos termos do art. 21º, al a) do Dec-Lei nº 446/85, de 25 de Outubro), nada tendo sido alegado para o efeito, nem se considerando que a dito contrato de seguro de grupo-ramo vida não possa subsistir sem ela (por implicar agora um desequilíbrio de prestações gravemente atentatório da boa fé, ou por a Ré ter demonstrado que não teria sido concluído sem a parte viciada), **permanece a mesma obrigada à sua contraprestação.**

De modo contrário se decidiria (conforme Arnaldo Filipe da Costa Oliveira, «Seguro de vida associado ao crédito a habitação (...)», p. 234 e 235), entendendo então que o **desequilíbrio de prestação não se verificaria**, se o segurador tivesse alegado e demonstrado que:

- . a diferença do preço entre a cobertura de invalidez relevante de «malha apertada» e a de «malha larga» é de tal modo significativa que,
- . tendo o obrigado à informação pré-contratual do candidato a segurado cumprido o dever de informar e esclarecer sobre o conteúdo e o alcance das opções existentes em matéria de cobertura de invalidez relevante de forma específica, adequada, pro-activa e clara,
- . e tendo o consumidor preferido a cobertura mais exigente de invalidez relevante a troco de **uma descida relevante no custo total dos custos** associados à subscrição do crédito à habitação, preferindo a utilidade presente (menor custo das responsabilidades com o crédito) em detrimento da utilidade futura (maior protecção em caso de invalidez relevante).

*

Há ainda quem, com outro tipo de argumentação - **aplicação analógica do regime do contrato de seguro obrigatório** ao contrato de seguro de grupo de vida - , defenda o mesmo resultado (de desconsideração da cláusula contratual geral de definição alargada do sinistro «*invalidez total e permanente*»).

Pondera-se para o efeito que no contrato de seguro de vida associado ao crédito à habitação, imposto pela instituição de crédito como condição de concessão do crédito, não sendo, «nem um de responsabilidade civil nem um seguro obrigatório, pode facilmente reconhecer-se uma analogia material daquele com estas duas categorias, na medida em que **é imposto por uma parte mais “forte” a uma parte mais “fraca”** (sendo pois “obrigatório” em sentido impróprio) e em que **visa ressarcir uma perda que ao mutuante impositor pode advir da contratação o crédito** (contrato “subjacente” ao contrato de seguro de vida) com o mutuário.

Assim, não choca, parece-nos, apelar a uma aplicação analógica ao seguro de vida associado ao crédito à habitação do **princípio da utilidade do seguro**

que o legislador do RJCS considerou ser importante prever relativamente a um tipo outro de contrato de seguro».

Justificar-se-ia, por isso, a aplicação nesta sede do disposto no art. 146º, nº 3 e nº 5 do RJCS (preceitos especiais de seguro obrigatório), por serem «mais exactamente um **embrião de um regime geral dos contratos de seguro obrigatório** (em sentido próprio, embora) do que propriamente um regime especial dos contratos de seguro de responsabilidade civil» (Arnaldo Filipe da Costa Oliveira, «Seguro de vida associado ao crédito a habitação (...)», p. 197, com bold apócrifo).

Logo, «o dano a atender para efeito do princípio indemnizatório é disposto na lei geral», não podendo «ser convencionada solução diversa» (nº 2 do art. 138º, aplicável *ex vi* do nº 3 do art. 146º, ambos do RJCS); e, sendo «celebrado um contrato de seguro com carácter facultativo, que não cumpra a obrigação legal ou contenha exclusões contrárias à natureza do seguro obrigatório, não se considera cumprido o dever de cobrir os riscos por via de um seguro obrigatório» (nº 5 do art. 146º citado).

*

Reitera-se, por isso, a improcedência do **primeiro fundamento** do recurso de apelação interposto pela Ré (Companhia de Seguros A, S.A.), subsumindo-se a condição física da Autora (M. T.) ao conceito contratual de «**invalidéz total e permanente por doença**», prevenida como sinistro no contrato de seguro de grupo vida celerado por esta segunda com aquela primeira.

*

4.4. Interpretação do contrato

4.4.1.1. Em geral

Lê-se no art. 236º, nº 1 do C.C., que «a declaração negocial vale com o sentido que um declaratório normal, colocado na posição do real declaratório, possa deduzir do comportamento do declarante, salvo se este não puder razoavelmente contar com ele».

Contudo, «sempre que o declaratório conheça a vontade real do declarante, é de acordo com ela que vale a declaração emitida» (nº 2 do art. 236º citado).

Logo, enquanto que o nº 1 do art. 236º do C.C. consagrou uma **interpretação objectivista** (denominada teoria da impressão do destinatário), o seu nº 2 consagrou um **interpretação subjectivista**, relativamente à qual deixa de se justificar a protecção das legítimas expectativas do declaratório e da segurança do tráfico.

Deverá, assim, o intérprete começar por averiguar se o declaratório **conhecia a vontade real do declarante**, o sentido que o mesmo pretendeu exprimir através da declaração. «Conhecendo-a, é de acordo com a vontade comum das partes que o negócio vale, quer a declaração seja ambígua, quer o seu sentido (objectivo) seja inequivocamente contrário ao sentido que as partes lhe atribuíram» (Pires de Lima e Antunes Varela, *Código Civil Anotado*, Vol. I, Coimbra Editora, Limitada, 1987, p. 224). Consagra-se, deste modo, a regra *falsa demonstratio non nocet*.

Só quando o declaratório não conheça a vontade real do declarante é que o sentido decisivo da declaração negocial será «aquele que seja **apreendido por um declaratório normal**, ou seja, medianamente instruído e diligente, colocado na posição do declaratório real, em face do comportamento do declarante», a não ser que este, razoavelmente, não pudesse contar com tal sentido (ibidem, p. 223, com bold apócrifo).

O **comportamento do declarante** a que se refere o nº 1 do art. 236º do C.C. «não é constituído somente pela textual declaração negocial por ele proferida, mas também pelas circunstâncias, a ele relativas, do caso concreto que, conhecidas ou devendo ser conhecidas pelo declaratório, possam esclarecer o sentido da declaração», sendo exemplos dessas circunstâncias atendíveis «os termos do negócio, os interesses que nele estão em jogo, a finalidade prosseguida pelo declarante, as negociações prévias, as precedentes relações negociais entre as partes, os hábitos do declarante (de linguagem e outros), os usos da prática, em matéria terminológica ou de outra natureza que possa interessar, os modos de conduta por que se prestou observância ao negócio concluído» (RLJ, ano 110, p. 42).

