

Tribunal da Relação de Lisboa

Processo nº 5991/15.4T8LSB.L1-6

Relator: EDUARDO PETERSEN SILVA

Sessão: 20 Outubro 2016

Número: RL

Votação: UNANIMIDADE

Meio Processual: APELAÇÃO

Decisão: IMPROCEDENTE

DEVERES DE INFORMAÇÃO CONTRATUAL

SEGURO DE GRUPO

Sumário

-A imposição legislativa de deveres de informação contratual aos aderentes, a cargo do tomador de seguro de grupo, não exonera necessariamente o segurador que se pretenda valer, contra o segurado, de cláusulas que a este não foram informadas.

(Sumário elaborado pelo Relator)

Texto Parcial

Acordam os Juízes, do Tribunal da Relação de Lisboa.

I.-Relatório:

C..., residente ..., veio intentar a presente acção com processo declarativo comum contra F... Companhia de Seguros S.A., com sede em Lisboa, e S... SA, com sede ..., peticionando que, reconhecido e declarado eficaz o contrato de seguro, e em função da incapacidade de que é portador, seja a 1ª Ré condenada a pagar-lhe a quantia de €76.203,50, acrescida de juros de mora no valor de €6.430,58 e juros vincendos, ou, em alternativa, caso se entenda aplicar as obrigações decorrentes da informação escrita do Manual da Empresa da S..., sejam as Rés solidariamente condenadas nos mesmos pagamentos.

Alegou em síntese que as Rés celebraram contrato de seguro de grupo, a que

o A., na qualidade de trabalhador da 2ª Ré aderiu mediante preenchimento de boletim de participação, sendo que a única informação de que teve conhecimento relativamente ao mencionado seguro era a que constava do Manual da Empresa, segundo o qual a incapacidade permanente do trabalhador que acarretasse diminuição da sua capacidade de remuneração em mais de 2/3 dava lugar ao pagamento de uma indemnização. As Rés nunca o informaram do exacto conteúdo das cláusulas contratuais nem de quaisquer alterações a estas. O A. ficou incapaz para o exercício da sua profissão, incapacidade apreciada pela Comissão de Verificação de Incapacidades e que levou à sua reforma. Porém, accionando o seguro, foi-lhe pedido que confirmasse a incapacidade através de atestado multiusos, e obtido este, foi recusado o pagamento de indemnização com fundamento em que o atestado reportava a incapacidade a data posterior àquela em que o contrato de trabalho tinha caducado por reforma. As Rés não cumpriram os deveres de informação a que estavam obrigadas, e a 1ª Ré actua em abuso de direito ao escudar-se na data a que se reporta o atestado, pois as diligências de confirmação eram necessariamente posteriores à data de passagem à reforma.

Contestou a Ré seguradora, invocando essencialmente que é ao tomador de seguro que compete o cumprimento do dever de informar os segurados sobre o conteúdo dos contratos de seguro, bem como das suas alterações, competindo-lhe de resto o ónus de provar que o fez, e que o dever de informar do segurador só existe se e quando o segurado lho solicitar. Por outro lado, o A., quando participou a sua situação de invalidez e quando cessou o contrato de trabalho, não reunia as condições para beneficiar do seguro.

Contestou a 2ª Ré, empregadora e tomadora de seguro, invocando a sua ilegitimidade, não prevendo o contrato de seguro qualquer responsabilidade solidária ou subsidiária da ora Ré. Impugnando, além do mais, invocou que o seguro correspondeu a uma sua liberalidade, que não tinha qualquer responsabilidade na análise e decisão de qualquer pedido, e que o Manual da Empresa não dispensava a consulta junto da Seguradora das condições exaustivas da apólice, sendo pois infundada a alegação do A. sobre ter um conhecimento incompleto ou insuficiente. O dever de informação é sempre e em primeira linha, da seguradora.

O A. respondeu à excepção de ilegitimidade.

Foi dispensada a audiência prévia, fixado à acção o valor de € 76.203,50, e

saneado o processo, julgada improcedente a excepção de ilegitimidade, definido o objecto do litígio, consignados os factos assentes por acordo e documento, e elencados os temas de prova, de que a 1ª Ré e o A. reclamaram, sem sucesso.

Instruída a causa, procedeu-se à audiência de discussão e julgamento, após o que foi proferida sentença, fixando os factos e a respectiva motivação e, a final, do seguinte teor dispositivo:

“Pelo exposto:

a) Julgo a acção parcialmente procedente por provada e, em consequência, condeno a Ré F... a pagar ao Autor a quantia de €69.772,92, acrescida de juros à taxa legal de 4% desde 9.7.2014 até integral pagamento;

b) No mais, jugo a acção improcedente por não provada, absolvendo as Rés dos pedidos.

Custas pelo Autor e pela Ré F... na proporção do decaimento”.

Inconformada, interpôs a Ré F... o presente recurso, formulando a final as seguintes conclusões:

1.O Decreto-Lei 446/85 de 31 de Outubro regula, como lei ordinária geral, os deveres e os ónus relativos à pré-informação contratual e à comunicação das cláusulas predispostas constantes de um contrato de adesão, bem assim como as consequências de incumprimento/não satisfação de tais deveres/ónus;

2.O Decreto-Lei nº 176/95 de 26 de Julho, como lei ordinária especial, aplicável aos contratos de seguros de grupo, regulou em data posterior à da adesão do A. Ao contrato de seguros que nos autos se discute, tais ónus e deveres.

3.O Decreto-Lei nº 72/2008 de 16 de Abril, como lei ordinária especial, aplicável aos contratos de seguros de grupo, regulava, à data da participação à Ré, da alegada incapacidade do A., o regime de tais ónus/deveres.

4.A lei especial prevalece sobre a lei geral.

5.A obrigação de comunicação das cláusulas contratuais ao aderente a um seguro de grupo recai sobre a entidade tomadora do seguro, no caso sobre a Ré S... (artº 4º nº 1 do Dec.-Lei nº 176/95 e artº 78º do Dec.-Lei nº 72/2008);

6.Nos seguros de grupo a lei não impõe ao segurador o dever de prestar a cada um dos aderentes/pessoas seguras, informações/explicações/esclarecimentos pré-contratuais, nem o de lhe entregar, comunicar ou esclarecer o conteúdo das cláusulas predispostas nas condições contratuais, nem mesmo no caso de o tomador não cumprir tais obrigações, que, nos

termos legais, são somente e em primeira linha deste;

7.Sem embargo de tudo o que se deixou dito nas precedentes conclusões, a lei especial estabelece para o Segurador, o dever (subsidiário) de facultar aos aderentes/pessoas seguras, isto é a quem, como o A. Nos presentes autos, não seja o directo tomador do seguro, todas as informações necessárias para a efectiva compreensão do contrato...

