

Processo: 3016/15.9T8CSC.L1.S1
Nº Convencional: 1ª SECÇÃO
Relator: PAULO SÁ
Descritores: SEGURO DE VIDA
SEGURO DE GRUPO
PROPOSTA DE SEGURO
QUESTIONÁRIO
DECLARAÇÃO INEXACTA
DECLARAÇÃO INEXATA
ANULABILIDADE
NEXO DE CAUSALIDADE

Data do Acórdão: 12-07-2018
Votação: UNANIMIDADE
Texto Integral: S
Privacidade: 1
Meio Processual: REVISTA
Decisão: NEGADA A REVISTA
Área Temática:

DIREITO COMERCIAL – SEGUROS / NULIDADE DO SEGURO POR INEXACTIDÕES OU OMISSÕES.

Doutrina:

- Abrantes Gerales, Recursos no Novo Código de Processo Civil, Almedina, Coimbra, 2.^a edição, p. 350;
- Alberto dos Reis, Código de Processo Civil Anotado, Volume V, 1952, p. 473 e 474;
- José Vasques, Contrato de Seguro, Coimbra Editora, Coimbra, 1999, p. 379 e 380;
- Menezes Cordeiro, Direito dos Seguros, 2.^a Edição Revista e Anotada, Almedina, Coimbra, 2016, p. 628 ; Manual de Direito Comercial, Almedina, Coimbra, 2017, 2.^a edição, p. 777 e 778;
- Moitinho de Almeida, O Contrato de Seguro no Direito Português e Comparado, Livraria Sá da Costa, Lisboa, 1971, p. 61, 73 a 76;
- Paula Ribeiro Alves, Estudos de Direito dos Seguros, Intermediação de Seguros e Seguro de Grupo, Almedina, Coimbra, Julho de 2007, p. 290 a 293.

Legislação Nacional:

CÓDIGO COMERCIAL (CCOM): - ARTIGO 429.º.
REGIME JURÍDICO DO CONTRATO DE SEGURO, APROVADO PELO DL N.º 72/2008, DE 16-04: - ARTIGO 2.º, N.º 1.

Jurisprudência Nacional:

ACÓRDÃOS DO SUPREMO TRIBUNAL DE JUSTIÇA:

- DE 03-03-1998, IN CJ/STJ, ANO VI, TOMO I, P. 103;
- DE 16-12-1999, PROCESSO N.º 1022/99, IN WWW.DGSI.PT;
- DE 10-05-2001, IN CJ/STJ ANO IX, TOMO II, P. 60;
- DE 19-03-2002, PROCESSO N.º 299/02, IN WWW.DGSI.PT;
- DE 03-07-2003, PROCESSO N.º 4730/02, IN SASTJ, JULHO/SETEMBRO DE 2003, P. 28;
- DE 16-10-2003, PROCESSO N.º 03B2813, IN WWW.DGSI.PT;
- DE 13-11-2003, PROCESSO N.º 03B2343, IN WWW.DGSI.PT;
- DE 19-11-2003, PROCESSO N.º 04B1528, IN WWW.DGSI.PT;
- DE 04-03-2004, IN CJ/STJ, ANO XII, TOMO I, P. 102;
- DE 27-09-2005, PROCESSO N.º 1891/05-1.^a, IN SUMÁRIOS, N.º 93, P. 70;
- DE 24-04-2007, PROCESSO N.º 07S851, IN WWW.DGSI.PT;
- DE 27-05-2008, PROCESSO N.º 08A1373, IN WWW.DGSI.PT;
- DE 11-03-2010, IN WWW.DGSI.PT;
- DE 12-10-2010, PROCESSO N.º 646/05.0TBAMR.G1.S1;
- DE 13-01-2011, PROCESSO N.º 1443/04.6TBGDM.P1.S1;
- DE 24-05-2011, PROCESSO N.º 376/2002.E1.S1, IN WWW.DGSI.PT;
- DE 06-07-2011, PROCESSO N.º 2617/032TBAVR, IN WWW.DGSI.PT;
- DE 06-07-2011, PROCESSO N.º 8609/03.4TVLSB.L1.S1, IN WWW.DGSI.PT;
- DE 25-06-2013, PROCESSO N.º 24/10.0TBVNG.P1.S1;
- DE 27-03-2014, PROCESSO N.º 2971/12.5TBBERG.G1.S1;
- DE 09-07-2014, PROCESSO N.º 841/10.0TVPRT.L1.S1, IN WWW.DGSI.PT;
- DE 05-04-2016, PROCESSO N.º 36/12.9TBALD.C1-A.S1;
- DE 14-03-2017, PROCESSO N.º 3615/14.6TBCSC.L1.S1, IN WWW.DGSI.PT;
- DE 30-11-2017, PROCESSO N.º 608/14.7TVLSB.L1.S1.