Por outras palavras, «o alcance decisivo da declaração será àquele que em abstrato lhe atribuiria um **declaratório razoável**, medianamente inteligente, diligente e sagaz, colocado na posição concreta do declaratório real, em face das circunstâncias que este efectivamente conheceu e das outras que podia ter conhecido, maxime dos termos da declaração, dos interesses em jogo e seu mais razoável tratamento, da finalidade prosseguida pelo declarante, das

circunstâncias concomitantes, dos usos da prática e da lei» (J. Calvão da Silva, *Estudos de Direito Comercial*, 1996, p. 217, com bold apócrifo).

Assim, «a normalidade do destinatário, que a lei toma como padrão, exprime-se não só na capacidade para entender o texto ou conteúdo da declaração, mas também na diligência para recolher todos os elementos que, coadjuvando a declaração, auxiliem a descoberta da vontade real do declarante (Pires de Lima e Antunes Varela, *ob. cit.*, p. 243).

Serão por isso atendíveis na interpretação da declaração negocial quer as **circunstâncias contemporâneas** da mesma, quer **anteriores à sua conclusão**, quer posteriores, importando que quer o declaratário, quer o declarante actuem de boa fé, aquele investigando o que o declarante quis, tendo em consideração todas as circunstâncias por si conhecidas, e este deixando valer da declaração no sentido em que o declaratário, mediante verificação cuidadosa, tinha de atribuir-lhe (*RLJ*, ano 104, p. 63, com bold apócrifo).

Nesta averiguação, «é também relevante aposição assumida pelas partes na **execução do negócio**. Esta não pode, na verdade, deixar de, razoavelmente, corresponder ao que as partes entendem ser os seus direitos e as vinculações que para uma delas emergem do negócio» (Carvalho Fernandes, *Teoria Geral do Direito Civil*, Vol. II, Universidade Católica Portuguesa, 3ª edição, 2001, p. 417, com bold apócrifo. No mesmo sentido, Oliveira Ascensão, *Teoria Geral*, Vol. II, Coimbra Editora, 1999, p. 157, onde se lê que «pode estabelecer-se a presunção facti de que o comportamento das partes traduz o entendimento comum, ou a interpretação que communmente dão ao negócio. Na jurisprudência, Ac. da RC, de 14.09.2010, in www.dgsi.pt).

Tratando-se, porém, de um **negócio formal** (isto é, sujeito por lei a forma especial), e de acordo com o art. 238º, nº 1 do C.C., «não pode a declaração valer com um sentido que não tenha um mínimo de correspondência no texto do respectivo documento, ainda que imperfeitamente expresso».

Contudo, «esse sentido pode, todavia, valer, se corresponder à vontade real das partes e as razões determinantes da forma do negócio se não opuserem a essa validade» (nº 2 do art. 238º citado).

Encontramos, assim, reafirmado, a propósito dos negócios formais (nomeadamente documentais) o já referido a propósito dos demais não sujeito a forma especial - consagrando outra vez o nº 2 do preceito a regra *falsa*

demonstratio non nocet - , com a atenuação exigida pela especial natureza destes.

Por fim, e nos termos do art. 237º do C.C., «em caso de dúvida sobre o sentido da declaração, prevalece, nos negócios gratuitos, o menos gravoso para o disponente e, nos onerosos, o que conduzir ao maior equilíbrio das prestações».

O aqui disposto «vale para os casos em que a declaração, consultados todos os elementos utilizáveis para a sua interpretação de harmonia com o critério fixado no artigo anterior [236º], comporta ainda dois ou mais sentidos, baseados em razões de igual força» (Pires de Lima e Antunes Varela, *Código Civil Anotado*, Vol. I, 4ª edição, Coimbra Editora, Limitada, p. 224.

Para uma síntese destas regras, Rui Pinto Duarte, *A interpretação dos contratos*, p. 54 a 58; e Evaristo Mendes e Fernando Sá, *Comentário ao CC anotado- parte geral*, p. 532 e seguintes).

*

4.4.1.2. Interpretação de cláusulas contratuais gerais

Lê-se no art. 10º do Dec-Lei nº 446/,85, de 25 de Outubro, que as «cláusulas contratuais gerais são interpretadas e integradas de harmonia com as regras relativas à interpretação e integração dos negócios jurídicos, mas sempre dentro do contexto e cada contrato singular».

«Salienta o trecho final do preceito um aspecto da maior importância: a interpretação e integração das cláusulas contratuais gerais devem fazer-se sempre dentro do **contexto de cada contrato singular** em que se incluam. Recusou-se a possibilidade de interpretações e integrações realizadas na base exclusiva das próprias cláusulas contratuais gerais, dando-se prevalência a uma **justiça individualizadora**. As circunstâncias concretas dos contratos singulares podem, de facto, levar a resultados interpretativos ou integrativos diferentes dos propiciados por elencos abstractos de cláusulas, permitindo uma justiça material mais apurada» (Mário Júlio de Almeida Costa e António Menezes Cordeiro, *Cláusulas Contratuais Gerais, Anotações ao Dec-Lei nº 446/85, de 25 de Outubro*, Livraria Almedina, Coimbra, 1986, p. 31, com bold apócrifo. No mesmo sentido, explicado esta intenção de justiça individualizadora, Menezes Leitão, *Direito das Obrigações*, Vol. I, págs. 36 e 37).

Nesta prevalência da realização de uma justiça individualizadora, face ao dever de observar o contexto de cada contrato singular, incluem-se as **circunstâncias da sua celebração**. Ora, como exemplos de circunstâncias a ponderar para este efeito, deverão ser tidas em consideração: as negociações preliminares entre as partes; as práticas estabelecidas entre as partes; o comportamento das partes posterior à conclusão do contrato; a natureza e a finalidade do contrato; o sentido comumente atribuído às cláusulas e expressões no ramo de comércio em causa; os usos; enfim, todos factores conducentes ao apuramento da «compreensão real» que as partes tiveram ou da que «pessoa razoável da mesma condição» possa ter tido (Ana Prata, *Contratos de Adesão e Cláusulas Contratuais Gerais*, p. 301- 302).

Mais se lê, no art. 11º, nº 1 e nº 2 do Dec-Lei nº 446/85, de 25 de Outubro, que as «cláusulas contratuais gerais ambíguas têm o sentido que lhes daria o contratante indeterminado normal que se limitasse a subscrevê-las ou a aceitá-las, quando colocado na posição de aderente real», prevalecendo, em caso de dúvida, «o sentido mais favorável ao aderente».

Uma **cláusula ambígua** é uma cláusula obscura, duvidosa, polémica quanto ao seu sentido interpretativo.

«As responsabilidades particulares que recaem sobre a pessoa que impõe cláusulas contratuais gerais - a qual, tendo ponderado as cláusulas a que recorre, deve conhecer o seu sentido -», e se encontra «adstrita a **deveres de clareza**, (...) reforçados pelo **princípio da boa fé**», justifica que se dispense «uma protecção especial ao contratante fraco ou em posição desfavorecida» (Mário Júlio de Almeida Costa e António Menezes Cordeiro, *Cláusulas Contratuais Gerais, Anotações ao Dec-Lei nº 446/85, de 25 de Outubro*, Livraria Almedina, Coimbra, 1986, p. 32, com bold apócrifo).