8.Mas somente se tais aderentes/pessoas seguras tal lho solicitarem (cfr. artº 4º nº 5 do Dec.-Lei nº 176/95 de 26 de Julho e artº 78º, nº 4 do Dec.-Lei nº 72/2008 de 16 de Abril)

9.No caso dos autos, o A. não alegou, como seria naturalmente seu ónus (o que aliás é expressamente reconhecido na sentença recorrida) que, antes de contratar, ou alguma vez durante a vigência do contrato, muito em particular antes da participação de sinistro apresentada à Ré ora contestante, alguma vez tivesse tomado a iniciativa de a solicitar qualquer tipo de esclarecimento sobre qualquer das cláusulas de seguro;

10.Resulta assim demonstrado nos autos que não incumpriu a Ré F..., em qualquer momento da vigência do contrato, as obrigações de pré-informação contratual e de comunicação e explicação das cláusulas do contrato de seguro, o que só teria acontecido se, tendo-lhe o A. demonstradamente solicitado tais informações /esclarecimentos, esta lhos não tivesse prestado;

11.A ter ocorrido incumprimento de tais deveres, é o mesmo exclusivamente imputável à Ré S...;

12.O incumprimento do dever de informar repercute-se natural e exclusivamente na esfera jurídica daquele sobre quem o mesmo impende, sendo para este fonte de responsabilidade civil nos termos gerais. É o que decorre do disposto no artº 79º do Dec.-Lei nº 72/2008 de 16 de Abril;

13.Nada na lei permite “estender “ ou alargar ao Segurador, nem sequer a título de responsabilidade solidária ou subsidiária, a legalmente fixada para o tomador, por incumprimento do dever de informação e de comunicação das cláusulas “sub-judice”...

14.E muito menos opor à seguradora a pretensa inaplicabilidade das cláusulas contratuais, nomeadamente as constantes dos factos provados nº 17 a 21, como fundamento na sua pretensa exclusão, as quais, ao invés são perfeitamente válidas e aplicáveis ao caso dos autos;

15.Não tendo ficado provado no caso dos autos que a tomadora do seguro de grupo “sub-judice”, isto é a S..., tivesse cumprido o ónus que legalmente era seu de ter prestado, em momento anterior ao da celebração do contrato de seguro, as informações pré-contratuais que ao A. eram devidas, e de lhe ter explicado as cláusulas contratuais que do mesmo faziam parte, é a ela Ré S... que cabe responder perante o A. pelos prejuízos que tal falta de comunicação

lhe causaram, e não à ora Recorrente, prejuízos esses cuja medida é igual ao que o mesmo teria direito de exigir à Seguradora, ao abrigo do contrato de seguro, se algo a esta pudesse opor;

16. Ao assim não ter entendido, e sendo certo que o julgador não se pode substituir à lei, nem interpretá-la contra o mais elementar sentido literal da mesma, a douta decisão recorria aplicou mal ao caso dos autos o disposto nos artº 4º nº 1 e 5 do Dec.-Lei nº 175/96 de 26 de Julho, 78º nº 1, 3 e 4, e 79º do Dec.-Lei nº 72/2008 de 16 de Abril, disposições essas que por tal entendimento foram violadas;

17. A situação em que o A. se encontrava à data em que foi reformado por invalidez não era subsumível à definição da cobertura da apólice “invalidez total e permanente por doença”, sendo certo que, já depois de reformado a 31 de Outubro de 2012, ao A., avaliado em Setembro de 2013, foi reconhecida uma incapacidade de 62%, inferior portanto à exigível nos termos contratuais, para que a sua situação de saúde pudesse ser considerada como enquadrável na cobertura supra referida.

18. Ademais nenhuma prova foi feita nem resultou provado qualquer facto, do qual se pudesse concluir que o A. tivesse ficado impossibilitado de exercer qualquer outra actividade remunerada compatível com os seus conhecimentos e aptidões, o que também é um dos requisitos da ocorrência de invalidez “elegível” nos termos da supra citada cobertura.

19. Por tudo o exposto, a douta decisão sob recurso deve ser substituída por outra que absolva a Ré ora Recorrente do pedido, e que, quando muito, condene a co-Ré no mesmo, atento o disposto no artº 79º do Dec.-Lei nº 72/2008 de 16 de Abril, dada a sua responsabilidade nos termos gerais do direito.

Contra-alegou o Autor formulando a final as seguintes conclusões:

1. A Sentença, objecto de recurso não merece reparo.
2. Ao contrato de seguro dos Autos é aplicável o regime das CCG;
3. As CCG não são direito geral comum, antes sim uma lei especial relativamente ao regime comum dos contratos. Existe pois um concurso de três leis especiais que se têm que harmonizar sem que nenhuma afaste a outra.
4. Recorrida e Tomadora não cumpriram a sua obrigação de dar a conhecer ao Autor as cláusulas contratuais, bem como igualmente não lhe deram a conhecer quaisquer alterações contratuais subsequentes; dever e obrigação que não se cumpre com a disponibilidade, se solicitada, para facultar os elementos do contrato, uma vez que essa não é a obrigação que resulta das CCG, nem dos DL 176/95 e 72/2008, bem como do artigo 227 do CC.

5. Porque ao contrato dos autos é aplicável o regime das CCG as cláusulas e alterações contratuais enunciados nos pontos 17 a 21 dos Factos Provados têm de considerar-se excluídos, tal como consta, aliás, da sentença recorrida.

6. Sem embargo da exclusão dos factos enunciados, o Autor, mesmo sem recurso ao Atestado Multiusos, preenche os requisitos ao reconhecimento de ser portador de uma incapacidade total e permanente.

7. A Seguradora não questionou os relatórios, atestados e atribuição de pensão por invalidez que lhe foi atribuída pela Comissão de Verificação de Incapacidades da Segurança Social, tendo por base o disposto no artigo 14 do DL 187/2007 (anteriormente artigo 17 do DL 329/93); ou seja, a dita Comissão, por análise à situação clínica do Autor, constatou que ele estava incapaz de angariar mais de 1/3 da remuneração correspondente ao seu exercício normal e por isso o reformou. Quem está incapaz de angariar mais de 1/3 da remuneração correspondente ao seu exercício normal possui uma incapacidade total e permanente de que resulta uma diminuição de rendimento igual ou superior a 2/3, que se traduz percentualmente em, pelo menos, 66,66% - incapacidade existente em data anterior à cessação do seu contrato de trabalho.

8. Razão porque reúne e reunia os requisitos necessários a que lhe seja paga a indemnização prevista no contrato de seguro dos autos.

9. Prova de incapacidade que igualmente fez com recurso ao Atestado Multiusos que pela Recorrida lhe foi exigido e onde se lhe encontra fixada uma incapacidade de 67%, reportado ao ano de 2013 - atestado exigido a partir de 01.1.2010, com as alterações à Apólice nº 5000539 promovidas pela Seguradora e a que o Recorrente não está sujeito, pelo que e de igual forma, reúne e reunia as condições a ser-lhe paga a reclamada indemnização.

10. A Recorrida ao solicitar a entrega do Atestado Multiusos, no início de 2013, reconhece que o contrato de seguro ainda estava em vigor, assim como também reconhece que tal atestado nunca poderia reportar-se a momento anterior àquele em que foi solicitado, ou seja e tendo em conta a cronologia constante do artigo 1 do Contrato de Seguro, o Atestado Multiusos apenas é obtido após o reconhecimento prévio pela Segurança Social da invalidez do segurado e ao ser assim sempre o indicado Atestado é obtido após a cessação do contrato de trabalho do Segurado, tendo em conta que e previamente, foi reformado por invalidez pela indicada Segurança Social, o que faz cessar o seu contrato de trabalho.