Sumário :

I. Ao seguro de vida celebrado no domínio da vigência do artigo 429.º do Código Comercial aplica-se esta norma, sobre o efeito das declarações inexactas ou reticentes do segurado, no que concerne a tudo o que extravasa o conteúdo do respectivo contrato, como decorre do artigo 2.º, n.º 1, do Decreto-Lei 72/2008, de 16.4, sendo que o artigo 1.º desse diploma delimita o conceito de "conteúdo típico", à cobertura de um "risco determinado do tomador do seguro ou de outrem", com as inerentes e respectivas obrigações de realização da "prestação convencionada" (segurador) e do pagamento do "prémio correspondente" (tomador).

II. O questionário é uma das formas de declaração inicial do risco pelo candidato tomador do seguro ou pessoa segura que tem por objectivo a ponderação por parte da seguradora dos riscos a correr com a celebração do contrato que lhe é proposto. As respostas a esse questionário correspondem ao «repositório das declarações da pessoa segura, declarações em que a seguradora deve confiar e em função das quais aceita ou não o contrato e fixa as respectivas condições».

III. Tal “questionário” não constitui cláusula contratual geral do contrato de seguro, para efeito de vinculação da seguradora aos deveres de comunicação e informação dessas cláusulas, em contratos de adesão.

IV. De resto, tratando-se de seguro de grupo, o ónus de informação e esclarecimento sobre o conteúdo e alcance das cláusulas contratuais gerais sempre recairia sobre o tomador, que não sobre a seguradora.

V. Não é relevante para efeito da anulabilidade do seguro que exista ou não nexó causal entre a doença omitida nas declarações prestadas pelo segurado e a que efectivamente se revelou letal.

Decisão Texto Integral:

Processo n.º 3016/15.9T8CSC.L1.S1[1]

Acordam no Supremo Tribunal de Justiça:

I. – AA e BB intentaram acção declarativa com processo comum contra «CC, SA».

Alegaram os AA., em resumo:

Em 7.2.2007, DD, pai dos AA., adquiriu um imóvel, com recurso ao crédito à habitação, pelo que teve de celebrar um seguro de vida com a R., sendo o valor do capital seguro no valor dos montantes mutuados e o beneficiário respectivo a entidade bancária mutuante, «EE, SA».

Em 15.3.2013 DD faleceu, sendo a causa da morte “falência cardio-respiratória”. O óbito foi comunicado à R, a quem foram entregues os documentos pertinentes, mas esta recusou o pagamento dos

capitais seguros, invocando que o pai dos AA. não mencionou patologias pré-existentes que teriam condicionado a aceitação do risco por parte da R, o que conduziria à anulação do contrato de seguro.

Todavia, pela R. através dos seus comerciais, não foi querido que o DD indicasse qualquer patologia para não atrasar o processo de empréstimo e do seguro. Além de que a causa da morte não adveio de nenhuma doença pré--existente. Acresce que não foi comunicado na íntegra ao segurado o conteúdo das cláusulas contratuais, nem explicado o significado e implicações das mesmas, concretamente não havendo sido explicado ao segurado o teor da cláusula relativa às declarações inexactas, com a advertência para as consequências advenientes, o que determina a exclusão da referida cláusula do contrato.

Por força da posição da R. está em dívida à entidade bancária mutuante a quantia de € 116.397,00, tendo além disso sido paga a quantia global de € 4.159,54, a título de prémios do seguro.

Pediram os AA. a condenação da R. a pagar:

- «a) ao EE, S.A. ou aos AA. que depois reembolsarão a referida instituição de crédito, a quantia em dívida de € 116.397,00 a título de indemnização proveniente do seguro de vida melhor identificado no articulado, acrescida dos juros de mora vencidos e vincendos, calculados à taxa legal;
- b) Subsidiariamente, e em caso de se entender o contrato como nulo, deve a Ré restituir aos Autores o montante pago a título de prémios de seguro já pagos, num total de €4.843,54, acrescido dos juros vincendos;
- c) Em qualquer dos casos, deve a R ser condenada ainda a pagar juros à taxa de 5% ao ano, desde a sentença de condenação transitada em julgado, a título de sanção pecuniária compulsória».

Contestou a R, dizendo, essencialmente, o seguinte:

Em 7.2.2007, DD celebrou com o «BCP, SA» um contrato de compra e venda, mútuo com hipoteca e fiança e, ainda, um mútuo com hipoteca e fiança, em associação com os quais o mesmo DD propôs a sua adesão ao contrato de seguro de grupo contributivo do ramo vida, aderindo a este contrato em 18-12-2006, sendo a aceitação da R. de 7-2-2007.