Por outras palavras, «esta solução faz recair o risco da ambiguidade da cláusula sobre o respectivo predisponente, nos casos em que aquela não seja susceptível de fixação de um sentido unívoco por um aderente de comum diligência, o mesmo é dizer que faz impender sobre aquele um ónus de clareza». Compreende-se, por isso, que não «impensadamente se qualifica a posição do predisponente das cláusulas gerais como **ónus de expressão clara e unívoca**, pois que, aqui, diversamente do que sucede no artigo 5.º, a consequência é apenas a desvantagem para aquele de uma interpretação mais favorável ao aderente» (Ana Prata, *Contratos de Adesão e Cláusulas Contratuais Gerais*, p. 304, incluindo a nota 895, com bold apócrifo).

Assim, as cláusulas contratuais gerais ambíguas valerão com o sentido que um aderente normal, colocado na posição do aderente real, lhes atribuiria e ainda que a contraparte não pudesse razoavelmente contar com ele, ao contrário do que sucede no regime geral consagrado no art. 236º, nº 1, *in fine*, do C.C.; e, na dúvida, prevalece o sentido mais favorável ao aderente.

Destas considerações resulta que, quando se trata de interpretar cláusulas contratuais duvidosas relativas a condições gerais da apólice:

- . no seguimento da convocação e aplicação do princípio da boa-fé (arts. 227º, nº 1 e 762º, nº 2, ambos do CC) e do princípio da confiança, a lei responsabiliza o declarante pelo sentido da sua declaração, fazendo-o responder pelo sentido que a outra parte teve de considerar querido ao captar as suas intenções, ou seja, pela aparência da sua (do declarante) vontade, já que deveria ter-se exprimido de uma forma, tanto quanto possível, clara e correta;
- . e deve prevalecer a sua interpretação restritiva, impondo-se o princípio do *in dubio contra proferentem* ou *contra stipulatorem*, por serem cláusulas típicas de contrato de adesão, merecendo o aderente protecção especial.

*

4.4.1.3. Interpretação do contrato de seguro

Na interpretação do contrato de seguro (e atenta a natureza plúrima das cláusulas contratuais que habitualmente o integram, fruto da autonomia da vontade e impostas em sede de contrato de adesão), importa considerar os seguintes regimes interpretativos:

- . «cláusulas gerais de alguns contratos aprovados por Norma Regulamentar do Instituto de Seguros de Portugal e cláusulas contratuais gerais elaboradas sem prévia negociação individual, que proponentes ou destinatários se limitem a subscrever ou aceitar: é-lhes aplicável o regime interpretativo previsto pelo art. 10.º e segs. do **decreto-lei nº 446/85, de 25 de Outubro**;
- . cláusulas contratuais gerais elaboradas com prévia negociação individual: é-lhes aplicável o **regime geral de interpretação do negócio jurídico**.

A apólice integra condições gerais, especiais, se as houver, e particulares. O regime interpretativo das cláusulas contratuais gerais aplica-se às condições

gerais e especiais elaboradas sem prévia negociação individual, **mas não às cláusulas particulares**, as quais não participam dos requisitos das cláusulas predispostas por apenas uma das partes, pelo que se lhes aplicam as regras de interpretação típicas do negócio jurídico» (Ac. da RP, de 17.01.2008, *Teles de Menezes*, Processo nº 0736845, com bold apócrifo).

Concretizando brevemente as **regras gerais do direito civil**, explicitadas supra, dir-se-á que «o declaratório corresponde à **figura do tomador médio**, sem especiais conhecimentos jurídicos ou técnicos, tendo em consideração, em matéria de interpretação do contrato, o sentido que melhor corresponda à sua natureza e objecto, vale dizer ao “âmbito do contrato” nas suas vertentes da “definição das garantias, dos riscos cobertos e dos riscos excluídos”, adoptando o sentido comum ou ordinário dos termos utilizados na apólice ou, quando seja o caso, o sentido técnico dos termos que claramente se apresentem em tal conteúdo» (Ac. da RG, de 02.07.2013, *Filipe Carço*, Processo nº 1344/11.1TBVCT.G1, com bold apócrifo).

Reconhece-se, porém, que os conceitos e linguagem utilizados na apólice e outros escritos relativos ao contrato de seguro, a complexidade dos clausulados dos contratos, a necessidade de articular as condições gerais (com a sua natureza de cláusulas contratuais gerais) com as condições particulares, a consideração de outros elementos anteriores ou posteriores à apólice, são algumas das fontes de dificuldade na interpretação do contrato de seguro (José Vasques, *Contrato de Seguro*, p. 348 e ss).

*

4.4.2. Concretizando, veio a Ré (Companhia de Seguros A, S.A.) defender que a Autora (M. T.) não se subsumiria à protecção consagrado no contrato de seguro de grupo vida em causa nos autos, uma vez que, invocando a verificação do sinistro «**invalidéz total e permanente**», a sua condição física não o preencheria: **as patologias do foro psiquiátrico** - no caso, responsáveis por 15% da incapacidade da Autora - **encontram-se contratualmente excluídas do âmbito da cobertura do seguro, excepto se tiverem uma duração ininterrupta dois anos** (período que não teria ficado demonstrado); e, ainda que se entendesse de outro modo, não estaria demonstrado que a doença do foro psiquiátrico de que a Autora padece **seja irreversível ou incurável**.

Estando-se perante uma cláusula contratual geral (de exclusão) importa então aplicar as regras de interpretação do contrato referidas supra, pelo que:

- . conhecendo-se a vontade real dos declarantes, a declaração vale de acordo com a mesma (art. 236, nº 2 do CC)

Ora, no caso concreto, não consta da matéria de facto qualquer indicação sobre a que tivesse sido, à data da celebração do contrato, a vontade real dos declarantes (para além do singelo texto do clausulado do contrato).

- . não sendo conhecida a vontade real dos declarantes, a declaração vale com o sentido que um declaratório normal, medianamente instruído, colocado na posição do real declaratório, possa deduzir do comportamento do declarante, salvo se este não puder razoavelmente contar com ele, sendo que, no âmbito do contrato de seguro, esse declaratório normal corresponde à figura do tomador médio, sem especiais conhecimentos jurídicos ou técnicos.

- . na interpretação de um contrato, são elementos essenciais para a fixação do sentido das declarações, o texto do seu clausulado, as circunstâncias de tempo, lugar e outras que precederam a sua celebração ou são contemporâneas desta, bem como as negociações respectivas, a finalidade prática visada pelas partes, o próprio tipo negocial, a lei e os usos e os costumes por ela recebidos;

- . na interpretação do contrato de seguro, deve-se atender ao sentido que melhor corresponda à sua natureza e objecto, adoptando o sentido comum ou ordinário dos termos utilizados na apólice, ou (quando seja o caso) o sentido técnico dos termos que claramente se apresentem em tal conteúdo.