11. Constitui manifesto abuso de direito a não aceitação do Atestado de Multiusos que requereu no ano de 2013, por não se reportar à data da reforma do Autor, ou da cessação do seu vínculo laboral, quando não lhe tinha previamente comunicado da exigência do mesmo.

12. Também por aqui não é sustentável a pretensão da recorrente que os efeitos do contrato de seguro cessaram no final do ano de 2012.

Contra-alegou a co-Ré S..., formulando a final as seguintes conclusões:

- 1.O Contrato de Seguro de Grupo - Ramo Vida, a que corresponde a Apólice nº 5.000.539, celebrado entre a Ré F..., S.A., na posição de *Seguradora*, e a Ré S..., S.A., na posição de *Tomadora*, é um seguro de natureza não contributiva.
- 2.Todos os encargos com o pagamento do prémio anual à Seguradora são suportados, única e exclusivamente, pela Ré S..., S.A..
- 3.Desde o início do ano de 1992, isto é, há mais de 24 anos que este Contrato de Seguro de Grupo foi celebrado e que se tem renovado, ano após ano, sendo a Ré F... remunerada pelos riscos e eventualidades cobertos.
- 4.O universo de beneficiários deste Contrato de Seguro de Grupo, são os trabalhadores do quadro permanente de pessoal da Ré S... que a ele tenham, voluntária e conscientemente, aderido.
- 5.A adesão ao Contrato de Seguro de Grupo é materializada e formalizada através da subscrição de uma Ficha de Adesão timbrada, pré-impressa e pré-elaborada pela Seguradora, a Ré F..., S.A., ora Recorrente.
- 6.O A. subscreveu uma Ficha de Adesão em 05 de fevereiro de 1992, tendo passado a ficar abrangido pelas Condições Gerais e Especiais deste Contrato de Seguro de Grupo.
- 7.Dada a natureza deste Seguro e a forma como se concretizou a respetiva adesão dos beneficiários, designadamente do ora A., são aplicadas a este contrato o regime jurídico das Cláusulas Contratuais Gerais (RJCCG), aprovado pelo Decreto-Lei nº 446/85, de 25 de outubro.
- 8.Os *Deveres de Comunicação e Informação* aos Aderentes das Condições Gerais e Especiais do Contrato de Seguro de Grupo - Ramo Vida identificado nos autos, impendem sobre a Ré Seguradora F..., S.A., nos termos previstos nos artigos 5º e 6º do RJCCG.
- 9.Seguradora que dispunha e dispõe de todos os contactos, exaustivos e atualizados, dos diferentes beneficiários deste Seguro, designadamente e em concreto do A. (nº 38 dos *Factos Provados* - Sentença *a quo*).
- 10.Pelo que se a Ré F... não cumpriu os referidos Deveres de Comunicação e Informação, ou se os cumpriu de forma defeituosa ou insuficiente, designadamente junto do ora A., as consequências de tal comportamento omissivo só a ela poderão e deverão ser imputadas.
- 11.Nunca faria qualquer sentido, constituindo um paradoxo e até uma situação de irracionalidade económica, que a Ré S... recorresse a um qualquer subterfúgio processual que a levasse a suportar, ano após ano, os vultuosos

encargos de um Seguro de Grupo, realizando o pagamento integral dos prémios anuais à Seguradora F..., sem ver alcançado o objetivo último o qual seja a efetiva cobertura e ressarcimento aos seus trabalhadores dos riscos e eventualidades “morte” e “invalidéz”, nos termos nele previstos.

12.A Ré S... sempre facilitou e agilizou o processo de interação entre Seguradora e Aderentes, conforme disso é evidência a entrega célere e imediata da troca de documentos entre ambas as Partes neste Processo - A. e Ré Seguradora.

13.A Ré F... não fez prova de que as eventuais alterações ao Contrato de Seguro de Grupo referenciadas nos autos, alegadamente ocorridas após o ano de 2010, alguma vez tenham sido celebradas com a Ré S... ou tenham sido por esta formalmente subscritas, não constando dos autos qualquer exemplar do qual conste a assinatura de representantes da Ré S....

14.Motivo já de si suficiente para que, além dos *Deveres de Comunicação e Informação* constituírem obrigação da Ré e ora Recorrente F..., S.A., pelos motivos e fundamentos já anteriormente expostos, nunca poderia a Ré S... comunicar eventuais alterações contratuais e/ou procedimentos técnicos que não tinham sido por si subscritos.

Corridos os vistos legais, cumpre decidir.

II.Direito.

Delimitado o objecto do recurso pelas conclusões da alegação, a questão a decidir é apenas a de saber se a responsabilidade de informar o segurado das cláusulas contratuais e respectivas alterações, relativas ao seguro de grupo, não incumbia à seguradora mas sim ao tomador de seguro e se, por isso, eram aplicáveis as cláusulas constantes dos factos 17 a 21.

III.Matéria de facto.

1.A ré F... Companhia de Seguros S.A e a Companhia de Seguros ... S.A., na qualidade de Seguradoras e a ré S... S.A., na qualidade de Tomadora, celebraram entre si um contrato de seguro de grupo, do Ramo Vida, titulado pela apólice nº 5.000.539.

2.Convencionaram as outorgantes do indicado contrato de seguro que as pessoas seguras, abrangidas pelo dito contrato, eram os funcionários e assalariados efectivos da ré S..., que nele seriam integrados a partir da data de subscrição do Boletim de Participante.

3.Contrataram também as outorgantes do contrato de seguro que a ré

Seguradora seria a “leader” do mesmo, competindo-lhe emitir apólice, cobrar prémios, receber participações e liquidar sinistros decorrentes do contrato em seu nome e por conta da cosseguradora Império.

4.O contrato de seguro do Ramo Vida titulado pela apólice nº 5.000.539 ainda hoje se mantém em vigor (data de entrada da presente acção em juízo), sendo a Ré S... quem paga, como sempre pagou, os prémios deste contrato, obrigação de pagamento que sempre sobre si recaiu e assumiu.

5.O Autor, no ano de 1983, celebrou com a Ré S... contrato subordinado de trabalho e integrou o seu quadro de efectivos de 1 de Novembro de 1983 a 26 de Novembro de 2012.

6.No dia 5 do mês de Fevereiro de 1992, o Autor subscreveu um Boletim de Participante, que para o efeito a ré S... lhe entregou, relativo à sua integração no contrato de seguro ramo vida constante da indicada apólice 5.000.539, emitido pela ré F..., com início de vigência, relativamente ao Autor, a 01.03.1992 (documento de fls. 13 v. cujo teor se dá por reproduzido).

7.O Autor, tal como os outros trabalhadores da S... e seus colegas de trabalho, não participou, nem foi convidado a participar por ninguém, nomeadamente pela entidade Seguradora e ou pela Tomadora (Rés), na discussão dos termos do contrato de seguro, supra referido e que estava em vigor à data da sua subscrição do Boletim de Participante (01.02.1992).

8.Assim como e igualmente à semelhança de seus colegas de trabalho, também não participou, nem foi convidado a participar na discussão e na redacção das suas Cláusulas por qualquer uma das Rés.