Quando da celebração dos contratos de seguro dos autos — e posteriormente — o DD ocultou à R. os reais condicionalismos do risco, omitindo intencionalmente factos que tinha o dever de revelar, sendo que tal omissão influiu nas condições de aceitação da adesão, havendo que ter em consideração quer o n.º 3 do art.º 2 das

Condições Gerais, quer o disposto no art.º 429.º do CCom. Assim, a R. declinou qualquer responsabilidade pelo sinistro dos autos, sendo que, em função da anulação invocada, deverá a R. ser absolvida do pedido.

Acresce que se verificou um agravamento do risco de que a R. somente teve conhecimento após a morte do DD, o que legitimou a resolução do contrato de seguro.

Além de que a falência cardíaca que vitimou o DD adveio da hipertensão arterial que já o afectava antes da conclusão dos contratos de seguro, a que se somavam outros factores de risco cardiovascular que concorreram para a sua morte, encontrando-se, assim, o sinistro excluído das garantias.

Impugnou, ainda, a R. factos alegados pelos AA.

Concluiu pela procedência das excepções, bem como pela improcedência da acção e pela sua absolvição do pedido.

Havendo sido os AA. convidados a responderem às excepções disseram estes, designadamente, que a proposta de adesão ao contrato de seguro não é mais do que um contrato de adesão, sendo aplicável o regime das cláusulas contratuais gerais e que a falta de comunicação e a violação do dever de informação implica a exclusão das cláusulas, sendo que antes da celebração e assinatura dos contratos não foi explicado ao DD o teor da cláusula referente às declarações inexactas e às omissões, com a advertência das consequências resultantes, nem lhe foi dado um período para esclarecimento e reflexão; bem como que, face ao questionário com respostas fechadas sim/não, não era exigível ao DD relatar o seu historial clínico; e, ainda, quanto à causa da morte, que não resultou de qualquer doença pré-existente à celebração do contrato.

O processo prosseguiu vindo, a final, a ser proferida sentença que decidiu nos seguintes termos: «... julga-se a presente acção parcialmente procedente por parcialmente provada e, em consequência, no reconhecimento da vigência dos certificados individuais referidos em 7) dos factos provados, à data do óbito de DD, reconhece-se o direito dos AA. a ver ser paga pela R. a “EE, S.A.” a quantia correspondente aos capitais mutuados por esta instituição bancária ao referido DD, e ainda não reembolsados à data de 15/3/2013, nos montantes máximos de € 88.166,12 (oitenta e oito mil cento e sessenta e seis euros e doze cêntimos) e de € 29.642,21 (vinte e nove mil seiscentos e quarenta e dois euros e vinte e um cêntimos), devida pelo acionamento da cobertura do risco de morte garantido pelos referidos certificados individuais.

Mais fica prejudicado o conhecimento do pedido subsidiário.

Mais vai condenada a R. no pagamento da sanção pecuniária

compulsória a que alude o nº 4 do art.º 829º-A do Código Civil.

No mais que exceda a medida da condenação ora decidida, vai a R. absolvida do pedido».

Irresignada com o assim decidido, a Ré interpôs recurso de apelação, tendo impugnado a matéria de facto fixada e concluindo pela sua absolvição, tendo a Relação, decidido pela procedência do mesmo, “revogando a sentença recorrida que condenou a R. no pedido principal formulado pelos AA., pelo que absolvem a R. daquele pedido principal; todavia, apreciando o pedido subsidiário condenam a R. a pagar aos AA. a quantia de € 4.159,54 (quatro mil cento e cinquenta e nove euros e cinquenta cêntimos) acrescida de juros de mora à taxa legal desde a citação até efectivo pagamento” com custas da acção e da apelação por AA. e R. na proporção do respectivo decaimento.

Desta vez, foram os AA. que se não conformaram com a decisão, pelo que interpuseram recurso de revista, o qual foi admitido.

Os AA concluem, deste modo, as suas alegações que resumimos, dada a sua extensão e carácter repetitivo:

A. Em primeiro lugar, e salvo o devido respeito, que é muito, consideram os ora Recorrentes que houve negligência na reapreciação da matéria de facto pelo Tribunal a quo, não só ao apreciar os depoimentos das testemunhas FF e GG, como também por dar como provado o novo facto o Tribunal da Relação entrou em grave contradição com um outro já dado como provado, passando a existir uma contradição na matéria de facto dada como provada no seu todo.