Ora, e começando pelo texto da cláusula em causa, resulta a mesma que «*O QUE NÃO ESTÁ SEGURO*», em caso de «*Invalidez Total e Permanente por Acidente e Doença (Cobertura Complementar)*» são «*Patologias do foro psíquico, salvo se verificadas ininterruptamente por um período mínimo de 2 anos*».

Dir-se-á, assim, que a dita cláusula se reporta à patologia do foro psíquico enquanto **doença única causa da invalidez total e permanente**, e não como **mera sequela causa parcial desse sinistro** (radicado numa outra patologia).

Com efeito, não só esse alargamento (da doença determinante à sequela apenas parcial) não colhe no **texto da cláusula** em causa qualquer apoio,

como inexistente igualmente em todas as demais cláusulas de exclusões que a antecedem e que a seguem.

Este entendimento sai reforçado pela consideração do **tipo contratual em causa**, nomeadamente da sua natureza concreta, da finalidade aqui visada, e do sentido comum dos termos nele utilizados, já que, procurando o contrato de seguro cobrir o risco da verificação de um determinado sinistro (no caso, a invalidez total e permanente), e pressupondo-se que esta resultará de «acidente» ou «**doença**», entende-se comumente que esta última é considerada como a **causa determinante daquela primeira**; e, por isso, igualmente se exige uma duração ininterrupta por um período mínimo de 2 anos, já que, não estando posto em crise o seu carácter incapacitante (prevenido no exigido grau de desvalorização, igual ou superior a 66,6(6)%), pretende-se obter a necessária segurança sobre o seu **carácter de irreversível ou de incurabilidade tendencial** (uma vez que não se tem aqui um testemunho físico equivalente ao de uma patologia do foro não psíquico).

Considerando agora o **entendimento do tomador de seguro médio**, sem especiais conhecimentos jurídicos ou técnicos, dir-se-á que o mesmo interpretaria a cláusula de exclusão conforme realizado supra (isto é, no sentido da mesma se reportar apenas às patologias do foro psíquico como causa única de determinante da invalidez).

Com efeito, qualquer pessoa indeterminada pressupõe que a invalidez total e definitiva por doença radica numa concreta patologia, que **se diagnostica como tal**, a que é **atribuído um nome, um prognóstico e um tratamento**. Assim, e quando a mesma é considerada excluída da cobertura do referido sinistro, considera-se de novo a doença que seria abstractamente causa da sua incapacidade (se fosse aceite para este efeito), e não as **sequelas eventuais, parciais e de diferente natureza** que o integral decurso do processo a que venha a ser sujeita lhe possa igualmente causar.

Dir-se-á ainda que, decalcando o entendimento da Ré (Recorrente) sustentado nos autos (isto é, que a expressão «*patologias do foro psíquico*» abrangeria quer a doença em si - causa determinante da incapacidade por invalidez total e permanente -, quer as sequelas que parcialmente contribuíssem para completar o montante da incapacidade determinada por outra doença), ter-se-ia então que considerar a dita **cláusula de exclusão como tendo um sentido ambíguo**.

Logo, e dessa forma, reiterar-se-ia a propósito do **contratante indeterminado normal que a teria subscrito ou aceite** o já referido a

propósito do tomador médio do contrato de seguro, isto é, tenderia a atribuir-lhe o mesmo sentido defendido supra; e, na dúvida que outro entendimento pudesse justificar, prevaleceria aquele outro, por ser o **mais favorável ao aderente** (assim se onerando a Ré com o princípio do *in dubio contra proferentem* ou *contra stipulatorem*, pela falta de clareza que a ela própria seria exclusivamente imputável).

Estabelecida a correcta interpretação da cláusula de exclusão em causa, não seria a mesma idónea a abranger «*as sequelas relativas ao foro psiquiátrico*» responsáveis por 15% do «*défice funcional permanente da integridade físico-psíquica de 71,1%*» que foi atribuído à Autora (Recorrida).

*

Contudo, considera-se que, mesmo face ao entendimento da cláusula de exclusão em causa sustentado pela Ré (Companhia de Seguros A, S.A.), a Autora (M. T.) estaria em condições de beneficiar da cobertura do seguro invocado.

Com efeito, aquele concreto «*défice funcional decorrente da perturbação mental*», que reflecte «*as sequelas da perturbação ou os défices funcionais para o desempenho do trabalho habitual*», num grau correspondente a «*perturbações funcionais moderadas, com ligeira a modera diminuição do nível de eficiência pessoal ou profissional*», **verificou-se ininterruptamente durante um período consecutivo de mais de dois anos** («*iniciaram-se em 2012 e estiveram presentes mais de 2 anos até à data*»).

Dir-se-á igualmente que não se aceita que fosse exigível a prova de que as ditas patologias do foro psíquico fossem **incuráveis e irreversíveis**, prova essa que não teria ficado feita nos autos.

Com efeito, não só essa concreta exigência **não resulta do clausulado contratual** (compreendendo-se, assim, que a Ré não a haja localizado no mesmo), como o carácter definitivo e incurável das patologias consideradas **fica necessariamente certificado com a determinação da invalidez total e permanente** que aquelas determinam, no momento em que esta é fixada.

Por fim, tendo tais «*patologias do foro psíquico*» durado os dois anos consecutivos necessários para que se lhes confira relevância (uma vez que se terá então como demonstrado o seu carácter tendencialmente grave e duradouro), a **incapacidade que determinaram terá de ser reportada ao**

respectivo início (já que não nasceu com a completude daquele período de dois anos, exclusivamente exigível para a tornar certa/provada, mas não existente).

Compreende-se, assim, que o Tribunal *a quo* haja ajuizado que:

«(...)

Quanto à alegada exclusão por via de alegada verificação de doença psiquiátrica, também não pode a mesma assumir o relevo pretendido pela Ré.

(...) há ainda que interpretar devidamente tal cláusula bem como se a situação em apreço é efectivamente subsumível à mesma.

Entende-se que não.

O fundamento ou motivo de accionamento do seguro em apreço nos autos não foi uma doença do foro psiquiátrico como inculca o texto e a razão de ser da exclusão, mas uma doença oncológica que acarretou várias sequelas, entre elas, psiquiátricas, devendo considerar-se que foi ou é a doença oncológica que provoca uma invalidez com um défice funcional de 71,1%, sendo certo que, como se refere no relatório da perícia “os danos psiquiátricos iniciaram-se em 2012 e estiveram presentes mais de 2 anos até à data”.

Conclui-se assim que a garantia do seguro – na vertente do risco por invalidez total e permanente tal como definido pelas condições particulares da apólice – cobre o sinistro sofrido pela A..