9.Nem participou na discussão e na redacção de respectivas Cláusulas Adicionais, Actas Adicionais, ou quaisquer alterações contratuais, quer anteriores, quer posteriores à subscrição do referido Boletim de Participante.

10.Cláusulas contratuais, adicionais, actas e ou alterações contratuais cuja existência e conteúdo, quer prévio à sua confirmação, quer posterior à sua outorga (incluindo as referidas em 17 a 21), nenhuma das Rés deu a conhecer ao Autor e demais colegas de trabalho.

11.Autor e colegas de trabalho que se limitaram a assinar um boletim de adesão, deixando unicamente nele impresso a sua identificação sumária, quais os beneficiários em caso da sua morte, data de início e descrição sintética de enfermidades.

12.Ambas as Rés nunca facultaram ao Autor qualquer cópia do contrato de seguro titulado pela apólice nº 5.000.539 e em particular, as que regulavam a atribuição de uma compensação em caso de morte e de invalidez e correspondentes requisitos técnicos e procedimentais, nomeadamente a (s) que definia (m) os pressupostos necessários a que o segurado garantisse o recebimento de um capital em resultado da sua invalidez.

13.Resultante de Contrato de Seguro de Grupo Ramo Vida até ali em vigor na empresa e por ela contratado, o Autor tinha conhecimento que - em caso de incapacidade total e permanente, ou morte, o trabalhador, seus herdeiros ou beneficiários, indicados no Boletim de Inscrição - tinha o direito a receber, no âmbito daquele contrato de seguro, a entrega de indemnização.

14.Conhecimento difundido entre os trabalhadores constantes do quadro de pessoal efectivo da S..., também eles aderentes do Seguro de Grupo e alicerçado na informação escrita divulgada pela sua entidade patronal, através do denominado Manual da Empresa /Guia do Trabalhador da S..., distribuído pela S... a todos os trabalhadores, pertencentes ao seu quadro de pessoal, como era o caso do Autor, designadamente no da sua Edição de 11.04.91.

15.E onde se determina, expressamente, que uma Pessoa Segura, na situação de Incapacidade Total, é reconhecida como atingida de uma Invalidez Total e Permanente, desde que se verifiquem simultaneamente *“as três condições seguintes: - A sua incapacidade total se mantenha sem interrupção pelo menos seis meses a contar do dia em que foi constatada pelo médico da companhia de seguros que contratou a cobertura; este período mínimo de seis meses poderá ser alargado para dois anos se a incapacidade é resultante de alienação mental ou perturbações psíquicas; - O carácter permanente desta incapacidade deve ser atestado por um certificado médico aceite pelo médico da Companhia de Seguros que contratou a cobertura. Esse certificado deve precisar nomeadamente que não é de esperar da continuação do tratamento médico em curso nenhuma melhoria do estado de saúde da pessoa segura; - Pelo facto da sua incapacidade total e permanente a segura é atingida de uma diminuição de rendimento igual ou superior a dois terços”*

16.Indemnização determinada em valor igual a um capital seguro, correspondente a 42 vezes o salário base à data do evento, com um mínimo de 5.500.00\$00.

17.A partir de 1.1.2010, as condições gerais e as condições particulares atinentes à Apólice nº 5000539 passaram a ser as constantes de fls. 32 a 39, cujo teor se dá por reproduzido.

18.Nos termos do artº 1 das Condições Gerais, para efeitos do contrato de seguro em apreço, é Invalidez Total e Permanente de uma pessoa segura, “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 atividade 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 à 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 de Segurança Social pela qual a pessoa Segura se encontra abrangida, ou pelo Tribunal do Trabalho ou, caso a Pessoa Segura não se encontre abrangida por nenhum regime ou Instituição de Segurança Social, por Junta Médica».

19.Nos termos do Artigo 4.1.b) das condições particulares, o contrato de seguro abrange a garantia de invalidez Total e Permanente por doença de «grau de desvalorização igual ou superior a 2/3 por doença ocorrida durante a vigência da adesão» (documento de fls. 38 v., cujo teor se dá por reproduzido).

20.Nos termos do Artigo 4.2.b) das Condições Particulares, «cessam os seus efeitos nas seguintes condições: (...) c) cessação do vínculo laboral ou reforma da Pessoa Segura.»

21.Nos termos do disposto no artº 8º, nº 2, 2.2, c) 2 das Condições Gerais, em caso de sinistro a pessoa segura está obrigada, dentre o mais:

- a)- a entregar ao Segurador um Atestado Médico de Incapacidade Multiusos;
- b)- a enviar a médico designado pelo Segurador do relatório do médico assistente que indique as causas, a data de 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 do Segurador quanto ao grau de invalidez, pode ser decidida por um médico nomeado por ambas as partes (documento de fls. 35 v, cujo teor se dá por reproduzido).

22.Por ofício datado de 20.11.2012, o Instituto da Segurança Social IP, Centro Nacional de Pensões, notificou o Autor que por deliberação da Comissão de Verificação de Incapacidades Permanentes, tomada a 31.10.2012, lhe tinha sido atribuída a pensão de invalidez relativa.

23.Alguns dias após ter o Autor rececionado a comunicação de que lhe tinha sido atribuída a pensão de invalidez contactou os serviços administrativos da Ré S... para que lhe indicassem os procedimentos necessários ao recebimento

do valor contratado, no âmbito do contrato de seguro titulado pela Apólice 5.000.539 e resultante da sua invalidez.

24.No seguimento dos contactos estabelecidos, o Autor, em 16 de Dezembro de 2012, fez entrega - nos mencionados serviços administrativos da S... e para que remetessem à Primeira Ré - da documentação que lhe indicaram necessária ao recebimento da compensação correspondente a 42 vezes o seu salário base, nomeadamente cópias de,

- Comunicação da atribuição de Pensão de Invalidez.

- Relatório do Médico Assistente, elaborado em impresso próprio facultado pela Ré Seguradora, de avaliação de incapacidade, que se junta e se dá por reproduzido.

- Relatório Médico de L...

25.Em dia posterior a 18.1.2013, a Segunda Ré, por intermédio dos seus serviços administrativos, que operam nas instalações fabris da empresa, entregou ao Autor uma comunicação, datada de 18 de Janeiro de 2013, redigida pela Primeira Ré e endereçada ao mediador de seguros Empremédia - Corretores de Seguros, pela qual dava nota da necessidade de ser entregue, aquela seguradora, um Atestado Médico de Incapacidade de Multiusos do Autor, com a solicitação que a sua remessa ocorresse no prazo de 90 dias.

26. A necessidade e exigência do Atestado Multiuso para instrução do seu processo de atribuição da compensação prevista na indicada Apólice 5.000.539 e a que foi atribuída a designação de Processo de Sinistro 84/22594 nunca e até então haviam sido comunicadas ao Autor por qualquer uma das Rés.

27.O Autor foi sujeito a uma Comissão de Verificação das Incapacidades Permanentes, que deliberou considerá-lo incapaz para a sua profissão a 31.10.2012 e lhe determinou uma Invalidez Relativa.

28.O que fez por diagnóstico da sua situação clínica e consequente avaliação de que a sua debilidade implicava uma Incapacidade Permanente, com consequente impossibilidade de auferir, no exercício da sua profissão, mais de 1/3 da remuneração que lhe era correspondente.