B. Em segundo lugar, salvo o devido respeito, consideram os ora Recorrentes que a decisão ora posta em crise, bem como a respectiva fundamentação, denotam uma concepção errónea sobre a aplicação da lei, nomeadamente do regime das cláusulas contratuais gerais, bem como da aplicabilidade do artigo 429.º do CCom e do Regime Jurídico do Contrato de Seguro, no âmbito do contrato de seguro aqui em análise, ao arrepio da lei, da doutrina e da jurisprudência (em especial deste douto Tribunal) sobre esta matéria, pelo que o douto Acórdão recorrido enferma de vício de violação de lei, na vertente de erro na interpretação e aplicação da lei substantiva.

C. No que diz respeito à impugnação da matéria de facto produzida pela Opoente, mal andou o Tribunal a quo ao decidir que deveria ser considerado provado o seguinte facto (que foi aditado como facto 40) dos factos provados:

"Se a ora R. tivesse tido conhecimento do quadro clínico de DD — nomeadamente que o mesmo tivera uma hepatite C e uma pneumonia, que sofrera duas intervenções cirúrgicas às varizes, o seu historial de hipertensão e dislipidemia — poderia não ter aceite a sua

proposta aos Contratos de Seguro em causa nos mesmos termos e condições em que o fez, atenta a influência daqueles elementos na avaliação do risco."

D. Para daqui concluir que: a susceptibilidade de as declarações prestadas puderem influir sobre as condições do contrato preenche o circunstancialismo constante da previsão do artigo 429.º do CCom.

(...)

G. Na verdade consideramos que a douta decisão do Tribunal da Relação, quanto à matéria de facto, é sindicável por este Supremo Tribunal por dois motivos: porque o novo facto dado como provado é inconciliável com outro também dado como provado e o Tribunal da Relação não procedeu a uma correcta reavaliação da matéria de facto na medida em que não cumpriu o que a lei impõe quanto a esta matéria, nomeadamente por apoiar a sua convicção em afirmações vagas das testemunhas não reapreciando, como devia, as provas apresentadas, conforme passaremos a explicar:

H. Vejamos, considerou o douto Tribunal da Relação que relativamente ao depoimento do Dr. FF, médico que em regime de avença presta serviços à R, resultou que as propostas positivas ao "questionário" passam pelo departamento clínico da R, o que não sucede em caso inverso, como é o dos autos e que se as respostas fossem positivas teriam sido solicitados relatórios, exames e feita avaliação atinente para que se obtivessem conclusões referentes ao acréscimo de risco com eventuais consequências a nível de agravamento e exclusão.

I. No que respeita ao depoimento do Dr. FF convém também não olvidar a menção que consta na sentença do Tribunal de Primeira Instância no que toca à razão de ciência desta testemunha, ou seja, de que o seu conhecimento dos factos limita-se à valoração dos elementos documentais que lhe foram presentes, daí que tenha formulado um juízo de natureza jurídico--conclusiva, em suma, não tinha conhecimento directo dos factos controvertidos.

J. A acrescer ao facto de não estar na posse de todos os elementos factuais necessários para formular os juízos da forma como o fez, existe a ligação funcional entre a testemunha e a Seguradora, que lhe retira objectividade na apreciação (livre) da questão.

K. Sobre tal depoimento resta sublinhar que o facto de resultar do mesmo que as propostas positivas ao "questionário" passam pelo departamento clínico da R, o que não sucede em caso inverso (como é o dos autos), e que se as respostas fossem positivas teriam sido solicitados relatórios, exames e feita avaliação atinente para que se obtivessem conclusões referentes ao acréscimo de risco, com eventuais consequências a nível de agravamento e exclusão, daqui

não se retira que as condições que a Seguradora aprovou seriam ou não diferentes.

L. Pode retirar-se que o "questionário" teria passado pelo departamento clínico da R e que poderiam ter sido solicitados exames, mas não resulta que a Seguradora poderia não ter aceite a proposta de adesão — como afirma o Tribunal da Relação para sustentar o novo facto provado!

M. Relativamente ao depoimento de GG, funcionária da R, considerou o Tribunal da Relação que resulta do mesmo que se a R tivesse tido conhecimento da hepatite C, das intervenções cirúrgicas às varizes, da pneumonia e da medicação para hipertensão e dislipidemia, o seguro não teria sido aceite em "condições *standard*".

N. Primeiramente sublinhe-se que o conhecimento que a mesma tem sobre a matéria de facto controvertida lhe advém da posição de subordinação laboral que tem com a Seguradora e não de ter conhecimento directo dos factos, o que deverá ser considerado ao valorar tal depoimento.