(...)»

Improcede, deste modo, o **segundo fundamento** do recurso de apelação interposto pela Ré (Companhia de Seguros A, S.A.), subsumindo-se a condição física da Autora (M. T.) ao conceito contratual de «**invalidez total e permanente por doença**», nomeadamente por as sequelas do foro psíquico não integrarem a cláusula de exclusão da cobertura do âmbito do seguro em causa; e, ainda que o integrassem, se terem manifestado pelo período ininterrupto de dois anos exigido para que se lhes confira relevância (desse modo deixando de funcionar a dita exclusão que as abrangeria).

*

4.5. Cláusula contratual - Dever de informação

4.5.1.1. Dever de informação do segurador

Descriminavam-se no art. 179º do **Regime Geral da Actividade Seguradora** (aprovado pelo Dec-Lei nº 94-B/98, de 17 de Abril), as informações pré-contratuais a prestar necessariamente pelo segurador, antes da celebração do contrato de seguro de vida, de forma clara, por escrito e redigidas em língua portuguesa; e, em caso de incumprimento do segurador, consagrava-se o direito de resolução do segurado, a exercer no prazo de 30 dias a contar da recepção da apólice, bem como o seu direito de ser reembolsado da totalidade das importâncias pagas.

De forma conforme, discriminava-se nos arts. 2º e 10º do **Regime da Transparência nos Seguros** (aprovado pelo Dec-Lei nº 176/95, de 26 de Julho) o objecto dos deveres de informação pré-contratuais a considerar nos seguros do ramo vida, por acréscimo ao já exigido pelo art. 171º do Dec-Lei nº 102/94, de 20 de Abril, bem como o objecto das suas «*Condições Gerais*» e das «*Condições Especiais*».

Lê-se agora no art. 18º, als. b) e c) do actual **RJCS** que, sem «prejuízo das menções obrigatórias a incluir na apólice, cabe ao segurador prestar todos os esclarecimentos exigíveis e informar o tomador do seguro das condições do contrato, nomeadamente do âmbito do risco que se propõe cobrir e das exclusões e limitações da cobertura», isto é, sobre os contornos positivos e negativos da prestação a que se obriga, designadamente quanto ao tipo de risco que cobre e respectiva delimitação.

Estabelece-se, assim, «a cargo do segurador um **dever geral de esclarecimento e informação ao tomador do seguro** que o habilite à compreensão das condições do contrato, concretizando ainda [nas diversas alíneas do art. 18º] os elementos de informação a constar obrigatoriamente de documento escrito disponibilizado ao tomador do seguro, antes de este se vincular. Por referência ao regime anteriormente vigente, generaliza a todos os contratos de seguro e a todos os tipos de tomadores de seguros (pessoa singular/pessoa colectiva) a obrigatoriedade de prestação pelo segurador dos esclarecimentos exigíveis e de um conjunto mínimo de informações, que vão além do prescrito pelas Directivas comunitárias (sobretudo no âmbito dos seguros “Não vida”)» (Pedro Romano Martinez, Leonor Cunha Torres, Arnaldo da Costa Oliveira, Maria Eduarda Ribeiro, José Pereira Morgado, José Vasques e José Alves de Brito, *Lei do Contrato de Seguro Anotada*, Almedina, Janeiro de 2009, p. 83, anotação de Eduarda Ribeiro, com bold apócrifo).

Este dever geral de esclarecimento torna-se mais exigente no caso dos **seguros de vida**, alargando o art. 185º do RJCS o leque das informações pré-contratuais a prestar necessariamente pelo segurador, antes da celebração do contrato; e ressalva ainda que, para além das enumeradas expressamente nas diversas alíneas do seu nº 1, poderão «acrescer, caso se revele necessário para a compreensão efectiva pelo tomador do seguro dos elementos essenciais do contrato, deveres de informação e de publicidade ajustados às características específicas do seguro, nos termos a regulamentar pela autoridade de supervisão competente» (nº 2).

Relativamente ao **modo como as informações deverão ser prestadas** pelo segurador, a lei impõe hoje que o sejam «de forma clara, por escrito e em língua portuguesa, antes do tomador de seguro se vincular», devendo a proposta de seguro «conter uma menção comprovativa de que as informações que o segurador tem de prestar foram dadas a conhecer ao tomador do seguro antes de este se vincular» (art. 21º, nº 1 e nº 5 do RJCS).

Já quanto à **identidade de quem deverá prestar as informações**, no caso do **seguro de grupo**, lê-se no art. 78º do RJCS «o tomador do seguro deve informar os segurados sobre as coberturas contratadas e as suas exclusões, as obrigações e os direitos em caso de sinistros, bem como sobre as alterações ao contrato, em conformidade com um espécimen elaborado pelo segurador» (nº 1), competindo-lhe ainda prova que forneceu as informações referidas nos números anteriores» (nº 3), e ao segurador o «facultar, a pedido dos segurados, todas as informações necessárias para a efectiva compreensão do contrato» (nº 4).

Contudo, o «contrato de seguro pode prever que o dever de informar referido nos nºs 1 e 2 seja assumido pelo segurador» (nº 5 do art. 78º citado).

Por fim, lê-se no art. 79º do RJCS que o «incumprimento do dever de informar faz incorrer aquele sobre quem o dever impede em responsabilidade civil nos termos gerais».

Face a exposto, é hoje maioritária a jurisprudência que defende que o dever de informação, nos seguros de grupo, **recai unicamente sobre o tomador do seguro**; e que o seu incumprimento por parte deste **não é oponível ao segurador** (por todos, Ac. do STJ, de 15.04.2015, *Maria dos Prazeres Beleza*, Processo nº 385/12.6TBBRG.G1.S1. Na doutrina, defendendo não haver uma cumulação e deveres de informação, nos seguros de grupo, do tomador e do segurador, Arnaldo Filipe da Costa Oliveira, «Contrato de seguro: Proibição de

discriminação em razão de deficiência e de risco agravado de saúde - o voto por empréstimo do STJ no sentido da continuação da evolução» *O Direito*, Ano 146º, 2014, I, p. 262, nota 36).

Contudo, e embora reconhecendo o seu carácter ainda minoritário, é este Tribunal da Relação sensível ao facto de «os deveres de comunicação e esclarecimento, na íntegra, do conteúdo negocial estão previstos nos artigos 5º e 6º do DL 446/85 e resultam diretamente do princípio da boa-fé contratual consagrado no artigo 227º do Código Civil, estendendo-se a todas as partes dos contratos que tenham poder de impor cláusulas negociais ao consumidor», pelo que **o segurador deverá ser onerado com a sua falta de cumprimento pelo tomador** - e no caso, beneficiário - do seguro» (Ac. do STJ, de 14.04.2015, *Maria Clara Sottomayor*, Processo nº 294/2002.E1.S1, com bold apócrifo. Mais recentemente, de forma brilhantes e exaustiva, Ac. do STJ, de 29.11.2016, *Fonseca Ramos*, Processo nº 1274/15.8T8GMR.S1. Ainda, Ac. da RP, de 11.09.2008, *Fernando Baptista*, Processo nº 0834361, Ac. da RL, de 03.05.2011, *Dina Monteiro*, Processo nº 487/08.3TBDDR.L1-7, e Ac. da RP, de 27.02.2014, *Araújo de Barros*, Processo nº 2334/10.7TBG-DM.P1).