29.O Autor para que lhe fosse atribuída a compensação derivada do contrato de seguro, resultante da sua invalidez, tendo em conta que as Rés nunca lhe deram a conhecer a previsão da sua necessidade em sede do contrato de seguro, privilegiou a via consensual quando lhe foi pedida a sua entrega, razão porque determinou-se obtê-lo junto das entidades competentes.

30.Para o efeito e junto dos Serviços do Ministério da Saúde, após o referido em 25, solicitou a passagem do dito Atestado Multiusos, para o que reuniu e ali fez entrega dos elementos (exames e declarações médicas) que lhe

indicaram necessários.

31.Em 20 de Novembro de 2013, foi determinado ao Autor por Junta Médica, de acordo com a TNI constante do Anexo I do DL 352/2007 de 23 de Outubro, o grau de incapacidade de 62% e passado Atestado Médico de Incapacidade Multiuso em conformidade.

32.Inconformado com a fixação do indicado grau de incapacidade de 62%, uma vez que constatou não terem sido tomadas em conta, na sua determinação, todas as suas patologias, presentes quando da solicitação do Atestado e até antes - nomeadamente na que evidenciam ambos os joelhos e hipertensão - solicitou nova avaliação ao seu grau de incapacidade.

33.Da reavaliação e reanálise do seu processo clínico, foi reconhecido que o antecedente Atestado não retratava a sua incapacidade e fixou-lhe, a 22 de Abril de 2014, o grau de incapacidade de 67%, com menção expressa que a incapacidade determinada se reportava ao ano de 2013 e passado Atestado Médico de Incapacidade Multiuso em conformidade.

34.O Autor dias após ter-lhe sido entregue o Atestado Multiusos de Abril de 2014 enviou uma sua cópia à Ré Seguradora em 1.7.2014.

35.Ré Seguradora que, a 17 de Outubro de 2014, comunica por escrito ao Autor, após interpelação prévia do então seu mandatário para o efeito, tendo em conta o tempo decorrido desde aquela entrega e até à mesma, da impossibilidade de “ ... proceder ao pagamento da indemnização solicitada ”, tendo justificado a sua recusa com a circunstância de e pese embora o facto de o atestado conferir ao Autor um grau de incapacidade de 67% - tal incapacidade se reportar apenas ao ano de 2013, “ ... pelo que não poderá ser considerado já que o seguro em referência cessou os seus efeitos no final do ano de 2012, altura em que a Pessoa Segura passou à situação de reforma.”

36.A Ré Seguradora, em pelo menos um caso de natureza similar ao do Autor, decidido favoravelmente, promoveu pagamento de indemnização que lhe foi requerida em momento posterior ao da reforma por invalidez dos respectivos Segurados.

37.Qualquer trabalhador da empresa que pretendesse ter um conhecimento mais detalhado das condições do seguro poderia solicitá-lo ou junto dos serviços da seguradora ou da mediadora de seguros Empre Média, dispondo para esse efeito dos respectivos contactos.

38.A Ré F... dispunha da identificação completa dos diferentes aderentes ao contrato de seguro em causa.

IV. Apreciação.

O iter devidamente desenvolvido pela 1ª instância considerou que resultava da

factualidade provada - 1 a 6 - a celebração dum contrato de seguro de grupo - nisto merecendo o acordo da recorrente - ao qual era aplicável o regime das cláusulas contratuais gerais, na medida em que a seguradora se socorrera de formulário pré-impresso, pré-elaborado, inegociável, cabendo à contraparte apenas subscrever as condições propostas com limitado campo de escolha.

Assim sendo e citamos a sentença recorrida "(...) ao contrato em causa aplica-se o regime das cláusulas contratuais gerais consignado no Decreto-lei nº 446/85, de 25.10 (doravante designado por RJCCG) ex vi Artigo 1º, nos. 1 e 2 de tal diploma.

Nos termos do Artigo 5º, nº1 do RJCCG, "*As cláusulas contratuais gerais devem ser comunicadas na íntegra aos aderentes que se limitem a subscrevê-las ou aceitá-las.*" E, prossegue no nº3:" O ónus da prova da comunicação adequada e efetiva cabe ao contratante que submeta a outrem as cláusulas contratuais gerais.

A sanção cominada para o desrespeito de tal ónus é a se considerarem excluídas do contrato singular as cláusulas que não tenham sido comunicadas - Artigo 8º, alínea a) do RJCCG.

Este regime apertado justifica-se porquanto as cláusulas contratuais gerais não são fruto de livre negociação desenvolvida entre as partes, já que estão elaboradas de antemão e são objeto de simples subscrição pelo lado da parte a quem são propostas, propiciando-se, assim, a irreflexão do aderente.

O exercício efetivo da autonomia privada impõe que a vontade de contratar por banda dos aderentes aos contratos se encontre bem formada, desde logo com o conhecimento de todo o clausulado. Por isso e antes da subscrição do contrato, devem as mesmas ser dadas a conhecer aos aderentes. Trata-se de uma elementar imposição do princípio da boa fé contratual que impõe a comunicação, na íntegra, dos projetos negociais - cf. Artigo 227º do Código Civil.

O dever de comunicação tem duas vertentes: por um lado, o proponente deve comunicar na íntegra à outra parte as cláusulas contratuais gerais de que se sirva (Artigo 5º, nº1 do RJCCG); por outro lado, ao fazer esta comunicação, deve realizá-la 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 efetivo por quem use de comum diligência (Artigo 5º, nº2 do RJCCG) - cf. Ac. Do Supremo

Tribunal de Justiça de 1.2.2000, Ver. Nº 877/99, 1ª, *Sumários*, 38º; Ac. Da RC de 18.3.2003, *Gil Roque*, CJ 2003 -II, p. 16, Acórdão do Supremo Tribunal de Justiça de 2.11.2004, *Afonso Correia*, CJ AcSTJ 2004 - III, p. 104.

(...)

Ao contraente que pretende prevalecer-se da omissão do dever de comunicação incumbe o ónus da alegação de tal omissão; ao contraente predisponente cabe fazer a prova (precedida da alegação) da comunicação efetivade tais cláusulas - cf. Acórdãos do Supremo Tribunal de Justiça de 31.10.2002, *Araújo de Barros*, de 29.6.2004, *Araújo de Barros*, de 18.4.2006, *Sebastião Povoas*, do Tribunal da Relação do Porto de 11.11.2004, *Fernando Baptista*, de 15.12.2005, *Fernando Baptista*, acessíveis em www.dgsi.pt.

De modo mais concreto, num contrato de seguro de grupo-vida, celebrado através de cláusulas contratuais gerais compete, em primeira linha, à seguradora o cumprimento dos deveres de informação, por si ou através do intermediário (tomador do seguro) bem como o ónus da prova do seu cumprimento (cf.- Acórdão do Tribunal da Relação do Porto de 1.2.2010, *Anabela Luna Carvalho*, 3405/06). A falta de informação do intermediário repercute-se na seguradora, não sendo essa falta oponível ao segurado, arcando a seguradora com as respetivas consequências, sem que possa invocar perante o segurado as cláusulas contratuais a que essa falta respeita (Acórdão do Tribunal da Relação do Porto de 11.9.2008, *Fernando Baptista*, 0834361).