O. A acrescentar que, ao concluir o Tribunal da Relação que de tal depoimento se retira que "se a R. tivesse tido conhecimento dessas circunstâncias [doenças e medicação já indicadas supra] o seguro não teria sido aceite em "condições *standard*", daqui não decorre que se a R tivesse conhecimento do quadro clínico de DD poderia não ter aceite a proposta de adesão aos Contratos de Seguro aqui postos em crise.

P. A alusão a "condições *standard*" é vaga e, salvo melhor opinião, não decorre do depoimento (nem de nenhuma outra prova carreada para os autos) que as condições dos Contratos de Seguro dos autos correspondem ao modelo *standard*.

Q. Ou seja, não foi alegado nem provado que as condições aprovadas são as *standard*, portanto também não se pode concluir deste depoimento que as condições que a Seguradora aprovou seriam ou não diferentes.

R. Onde se conclui, necessariamente, que houve negligência na apreciação deste depoimento com a conclusão que dele foi extraído pelo Tribunal da Relação.

S. Por outro lado, sempre se diga que, ao dar como provado o novo facto, o Tribunal da Relação entrou em grave contradição com um outro, passando a existir uma ilogicidade e contradição na matéria dada como provado no seu todo.

T. O facto dado como provado número 6) refere que a proposta de adesão foi preenchida informaticamente pelo EE, através de um seu funcionário, quer no que respeita aos elementos de identificação de

DD, quer quanto às respostas ao questionário médico, tendo depois sido impressa e dada a assinar àquele pelo referido funcionário.

U. Em nosso entendimento tal facto é inconciliável com o novo facto dado como provado, na medida em que, tendo o Sr. DD subscrito uma proposta de adesão em que as informações clínicas não foram preenchidas pelo próprio, tal não se coaduna com a afirmação de que se a R. tivesse tido conhecimento do quadro clínico daquele poderia não ter aceite a sua proposta de adesão.

V. Na verdade, basear-se num questionário preenchido por um funcionário bancário, em que a Pessoa Segura apõe a sua assinatura não pode empossar a Seguradora na certeza de ter conhecimento do quadro clínico global da Pessoa que vai segurar.

W. Ademais porque não resultaram provados os seguintes factos:

"Aquando da subscrição da proposta de adesão pelo referido DD, a R. explicou ao mesmo que qualquer resposta afirmativa ao questionário médico conduziria à realização de exames médicos para avaliação correcta do risco que a R. se propunha assumir e sobre as condições em que o assumiria (...). Aquando da subscrição da proposta de adesão pelo referido DD, a R. explicou ao mesmo que a existência das patologias e intervenções referidas em 12) a 24) correspondia a uma resposta afirmativa às questões enunciadas nos pontos 1. a 4. do questionário médico, fazendo com que não aceitasse a adesão do mesmo ao seguro de vida respectivo ou, pelo menos, que não a aceitasse nos mesmos termos e condições em que o fez (...).

Aquando da subscrição da proposta de adesão pelo referido DD, a R. explicou ao mesmo que a superveniência de patologias como as referidas em 25) a 36) correspondia à ocorrência de circunstâncias susceptíveis de constituir um agravamento do risco e que devia ser comunicada por escrito à R. no prazo de oito dias a contar da sua verificação, sob pena de resolução do contrato ou cessação das garantias relativamente ao mesmo (...).

X. Donde se retira, necessariamente, que dar como provado que a Seguradora poderia não ter aceite a proposta de adesão nos termos em que o fez, caso tivesse conhecimento do quadro clínico de DD, assenta em contradição com o facto de não ter sido o mesmo a informar por mão própria ou verbalmente a Seguradora do seu verdadeiro quadro clínico.

Y. Na verdade, aceitar como provado que a R. não teria aceite a proposta de adesão nos moldes em que o fez choca frontalmente com o facto de não ter a Seguradora, em momento algum, solicitado informações específicas sobre o seu estado de saúde, nem qualquer exame (conforme resultou provado nos autos).

Z. Em conformidade com o explanado, o Tribunal da Relação, com o

devido respeito, não podia alterar a matéria de facto dada como provada, tendo violado o artigo 662.º do CPC, pelo que deverá ser revogada a decisão do Tribunal da Relação e manter-se a decisão de Primeira Instância quanto à matéria de facto.

AA. No que respeita à aplicação do direito feita pelo Tribunal da Relação de Lisboa é nosso entendimento que o Tribunal *a quo* fez uma incorrecta aplicação do direito, na medida em que a prova carreada para os autos foi inequívoca no sentido da responsabilidade da Seguradora. E a aplicação do direito aos factos feita pelo Tribunal de Primeira Instância é perfeitamente linear, não merecendo o menor reparo, conforme iremos demonstrar.