Outro entendimento, deixaria **sem eficaz protecção** (ao arrepio do que em sendo toda a evolução legislativa nestes domínios, do direito do consumidor e do direito dos seguros), **a «posição jurídica do aderente** que, não tendo sido informado das cláusulas de exclusão do seguro, se vê surpreendido pela actuação da seguradora que declina a responsabilidade assumida por via do contrato de seguro de grupo após a adesão»: «tem fraca protecção no direito que o aderente pode actuar contra o tomador do seguro se a indemnização que lhe puder exigir se reportar à reintegração, no seu património, do valor dos prémios que despendeu - indemnização pelo interesse contratual negativo - podendo não lhe ter servido de quase nada a protecção do seguro, lá e quando, como no caso, uma incapacidade permanente e definitiva surge» - «como consumidor não se vislumbra onde a lei protege eficazmente o aderente» (Ac. do STJ, de 29.11.2016, *Fonseca Ramos*, Processo nº 1274/15.8T8GMR.S1, com bold apócrifo).

Incumprindo o segurador os deveres de informação e de esclarecimento referidos, incorrerá hoje em responsabilidade civil, nos termos gerais; e incumprindo apenas os deveres de informação, conferirá ainda ao «tomador do seguro o direito de resolução do contrato, salvo quando a falta do segurador não tenha razoavelmente afectado a decisão de contratar da contraparte ou haja sido accionada a cobertura por terceiro» (art. 23º, nº 1 e nº 2 do RJCS).

Contudo, este **direito de resolução** terá de ser exercido «no prazo de 30 dias a contar da recepção da apólice, tendo a cessação efeito retroactivo e o tomador do seguro direito à devolução da totalidade do prémio pago» (nº 3 do art. 23º citado).

Precisa-se, porém, que a «remissão para a **responsabilidade civil, nos termos gerais**, implica a aplicação das regras comuns relativas aos pressupostos da responsabilidade civil e suas consequências. Como se trata da violação de um dever específico, mesmo que não tenha sido celebrado o contrato ou este seja nulo e ainda quanto a quem não seja parte no contrato de seguro, como o segurado, a responsabilidade é obrigacional, encontrando-se aplicação as regras dos arts. 798º e ss. do CC - presumindo-se a culpa do segurador (art. 799º, nº 1, do CC) - , bem como as regras gerais da obrigação de indemnizar dos arts. 562º e ss. Do CC.

Do preceito resulta que a regra é a solução por via da responsabilidade civil. Excepcionalmente, pode cumular-se com o direito de resolução; este direito, porém, para ser exercido, pressupõe que a falha seja suficientemente grave de modo a afectar a decisão de contratar» (Pedro Romano Martinez, Leonor Cunha Torres, Arnaldo da Costa Oliveira, Maria Eduarda Ribeiro, José Pereira Morgado, José Vasques e José Alves de Brito, *Lei do Contrato de Seguro Anotada*, Almedina, Janeiro de 2009, p. 107, comentário complementar de Pedro Romano Martinez, com bold apócrifo).

As disposições do arts. 18º, 21º e 23º foram qualificadas no art. 13º do RJCS como de «**imperatividade relativa**», pelo que o regime que dela resulta apenas pode ser afastado em benefício de um regime mais favorável ao tomador do seguro, ao segurado ou ao beneficiário da prestação de seguro.

*

4.5.1.2. Dever de informação de cláusula contratual geral

Lê-se no art. 5º, nº 1 e nº 2 do Dec-Lei nº 446/85, de 25 de Outubro, que as «cláusulas contratuais gerais, devem ser comunicadas na íntegra aos aderentes que se limitem a subscrevê-las ou a aceitá-las», sendo que «a comunicação deve ser realizada de modo adequado e com a antecedência necessária para que, tendo em conta a importância do contrato e a extensão e complexidade das cláusulas, se torne possível o seu conhecimento completo e efectivo por quem use de comum diligência».

Logo, neste **dever de comunicação** «não está em causa tão só a exigência de transmitir ao aderente as condições gerais, pois essa exigência vai funcionalizada ao propósito de tornar possível o real conhecimento das cláusulas pelo parceiro contratual do utilizador. (...)

Não basta, neste contexto, a pura notícia da “existência” de cláusulas contratuais gerais, nem a sua indiferenciada “transmissão”. Exige-se ainda que à contraparte do utilizador sejam proporcionadas condições que lhe permitam aceder a um real conhecimento do conteúdo, a fim de, se o quiser, firmar adequadamente a sua vontade e medir o alcance das suas decisões» (Almeno de Sá, *Cláusulas Contratuais Gerais e Directiva sobre Cláusulas Abusivas*, Almedina, 2ª edição revista e aumentada, p. 234).

Contudo, este «dever de comunicação é uma **obrigação de meios**; não se trata de fazer com que o aderente conheça efectivamente as cláusulas, mas apenas de desenvolver, para tanto, uma actividade razoável. Nessa alinha, o nº 2 esclarece que o dever de comunicação varia, no modo da sua realização e na sua antecedência, consoante a importância do contrato e a extensão e complexidade das cláusulas. Como bitola, refere-se a lei à possibilidade do conhecimento completo e efectivo das cláusulas por quem use de comum diligência. Encontra-se aqui uma afloração do critério geral de apreciação das condutas em abstracto e não em concreto» (Mário Júlio de Almeida Costa e António Menezes Cordeiro, *Cláusulas Contratuais Gerais, Anotações ao Dec-Lei nº 446/85, de 25 de Outubro*, Almedina, Coimbra, 1987, p. 25, com bold apócrifo).

Por outras palavras, «que o contraente venha a ter, na prática, tal conhecimento [das cláusulas contratuais gerais], isso já não é exigido, pois bem pode suceder que a sua conduta não se conforme com o grau de diligência legalmente pressuposto. Não obstante, deverá dar-se como cumprida, em tal circunstância, a exigência de uma comunicação adequada, tornando-se as cláusulas, por isso mesmo, parte integrante do contrato singular: aquilo a que o utilizador está vinculado é tão só a proporcionar à contraparte a *razoável possibilidade de delas tomar conhecimento*» (Almeno de Sá, *ibidem*).