E, nos termos da regra do ónus da prova objetivo, perante a falta de prova do facto (comunicação), o tribunal ficciona que se encontra provado o facto contrário (ausência de comunicação) e toma-o como fundamento da decisão, ou seja, é sempre sobre a parte onerada com a prova dos factos que recaem as consequências da falta ou insuficiência de prova - cf., por todos, TEIXEIRA DE SOUSA, *As partes, o objeto e a prova na ação declarativa*, 1995, pp. 216 e 218.

Da matéria provada resulta que a Ré, por si ou através da tomadora S..., não cumpriu os deveres de informação a que estava adstrita, não dando a conhecer ao Autor as cláusulas contratuais, adicionais, alterações contratuais (incluindo as referidas em 17 a 21). O conhecimento facultado ao Autor foi apenas o provado sob 13 a 16.

Conforme se refere no Acórdão do Supremo Tribunal de Justiça de 29.3.2011, 313.7.0TBSJM,

www.colectaneadejurisprudencia.com, o segurado apenas adere e se torna parte no contrato cujo clausulado corresponde ao que lhe foi comunicado. Desta forma, as cláusulas e alterações contratuais enunciadas sob 17 a 21 têm de considerar-se excluídas do contrato singular (Artigo 8º, alínea a), do RJCCG). O contrato singular mantém-se, vigorando na parte afetada as normas supletivas aplicáveis, com recurso, se necessário, às regras de integração dos negócios jurídicos - Artigo 9º, nº1, do RJCCG. Ou seja, mantendo-se válido e eficaz o contrato na parte não afetada, a determinação do objeto da garantia do seguro com vista à subsunção concreta da situação de verificação do sinistro é matéria de interpretação do clausulado que subsiste, de harmonia com as regras estabelecidas no regime jurídico das cláusulas contratuais gerais - cf. Acórdão do Supremo Tribunal de Justiça de 29.3.2011, 313.7.0TBSJM [www. Colectaneadejurisprudencia.com](http://www.Colectaneadejurisprudencia.com).

Com efeito, pretendendo a Ré Seguradora invocar o teor das cláusulas enunciadas sob 17 a 21 para se eximir à satisfação das obrigações decorrentes do contrato de seguro, impedia sobre ela o ónus da prova e alegação de terem sido comunicadas ao autor (cf. Acórdão do Supremo Tribunal de Justiça de 11.3.2010, 1860/07, www.colectaneadejurisprudencia.com), o que não logrou fazer". (fim de citação).

Em síntese, a recorrente opõe a este julgado que no caso do contrato de seguro de grupo, quer o artigo 4º, nº 1, do DL nº 176/95 quer o subsequente artigo 78º do DL nº 72/2008 determinam que o cumprimento do dever de pré-informação contratual e comunicação de cláusulas recai sobre o segurador em relação ao tomador, e sobre este em relação ao segurado, ou, no máximo, que o segurador informará directamente o segurado se e apenas quando este lho solicitar - artigos 4º, nº 5, do DL nº 176/95 e 78º, nº 3 e 4 do DL nº 72/2008.

Trata-se de normas especiais que afastam a aplicabilidade do regime geral das cláusulas contratuais gerais.

Acresce, defende a recorrente, que a tomadora de seguro não alegou nem provou que a seguradora tenha incumprido esse dever em relação a si, e que o segurado A. não provou que tenha directamente solicitado informação à seguradora.

Por último, a recorrente invoca que a jurisprudência citada pelo tribunal recorrido diz respeito a litígios aos quais não era aplicável o DL nº 72/2008, e

que a jurisprudência mais recente é em sentido contrário ao decidido.

O recorrido Autor, em contra-alegações, sustenta o bem fundado da sentença, esclarecendo que os especiais deveres de informação no caso dos seguros de grupo procuraram sanar conflitos no âmbito das relações seguradora-tomador, não podendo considerar-se que apenas o tomador é onerado com o dever de informação, pelo contrário, o que sucedeu foi um reforço do dever de informação e não a dispensa dos deveres do segurador que já resultavam do regime das cláusulas contratuais gerais e do princípio da boa-fé. Por outro lado, em relação ao regime geral dos contratos, quer o regime das cláusulas contratuais gerais quer o regime do seguro de grupo são disciplina especial, que devem assim harmonizar-se.

Antes de mais, note-se que por força dos artigos 3º nº 1 e 7º ambos do DL 72/2008 de 16 de Abril, e atenta a data de celebração do contrato de seguro e a data de adesão do Autor, o regime jurídico aplicável é o constante do DL 176/95. Todavia, como veremos, no actual regime jurídico - DL 72/2008 - encontramos elementos de apoio para a questão a decidir.

Conforme dá conta a recorrente, a orientação maioritária ao nível do Supremo Tribunal de Justiça vai no seu sentido. De resto, e citando apenas a fundamentação dum dos mais recentes acórdãos do STJ, de 10.3.2016, no processo 137/11.0TBALD.C1.S1:

“Vejam-se, neste sentido, os seguintes acórdão deste Tribunal: de 22 de Janeiro de 2009 (proc. nº 08B40491), de 20 de Janeiro de 2010 (proc. nº 294/06.8TBOAZ.P1), de 11 de Março de 2010 (proc. nº 806/05.4TBBJA.E1.S1), de 17 de Junho de 2010 (proc. 651/04.4TBETR.P1.S1), de 12 de Outubro de 2010 (proc. nº 646/05.0TBAMR.G1.S1), de 11 de Novembro de 2010 (proc. nº 2284/08.7TVLSB.L1), de 13 de Janeiro de 2011 (proc. nº 1443/04.6TBGDM.P1.S1), de 29 de Março de 2011 (proc. nº 1295/04.6TBMFR), de 28 de Fevereiro de 2012 (proc. nº 175/10.0TBCHV.P1.S1), de 29 de Maio de 2012 (proc. nº 7615/06.1TBVNG.P1.S1), de 21 de Fevereiro de 2013 (proc. nº 267710.6TBBCL.G1.S1), de 25 de Junho de 2013 (proc. nº 24/10.0TBVNG.P1.S1), de 27 de Março de 2014 (proc. nº 2971/12.5TBBRG.G1.S1), de 9 de Julho de 2014 (proc. nº 841/10.0TVPRTL.L1.S1), de 18 de Setembro de 2014 (proc. nº 2334/10.7TBCDM.P1.S1), de 11 de Fevereiro de 2015 (proc. nº 2045/08.3TBFAF.G2.S1), de 15 de Abril de 2015 (proc. nº

385/12.6TBBRG.G1.S1), consultáveis in www.dgsi.pt".

E todavia, há decisões em sentido contrário, quer do próprio Supremo Tribunal de Justiça, quer da Relação. A título de exemplo, o Ac. RC de 9.1.2012, no processo 27/10.4T2AND.C1 e o Ac. STJ de 14.4.2015, no processo 294/2002.E1.S1.

Ora, não se conhecendo acórdão de uniformização de jurisprudência em concreto sobre estas questões, não está condicionada a decisão a proferir. E essa condição também não resulta necessariamente e apenas do maior número de decisões num sentido ou noutro.