BB. Conforme supra exposto deve manter-se inalterada a decisão do Tribunal de Primeira Instância quanto aos factos provados, o que desde já se requer, mas ainda que assim não se entenda, o que apenas se admite por mero dever de patrocínio, sempre se dirá que, conforme jurisprudência deste douto Tribunal, apenas relevam as inexactidões/ omissões que influam na existência ou condições do contrato.

CC. Neste sentido vide Acórdão deste Tribunal (processo n.º 08B3903):

"(...) apenas relevam aquela inexactidão ou omissão que influam na existência ou condições do contrato, ou seja, que levariam a seguradora a não fazer o seguro ou a fazê-lo em condições manifestamente diferentes."

DD. Ou seja, não basta o facto de a Seguradora "poder não ter aceite" a proposta de adesão como afirma o Tribunal a quo, mas sim que a omissão de informação levaria necessariamente a seguradora a não fazer o Seguro ou a fazê-lo em condições diferentes — facto que não consta como provado nem em primeira instância nem na Relação!

EE. Neste sentido se pronunciou este Tribunal no Acórdão com o n.º de processo 0462618:

"Para que se produza o efeito consignado no art. 429º do Código Comercial não releva qualquer informação inexacta ou reticente do tomador do seguro ou do segurado sobre factos ou circunstâncias que servem para a apreciação do risco, sendo, sim, indispensável que a inexactidão influa na existência e condições do contrato, de sorte que o segurador ou não contrataria, ou teria contratado em díspares condições." (...).

(...)

GG. Daqui se retira, sem sombra de dúvida, que a aplicação do artigo 429.º do CCom pressupõe que as declarações do segurado tenham sido relevantes para a Seguradora na decisão de contratar ou nas condições do contrato, não bastando, como quer fazer crer a sentença

recorrida, que as declarações prestadas fossem susceptíveis de influir sobre as condições do contrato.

HH. Na verdade, a relação entre as partes no caso *sub judice* caracteriza-se por ser uma relação em que o equilíbrio de forças é desigual, na medida em que o segurado é o contraente débil que se limita a aceitar, sem qualquer poder negocial, as condições que lhe são propostas pela Seguradora.

II. Portanto, aceitar a interpretação feita pelo douto Tribunal da Relação é esquecer que não há igualdade contratual e olvidar que a lei (e neste caso os Tribunais) têm o dever de proteger o contraente mais débil, por uma questão de elementar justiça!

JJ. A contraente mais forte não necessita do apoio jurisprudencial, pois a seu favor já tem o facto de ter tido todo o poder no momento de contratar, impondo as cláusulas, que o segurado se limitou a aceitar.

KK. E, portanto, cumpre, desde já, rebater o raciocínio da Seguradora (que mereceu apoio no Acórdão de que se recorre), na medida em que o regime das cláusulas contratuais gerais é sim aplicável às cláusulas do contrato de seguro em questão.

LL. Por fim sempre se diga que uma aplicação justa da lei é aquela que está de acordo com a realidade e é contemporânea com a época em que é proferida, além que não podemos esquecer as regras de interpretação da Lei — uma das principais é a interpretação actualista da Lei, por forma a podermos modelar e interpretar de forma mais actualizada possível.

MM. Daqui se retira que, apesar do Regime Jurídico do Contrato de Seguro não ser, aparentemente, aplicável directamente ao caso presente, não se pode olvidar, sem mais, o avanço legislativo que o mesmo trouxe.

NN. Na verdade, o aludido regime veio colmatar as crescentes injustiças que decorriam da aplicação e de certas interpretações (mais restritas) ao artigo 429.º CCom.

00. Com o novo regime jurídico aplicável ao caso concreto a decisão do Tribunal da Relação seria, forçosamente, diferente.

PP. Isto porque o aludido regime remete para regimes comuns, como a Lei das Cláusulas Contratuais Gerais e a Lei de Defesa do Consumidor, que têm regras que visam, precisamente, proteger o contraente mais fraco (dever do próprio Estado num Estado de direito democrático).

QQ. Cumpre realçar que o novo regime procede a uma uniformização quanto aos deveres de informação prévia do segurador, estando consagrado que é um dever especial de esclarecimento a cargo do

segurador e impende sobre este elucidar devidamente a contra parte do regime de incumprimento da declaração de riso, por exemplo.

RR. Daqui se retira que a aplicação da lei ao caso concreto não pode fazer tábua rasa do sentido evolutivo da legislação nacional sobre esta matéria, antes deve ser consentânea com os princípios ora vigentes!