Mas a este dever de comunicação acresce um **dever de informação**, isto é, «o contratante determinado que recorra a cláusulas contratuais gerais deve informar, de acordo com as circunstâncias, a outra parte dos aspectos nelas compreendidos cuja aclaração se justifique», devendo ainda «ser prestados

todos os esclarecimentos razoáveis solicitados» (art. 6º, nº 1 do do Dec-Lei nº 446/85, de 25 de Outubro).

Por outras palavras, a lei não só impõe que o contratante que se prevalece das cláusulas contratuais gerais comunique o seu conteúdo à outra parte, como ainda que lhe preste os esclarecimentos necessários a que a mesma compreenda o seu significado e as suas implicações, variando novamente o modo e a intensidade deste dever das particularidades do caso concreto, face ao que seriam as necessidades sentidas por um destinatário normal, colocado na situação considerada (Mário Júlio de Almeida Costa e António Menezes Cordeiro, *ibidem*).

Estes deveres de comunicação e de informação devem estar cumpridos no **momento da celebração do contrato**, isto é, no momento da emissão pela contraparte da declaração que a vincula (sendo em princípio irrelevante que lhe seja possibilitado, em momento ulterior, nomeadamente pela cópia das ditas condições gerais, o acesso e análise do seu clausulado).

E «o ónus da prova da comunicação adequada e efectiva cabe ao contratante determinado que submeta a outrem as cláusulas contratuais gerais» (art. 5º, nº 3 do Dec-Lei nº 446/85, de 25 de Outubro).

Não basta, assim, «a mera invocação de um “dever saber” que recairia sobre o cliente, quer no que concerne à *normal utilização* de condições gerais pelo proponente nos contratos que habitualmente celebra, quer no que respeita ao *conteúdo* dessas condições. De facto, não é isso que elimina a exigência legal de comunicação à contraparte das condições gerais exigência que constitui, em certo sentido, como que uma “formalização” do evento da inclusão das cláusulas no contrato singular - , nem a articulada necessidade de se proporcionar ao cliente a possibilidade de uma exigível tomada de conhecimento do conteúdo do clausulado: não é o cliente quem deve, *por iniciativa própria*, tentar efectivamente conhecer as condições gerais, é ao utilizador que compete *proporcionar-lhe condições para tal*» (Almeno de Sá, op. cit., p. 241).

Afasta-se, deste modo, a orientação - mais extrema - daqueles que entendem que, tendo o contrato sido assinado, vinculou, pela mera aposição daquela assinatura, o seu autor, já que, «quem subscreve um contrato sem o ter lido, nem ter tomado conhecimento do seu conteúdo, não pode depois, em princípio, vir alegar erro na declaração, pois se o assinou é porque quis admitir o conteúdo do documento seja qual for o seu teor literal, a não ser que contenha regulamentação que não podia em nenhum caso prever», ou se se

assinou o documento julgando que o mesmo não tinha qualquer conteúdo negocial (Karl Larenz, *Derecho Civil, Parte Generale*, p. 509).

Para estes autores, a vinculação do subscritor do documento, sem prévia leitura do mesmo, decorre dum princípio da responsabilidade, sendo que, se assinou sem o ler, fez - de qualquer forma - seu o contexto do documento (José Lebre de Freitas, *A Falsidade no Direito Probatório*, Livraria Almedina, 1984, p. 71, nota 156, e p. 71/72, nota 157).

. Consequências da violação

Lê-se no art. 8º, als. a) e b), do Dec-Lei nº 446/85, de 25 de Outubro, que se consideram excluídas dos contratos singulares as cláusulas contratuais neles insertas com inobservância destas regras pré-negociais, nomeadamente «as cláusulas que não tenham sido comunicadas nos termos do artigo 5º», e «as cláusulas comunicadas com violação do dever de informação, de molde que não seja de esperar o seu conhecimento efectivo».

É, pois, «radical a solução da nossa lei, pois determina que as cláusulas que se encontrem nessa situação não chegam sequer a fazer parte do conteúdo do contrato singular celebrado: pura e simplesmente, consideram-se dele excluídas, o mesmo é dizer que se têm *como não escritas*» (Almeno de Sá, *Cláusulas Contratuais Gerais e Directiva sobre Cláusulas Abusivas*, Almedina, 2ª edição revista e aumentada, p. 251).

Nestes casos, «os contratos singulares mantêm-se, vigorando na parte afectada as normas supletivas aplicáveis, com recurso, se necessário, às regras de integração dos negócios jurídicos», sendo, «todavia, nulos quando, não obstante a utilização dos elementos indicados (...), ocorra uma indeterminação insuprível de aspectos essenciais ou um desequilíbrio nas prestações gravemente atentatório da boa fé» (art. 9º, nº 1 e nº 2 do Dec-Lei nº 446/85, de 25 de Outubro).

Por outras palavras, «em princípio a invalidade de determinadas cláusulas incluídas em contratos singulares ditaria a não subsistência destes, excepto quando se pudesse operar com o instituo da redução; ele implica a manutenção do negócio sem a parte viciada (art. 292º do Código Civil). Atento aos valores em apreço e com o escopo de não prejudicar o aderente às cláusulas contratuais gerais, optou o legislador pela manutenção dos contratos singulares atingidos. Na parte afectada, devem vigorar, então, as normas supletivas afastadas pelas cláusulas contratuais gerais e, sempre que necessário, com recurso aos critérios genéricos (art. 239º do Código Civil) e

específicos (ex: arts. 539º, 542º, nº 2, e 883º do Código Civil) de integração dos negócios jurídicos. Assim dispõe o nº 1.

Porém, no nº 2, são previstas duas hipóteses de não subsistência dos contratos singulares atingidos, determinando-se a sua nulidade. (...) No primeiro caso, verifica-se uma aplicação das normas gerais. Recordemos que o negócio jurídico cujo objecto se mostre indeterminável é nulo, como dispõe o artigo 280º, nº 1, do Código Civil. Ao passo que, no segundo caso, ocorre uma disposição de cautela: a não inclusão, num contrato singular, de apenas alguma ou algumas das cláusulas contratuais gerais para ele previstas, mantendo-se as restantes, pode conduzir a distorções acentuadas na lógica interna dos negócios em causa. Quando daí resulte um desequilíbrio nas prestações gravemente atentatório da boa fé, o contrato é nulo» (Mário Júlio de Almeida Costa e António Menezes Cordeiro, obra citada, p. 28).

*

4.5.2.1. Concretizando, sustentando a Ré (Companhia de Seguros A, S.A.) que as «*patologias do foro psíquico*» (no caso, sequelas) estariam válida e eficazmente excluídas do âmbito do seguro, veio ainda defender que a **eventual não comunicação à Autora** (M. T.) do conteúdo da cláusula que o preveniria, pela tomadora e beneficiária (Banco A, S.A.) **não lhe seria imputável ou oponível**.