Com o maior respeito e se bem interpretamos, o argumento central da jurisprudência maioritária é o de que a responsabilidade pelo dever de informação aos segurados incumbe literalmente ao tomador de seguro - artigo 4º nº 1 do DL 176/95 e artigo 78º do DL 72/2008 - a quem cabe também provar que forneceu as informações; que literalmente, ao segurador compete provar ter fornecido um espécimen segundo o qual o tomador deveria cumprir a obrigação de informar. Esta imposição de dever de informar ao tomador impede que ele seja entendido com um representante ou intermediário do segurador. Não criando a lei nenhuma responsabilidade objectiva da seguradora, não pode a ela ser oposta a exclusão de nenhuma cláusula relativamente à qual o tomador não haja cumprido o dever de informação. Não são aplicáveis as disposições do regime geral das cláusulas contratuais gerais que sejam incompatíveis com este regime, desde logo, com esta definição dos titulares do dever de informação. De resto, não está excluída, ao menos nos termos da responsabilidade civil, a responsabilização do tomador pelo segurado, com base nos prejuízos que o incumprimento do dever de informar lhe cause.

Alargando o campo de interpretação normativo, a jurisprudência do citado acórdão do STJ de 14.4.2015 (relatora Clara Sottomayor), que passamos a citar:

“A lei frisa, de forma expressa, no artigo 4.º, n.º 1 do DL n.º 176/95, de 26 de Julho, o dever de informação do tomador de seguro - «Nos seguros de grupo, o tomador do seguro deve obrigatoriamente informar os segurados sobre as coberturas e exclusões contratadas, as obrigações e direitos em caso de sinistro e as alterações posteriores que ocorram neste âmbito, em conformidade com um espécimen elaborado pela seguradora».

Mas significará tal disposição que nos contratos em que está em causa uma relação tripartida, como o caso dos contratos de seguro de grupo, apenas o banco tomador de seguro está vinculado a esta obrigação de comunicar integralmente as cláusulas do contrato ao segurado?

Os deveres de comunicação e esclarecimento, na íntegra, do conteúdo negocial estão previstos nos arts. 5.º e 6.º do DL 446/85 e resultam directamente do princípio da boa fé contratual consagrado no art. 227.º do Código Civil, estendendo-se a todas as partes dos contratos que tenham poder de impor cláusulas negociais ao consumidor.

No caso concreto, a fonte do dever de informação da seguradora, para além do princípio da boa fé, é a lei - artigos 5.º e 6.º do DL n.º 446/85, de 25 de Outubro - em virtude de o segurado praticar um acto de adesão, limitando-se a aceitar ou a rejeitar em bloco o contrato. Este acto de adesão do segurado é uma manifestação de vontade do aderente, o que significa que, nos contratos de seguro de grupo, em que existe um acto de adesão do segurado, estamos perante um contrato individual entre cada aderente e a seguradora. Sendo assim, é aplicável ao caso o DL n.º 446/85, de 25/10 para regular as relações entre o segurado e a seguradora.

O facto de o legislador ter fixado, no art. 4.º, n.º 1 do DL n.º 176/95, de 26 de Julho, deveres de informação a cargo do tomador de seguro, não significa que tenha querido onerar exclusivamente o banco com estes deveres e exonerar a seguradora, perante o aderente, dos deveres que já decorriam dos arts 5.º e 6.º do DL n.º 446/85, de 25 de Outubro.

A interpretação das normas, defendida pela Recorrente, não se enquadra na finalidade das leis que visam a protecção do consumidor perante entidades com o poder de fixar unilateralmente as cláusulas dos contratos, que aquele se limita a subscrever. O que o legislador quis com o art. 4.º do DL n.º 176/95 foi sanar eventuais dúvidas que se colocassem a propósito dos deveres dos Bancos, tomadores do seguro, e resolver conflitos nas relações internas entre bancos e seguradoras quanto aos seus direitos e deveres recíprocos, mas não afastar, em relação às seguradoras, o regime previsto no DL n.º 446/85, de 25 de Outubro, pilar da defesa do consumidor na ordem jurídica.

O facto de o contrato de seguro de grupo implicar a participação de uma terceira entidade, o tomador de seguro, que angaria clientes para a seguradora e funciona como intermediário na promoção dos contratos, não pode ser utilizado como argumento jurídico para diminuir as garantias do cidadão, nem para exonerar a Seguradora - entidade que recebe os prémios dos mutuários e que com isso visa a obtenção de lucros - do cumprimento dos deveres de informação.

O princípio da boa fé na formação, celebração e execução dos contratos

fundamenta também a vinculação das seguradoras a deveres de informação, cooperação e lealdade para com o segurado. A posição privilegiada do Banco, devido à circunstância de a subscrição do contrato de seguro se fazer nas instalações deste, não exonera a seguradora do dever de enviar ao segurado (e ao Banco), antes da data da aceitação do contrato, a documentação relativa ao mesmo, onde constem todas as cláusulas do contrato.

Note-se que é a seguradora que recebe o prémio de seguro, não podendo a entidade que beneficia desta remuneração considerar-se isenta do dever de informar o segurado dos critérios de fixação do mesmo prémio e das circunstâncias em que se admite o aumento do mesmo ou uma alteração do risco de cobertura.

Temos, portanto, de considerar, na análise desta questão, as características destes contratos de seguro de grupo como contratos de adesão, cujas cláusulas o segurado não tem possibilidade de discutir, mas apenas de rejeitar ou aceitar em bloco, bem como a relação jurídica e económica existente entre os Bancos e as Seguradoras, normalmente pertencentes ao mesmo grupo económico-financeiro.

A realidade sócio-económica e psicológica associada aos contratos de seguro do ramo vida e o contexto em que são celebrados, quando ligados a um contrato de mútuo para habitação - bem essencial para a vida dos segurados - contribui, quer para reduzir a atenção do segurado sobre o conteúdo do contrato de seguro, visto como elemento meramente acessório em relação ao empréstimo, quer para a seguradora se aproveitar desta situação, inserindo cláusulas contratuais gerais prejudiciais aos interesses do segurado ou omitindo algumas das causas de exclusão de cobertura. Daí a necessidade de, como bem destaca o acórdão de 22 de Junho de 2005 (processo n.º 1497/05-1), relatado pelo Conselheiro Moreira Alves, considerar o interesse dos aderentes que decorre naturalmente da ligação funcional entre o contrato de empréstimo, o contrato de seguro e o acto de adesão a este último, interesse esse cuja protecção é exigida pelos mais elementares princípios da boa fé, sob pena de a adesão ao contrato de seguro que o banco mutuante exige ao seu devedor, com o inerente encargo de suportar o custo do respectivo prémio, não passar de «simples artifício destinado a obter mais uma prestação a favor da seguradora, muitas vezes ligada ao grupo de que o banco faz parte».

No mesmo sentido se decidiu no acórdão de 2 de Dezembro de 2013, relatado pela agora relatora, proferido no processo n.º 306/10.0TCGMR.G1.S1.

Entendemos, em consequência do exposto, que o dever de comunicação ou de informação deve estender-se também à seguradora, por força dos artigos 5.º e 6.º do DL n.º 446/85, de 25 de Outubro e do princípio da boa fé, que impõe deveres acessórios de informação, lealdade e cooperação.