SS. Caso assim não seja deparamo-nos com uma questão de fracturante injustiça social que, estamos em crer, é contrário à acção dos Tribunais.

TT. A acrescentar que no sistema jurídico português não vigora, como em outros, o sistema do precedente, o que significa que este douto Tribunal pode e, a nosso ver, deve, decidir da forma mais consentânea com a justiça ao invés de plasmar *ad eternum* decisões já proferidas sobre esta temática, menos abonatórias e justas para os cidadãos.

UU. Ora, conforme resulta provado, aquando do preenchimento do questionário médico, DD sabia já ter sido submetido a duas cirurgias às varizes, ter tido hepatite C, ter realizado uma biopsia hepática, ter tido uma pneumonia, sofrer de hipertensão arterial e já ter estado temporariamente incapacitado para o trabalho. Não obstante, respondeu negativamente a todas as questões do questionário médico.

VV. Mas o aludido questionário médico faz parte integrante da adesão ao Contrato de Seguro do crédito habitação junto aos autos.

WW. E, nos termos do disposto no artigo 1.º do diploma das Cláusulas Contratuais Gerais:

"As cláusulas contratuais gerais elaboradas sem prévia negociação individual, que proponentes ou destinatários indeterminados se limitem, respectivamente, a subscrever ou aceitar, regem-se pelo presente diploma.

O presente diploma aplica-se igualmente às cláusulas inseridas em contratos individualizados, mas cujo conteúdo previamente elaborado o destinatário não pode influenciar.

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

XX. Ora, tendo presente que resultou provado que o referido DD ficou obrigado perante o BCP a contratar um seguro de vida cujas condições constantes da referida apólice seriam as indicadas pela referida instituição bancária (facto provado 2) e se deslocou a uma sucursal do BCP onde subscreveu a proposta de adesão junta aos autos (facto provado 3) e que tal proposta de adesão foi preenchida informaticamente pelo BCP, através de um seu funcionário, no que respeita também às respostas ao questionário médico (facto provado 6), dúvidas não restam de que importa efectivamente convocar o

regime das Cláusulas Contratuais Gerais.

YY. Quer pela natureza das cláusulas do contrato em questão, quer pela forma como as mesmas foram apresentadas a DD para aceitação – por adesão, e tendo presente que resultou provado que as mesmas foram elaboradas sem prévia negociação individual, tendo o referido DD limitando-se a aceitar as mesmas, sem as poder influenciar, alterar, discutir, negociar, resulta evidente que revestem natureza de Cláusulas Contratuais Gerais, para efeitos de aplicação da disciplina que regula a sua criação, comunicação, aceitação, validade e interpretação decorrentes do diploma respectivo.

ZZ. A este respeito decidiu e bem o Tribunal de Primeira Instância (...)

AAA. Na verdade, conforme resulta das conclusões do referido Tribunal, a resposta à questão sobre se o proponente já foi aconselhado a consultar um médico tem de obter resposta afirmativa de qualquer proponente!

BBB. Não é crível que alguém com a idade de DD (46 anos aquando da subscrição) nunca tenha consultado um médico ou aconselhado a fazê-lo ou estado efectivamente doente, sob pena de efectivamente se encontrar à margem do que são as directrizes mais básicas de saúde pública no nosso país.

CCC. Registe-se que é altamente questionável a avaliação de risco que a Seguradora faz perante uma proposta que recebe uma resposta negativa a esta questão. Note-se que a Seguradora não exigiu qualquer exame médico ou laboratorial ao referido DD, a avaliação do risco foi feita com base na resposta a estas questões. Ora, é altamente improvável que quem analisou esta proposta não se tenha questionado da boa resposta à aludida questão ... É, mais uma vez, a Seguradora a não cumprir as suas responsabilidades quando as questões básicas de pré-contratação não foram respeitadas pela mesma.

DDD. Sobre esta temática acrescenta ainda o aludido Tribunal que "(...) como bem refere a R. na sua contestação, as questões médicas são essenciais para a R. poder fazer a avaliação do risco de morte que está a assumir. Pelo que a avaliação há-de resultar de respostas inequívocas a perguntas inequívocas sobre o estado de saúde do proponente, de modo a permitir à R. apurar o grau de risco de morte que o proponente apresenta." (...).

EEE. Portanto, dúvidas não restam de que estamos perante cláusulas contratuais gerais, nas quais a Seguradora se baseia para alegar a nulidade dos certificados de seguro, que conforme refere o aludido Tribunal "(...) hão-de ser interpretadas no sentido do mesmo [DD) ter ficado obrigado a responder com verdade às seis questões do

questionário médico, na perspectiva da afirmação de consultas médicas, hospitalizações, tratamentos, intervenções cirúrgicas, doenças ou alterações físicas ou funcionais que correspondessem a diminuições do estado da sua saúde potenciadoras de um risco para a sua vida.