Verifica-se que, estando pacificamente aceite nos autos que a cláusula em causa reveste a natureza de exclusão e de cláusula contratual geral, veio a provar-se que não foi efectivamente comunicada à Autora (M. T.), nem pela (Banco A, S.A. (tomadora e beneficiária do seguro de grupo vida em causa) - com quem aquela exclusivamente contratou - , nem pela Ré (Companhia de Seguros A, S.A.).

Ora, reitera-se o entendimento já exposto supra, isto é, que tratando-se de um seguro de grupo, «o dever de informação impende inequivocamente sobre a seguradora», pelo que «a obrigação que recai sobre o tomador de, nos termos do artigo 4º, nº 1 do DL 1765/95 (ora artigo 78º, nº 1 do DL nº 72/2008) informar os segurados sobre as coberturas e exclusões contratadas, as obrigações e direitos em caso de sinistro e as alterações posteriores que ocorram nesse âmbito, em conformidade com um espécimen elaborado pela seguradora, nunca poderá valer como uma transferência para o tomador da obrigação de informação para com o segurado, a este validamente oponível

pela seguradora, perante o mesmo a isentando desse dever» (Ac. da RP, de 27.02.2014, *Araújo de Barros*, Processo nº 2334/10.7TBG-DM.P1).

O **preâmbulo do Dec-Lei nº 72/2008, de 16 de Abril** depõe neste mesmo sentido, quando refere que, «numa lógica de protecção do aderente do contrato de seguro deste tipo, que – “Nos contratos de seguro de grupo em que os segurados contribuem para o pagamento, total ou parcial, do prémio, a posição do segurado é substancialmente assimilável à de um tomador do seguro individual. Como tal, importa realçar que da nova regulamentação deste tipo de seguro resulta que o facto de o contrato de seguro ser celebrado na modalidade de seguro de grupo não constitui um elemento que determine um diferente nível de protecção dos interesses do segurado e que prejudique a transparência do contrato”, o que, no nosso entendimento, e sob pena de o propósito do legislador nada valer, se deve considerar que não é oponível ao aderente, pela seguradora, a violação do dever de comunicação de cláusulas que deveriam ter sido informadas e esclarecidas».

Assim, se «o banco mutuante, tomador do seguro, não deve ser considerado juridicamente agente, nem intermediário directo ou mediador da seguradora, muito embora exista uma ligação económica de grupo que, objectivamente faz do aderente “cliente simultâneo” do banco e da seguradora, esta circunstância evidencia que, em relação a estes sujeitos do contrato (trilateral), nenhum poder negocial detenha o segurado (o contrato principal não é de adesão entre o Banco e a Seguradora sendo apenas por eles negociado): a vinculação contratual fica acertada ao balcão do banco, sem liberdade de escolha em relação à entidade seguradora, em patente cerceamento da liberdade e autonomia negociais, que protecção pode ter o aderente».

Deste modo, a interpretação aqui secundado é aquela que **«protege o consumidor, como parte mais fraca»**, devendo considerar-se que, «nos casos em que tiver sido demandada na acção a seguradora, mas nela tenha intervindo o Banco tomador do seguro, e não conseguindo este (nem aquela, diga-se) provar que cumpriu o ónus de informar o aderente do contrato de seguro de grupo, ante a dialéctica discussão, é oponível pelo aderente, que para nada contribuiu nem violou o contrato, a falta de cumprimento do ónus de informação, e, consequentemente, deve ser excluído o clausulado em relação ao qual o tomador do seguro violou o dever de informação» (Ac. do STJ, de 29.11.2016, *Fonseca Ramos*, Processo nº 1274/15.8T8GMR.S1, com bold apócrifo).

Não tendo a Ré (Recorrente) assegurado o cumprimento do ónus legal que a onerava, de ter **comunicado devidamente** à Autora (Recorrida) a cláusula contratual geral de exclusão de responsabilidade, bem como **informado sobre o seu significado** (ainda que o fizesse por intermédio da Banco A, S.A., que integra o mesmo grupo económico a que aquela primeira pertence), não pode agora prevalecer-se da mesma, uma vez que se terá de ter por **excluída do contrato de seguro** em causa.

Nada tendo sido alegado para o efeito, nem se considerando que o dito contrato de seguro de grupo-ramo vida, não possa subsistir sem a dita cláusula contratual geral assim excluída (por se ter então tonado indeterminável em aspecto essencial, ou implicar agora um desequilíbrio de prestação gravemente atentatório da boa fé), permanece a Ré obrigada à sua contraprestação.

Compreende-se, assim, que o Tribunal *a quo* haja ajuizado que:

«(...)

Quanto à alegada exclusão por via de alegada verificação de doença psiquiátrica, também não pode a mesma assumir o relevo pretendido pela Ré.

Para além desta cláusula se dever ter por excluída por a Ré não ter logrado provar o cumprimento do dever de informação e esclarecimento relativamente à mesma (art.8º/a. DL 446/85 DE 25/10; cfr ainda recente AC STJ 29/11/2016, in www.dgsi.pt) (...).

Conclui-se assim que a garantia do seguro – na vertente do risco por invalidez total e permanente tal como definido pelas condições particulares da apólice – cobre o sinistro sofrido pela A..

(...)»

Improcede, deste modo, o **terceiro e último fundamento** do recurso de apelação interposto pela Ré (Companhia de Seguros A, S.A.), subsumindo-se a condição física da Autora (M. T.) ao conceito contratual de **«invalidez total e permanente por doença»**, nomeadamente por as sequelas do foro psíquico não poderem ser aqui invocadas como causa de exclusão do âmbito da cobertura do seguro; e, ainda que o pudessem ser, não ter sido a cláusula que alegadamente o permitira devidamente comunicada àquela (Segurada), sendo essa omissão oponível à Ré (Seguradora).

*

Deverá, assim, decidir-se em conformidade, pela **total improcedência do recurso de apelação** interposto pela Ré (Companhia de Seguros A, S.A.), confirmando-se integralmente a sentença recorrida.

*

V - DECISÃO

Pelo exposto, e nos termos das disposições legais citadas, acordam os Juízes deste Tribunal da Relação em **julgar totalmente improcedente o recurso de apelação** interposto pela Ré (Companhia de Seguros A, S.A.) e, em consequência, em **confirmar integralmente a sentença recorrida**.

*

Custas da apelação pela respectiva Recorrente (art. 527º, nº 1 do C.P.C.).

*

Guimarães, 11 de Julho de 2017.

(Relatora) (Maria João Marques Pinto de Matos)

(2ª Adjunta) (Elisabete de Jesus Santos de Oliveira Valente)

Consigna-se que a Exmª 1ª Adjunta (Sr.ª Juíza Desembargadora Rita Maria Pereira Romeira) votou em conformidade a decisão exarada supra, que só não assina por não se encontrar presente.

(Relatora) (Maria João Marques Pinto de Matos)