O facto de a seguradora não ter contacto directo com o aderente não a dispensa deste dever de comunicar ao segurado os requisitos e condições da obrigação de segurar.

Ora, não se provou que a seguradora tivesse remetido ao consumidor, nem sequer ao Banco, as condições do contrato de seguro. Por isso, o Banco também não estava em condições de cumprir as suas obrigações por facto imputável à Seguradora.

A seguradora responde assim directamente perante o segurado pela falta de informação, sem prejuízo de poder depois accionar, no plano das relações internas, o Banco, caso demonstre que a falta de informação se ficou a dever a culpa deste.

A responsabilização directa da seguradora para com o segurado resulta, quer do princípio da boa fé, quer da consideração de que, estando-se no domínio do direito do consumo, se deve proteger, em primeira linha, a parte mais débil na relação contratual- o consumidor segurado.

(...)

A previsão legal do dever de informação a cargo do tomador de seguro não significa que o legislador tenha querido excluir a seguradora de idêntico dever. Não se trata, portanto, de fazer repercutir na esfera jurídica da seguradora o incumprimento do Banco, como alega a Recorrente, mas sim de imputar à seguradora a titularidade de deveres de informação e o incumprimento destes, a título pessoal.

A intenção do legislador, dada a particular vulnerabilidade do aderente, não pode deixar de ter sido a de reforçar o dever de informação de uma das partes do contrato de seguro de grupo - o Banco - e não a de dispensar a seguradora de um dever que, de qualquer forma, já resultava dos arts 5.º e 6.º do DL n.º 446/85 e do princípio da boa fé consagrado nos arts 227.º, 239.º e 762.º, n.º 2 do CC.

Também não releva o argumento da recorrente, segundo o qual o DL n.º 176/95 constitui direito especial em relação ao regime jurídico das cláusulas contratuais gerais, que prevalece sobre este segundo a regra o direito especial derroga o regime comum ou geral. A classificação de uma norma como norma especial não é um dado apriorístico, mas pressupõe uma prévia interpretação da mesma, de acordo com os cânones de interpretação fixados na lei (art. 9.º do Código Civil): o elemento gramatical ou letra da lei, o elemento racional, que abrange a occasio legis (conjuntura económico-social que presidiu à elaboração da lei) e a ratio legis (a finalidade ou razão de ser da lei), e o elemento sistemático enquanto unidade da ordem jurídica e coerência valorativa da mesma.

Ora, o contexto em que a norma foi elaborada e a razão de ser da lei - o

aumento da protecção do consumidor e das garantias de transparência - indicam claramente a funcionalização da relação jurídica entre o Banco e a Seguradora à protecção dos interesses da parte mais fraca do contrato, conforme resulta do Preâmbulo do diploma (DL n.º 176/95, de 26-07), que afirma «A importância da informação do consumidor no novo quadro da actividade seguradora».

A prossecução deste objectivo implica necessariamente um reforço da protecção do aderente e não a sua diminuição, pelo que não podemos considerar o DL n.º 176/95 como uma lei especial que derroga o diploma que fixa o regime das cláusulas contratuais gerais, enquanto lei geral ou comum. Até porque não se pode considerar que o DL n.º 446/85 seja lei geral ou comum, sendo antes uma lei especial em relação ao regime comum dos contratos e que o derroga. Estaríamos, então, apenas perante duas leis especiais em relação ao regime geral dos contratos e cuja interpretação e aplicação deve ser harmonizada, sem que nenhuma delas afaste a outra. O princípio da boa fé e o princípio do equilíbrio das prestações, enquanto critérios interpretativos do contrato (arts. 237.º e 239.º do Código Civil), também impõem esta solução, violando a equidade contratual que o segurado possa ficar sem a prestação do serviço, por falta de informação de cláusula que prevê o dever do tomador de seguro informar a seguradora acerca da mudança de profissão, num contexto em que não se provou que o segurado e o Banco tivessem sido informados das condições do contrato onde constava esta cláusula.

A jurisprudência e a doutrina têm reconhecido à boa fé um papel cada vez mais amplo, em todas as fases da vida do contrato: na formação e na celebração do contrato, na interpretação e integração de lacunas do contrato, na execução do mesmo e nos efeitos da sua extinção por resolução ou anulação. O princípio da boa fé passou a assumir, para além de uma função integrativa, correctiva e de regulação de condutas, a função de controlo do conteúdo dos contratos, de juízo de validade das cláusulas singulares, de tutela da autodeterminação e da confiança do aderente e de garantia de equilíbrio das prestações e da equidade contratual[6]. Como regra de conduta, a boa fé tem uma natureza supletiva tendencial e de grande extensão, concretiza-se através de deveres de informação e de lealdade, e «reduz a margem de discricionariedade da actuação privada, em função de objectivos externos»[7].

(...) (fim de citação).

Não estamos, no caso concreto, em presença duma destas situações particularmente graves em que a concessão de empréstimo bancário para

aquisição dum bem essencial – habitação – presente o tomador a obrigar o segurado a aderir a um seguro. Mas não é a especial gravidade da situação em concreto que pode restringir o âmbito de aplicação da fundamentação jurídica expressa neste acórdão.

Podemos, em todos os casos de seguro de grupo, alinhar pela mesma disciplina: a interpretação não pode descurar os aspectos substanciais da realidade que o legislador quis regular, neste caso, quis proteger - de resto, podemos socorrer-nos do preâmbulo do DL 72/2008 de 16 de Abril para afirmar que a preocupação constante do legislador foi o reforço dos deveres de informação, a protecção da parte com menor poder negocial. Se houve uma preocupação de defesa de quem não tem poder de negociar cláusulas concretas, antes apenas pode aderir ou não aderir, se o beneficiário de cláusulas restritivas é o segurador, que não deixa de receber prémio de seguro garantindo exclusão de cobertura, então, é a própria existência de seguro de grupo, em que a possibilidade de contacto entre o segurado e a seguradora é ainda mais distante, que deve justificar o reforço das cautelas legais de protecção e não o seu contrário. Nenhuma especialidade, nenhuma posição de maior poder existe nos segurados em regime de seguro de grupo, que justifique que a sua protecção seja menor do que a do regime geral das cláusulas contratuais gerais. De resto, sempre que não esteja demonstrado que o tomador de seguro se encontre em posição de igualdade económica com a seguradora, a garantia de subsistência de um mínimo de boa-fé que se faz ancorar no regime geral da responsabilidade civil, pode apresentar-se muito deficiente ou até nem existir, já para não falar da demora e da despesa processual que remeter a reparação do segurado pelos prejuízos causados pelo incumprimento do dever de informação, para o regime geral da responsabilidade civil, em vez de permitir a oposição à aplicação de cláusulas não informadas, implica.

Aderimos assim à fundamentação supra transcrita do Ac. STJ de 14.4.2015, e em consequência confirma-se a sentença recorrida, improcedendo o recurso.

Tendo nele decaído, é a recorrente responsável pelas custas – artigo 527º nº 1 e 2 do CPC.

V. Decisão.

Nos termos supra expostos, acordam negar provimento ao recurso e confirmar a sentença recorrida.

Custas pela recorrente.
Registe e notifique

Lisboa, 20 de Outubro de 2016

Eduardo Petersen Silva
Maria Manuela Gomes
Fátima Galante