FFF. Ou seja, o conceito de "omissões" e de "declarações inexactas ou incompletas feitas pelo Tomador de Seguro ou pelas Pessoas Seguras susceptíveis de influenciar a aceitação do risco ou as condições em que o tenha sido "há-de ser interpretado como significando, no que às respostas fechadas do questionário médico respeita, a resposta negativa e contrária à existência de situações de doença que, pela repercussão que possam ter no estado de saúde do proponente no aumento do seu risco de morte, sejam susceptíveis de conduzir a R. s recusa a aceitação do proponente como pessoa segura, ou de só o aceitar mediante um sobreprémio ou mediante a redução das garantias."

(...)

HHH. Donde se conclui, sem margem para discussão. que a cláusula contratual em questão interpretada no sentido que a R. lhe confere é contrária à boa fé e, deste modo é proibida, nos termos do disposto no artigo 15.º do diploma das Cláusulas Contratuais Gerais.

III. Pelo que bem andou o Tribunal de Primeira Instância ao afirmar que nos termos da disposição conjugada dos artigos 12.º, 13.º e 24.º do diploma das Cláusulas Contratuais Gerais subsiste a adesão ao contrato de seguro de vida sem a referida cláusula.

JJJ. Relativamente à questão sobre quem recai o dever de informação – a Seguradora alegou que não podia ser prejudicada pela falta ou deficiente comunicação e explicação das cláusulas contratuais, uma vez que era ao Tomador do seguro que incumbia o ónus de provar a sua efectiva comunicação ao Proponente (o BCP) e o mesmo entendimento teve a decisão de que se recorre.

KKK. Ora, também quanto a esta questão mal andou o Tribunal da Relação na aplicação do direito porque resultou provado que a proposta de adesão foi preenchida informaticamente pelo BCP através de um seu funcionário.

LLL. Por outro lado, nos termos do n.º 3 do artigo 5.º do diploma das Cláusulas Contratuais Gerais "o ónus da prova da comunicação adequada e efectiva cabe ao contratante que submeta a outrem as cláusulas contratuais gerais".

MMM. Portanto, cabe à Seguradora (com quem DD contratou o contrato de seguro) provar a comunicação adequada e efectiva das cláusulas.

(...)

PPP. Aplicando os princípios expostos ao caso em apreço, sempre se dirá que resultou provado que a DD não foi comunicado nem explicado (nem pelo BCP nem pela Seguradora) o teor e o alcance das aludidas cláusulas.

(...)

RRR. Por fim, mal andou o Tribunal da Relação ao decidir que é irrelevante a verificação denexo causal entre as circunstâncias não declaradas e o sinistro, não fazendo, mais uma vez, uma correcta interpretação do direito quanto a esta matéria.

(...)

TTT. Quanto a este aspecto cumpre realçar que não foi dado como provado:

(V) Que aquando da subscrição da proposta de adesão pelo referido DD, este sabia que padecia de patologias com elevada probabilidade de causar falência cardíaca;

(VI) Que aquando da subscrição da proposta de adesão pelo referido DD este padecia de obesidade, que constituía importante factor de risco para o aparecimento, desenvolvimento e agravamento de outras doenças, o que já acontecia provavelmente desde Maio de 1995.

(VII) Que a falência cardíaca que foi causa directa do óbito do referido DD resultou da existência de dor precordial nos dias que antecederam o óbito, dor essa de que o mesmo já se queixava desde 22/1/2009, resultando esta da hipertensão arterial que lhe foi diagnosticada pelo menos em Julho de 2001

(VIII) Que para o óbito do referido DD concorreram, ainda que parcialmente, a dislipidemia e a obesidade que o mesmo já sofria em 18/12/2006.

UUU. Donde se conclui que não resultou provado que a causa de morte decorresse, ainda que parcialmente, de qualquer patologia pré-existente.

VVV. Face a esta constatação não se pode retirar outra conclusão que não seja a de que a inexistência de nexode causalidade entre a omissão de elementos sobre o estado de saúde do segurado e o sinistro, leva necessariamente à inadmissibilidade da anulação do contrato com base neste argumento.

WWW.Em face do exposto, é manifesto que o presente Recurso deverá ser julgado totalmente procedente e, em consequência, ser revogada a decisão proferida pelo Tribunal de Primeira Instância quanto à matéria de facto, bem como à aplicação do direito ao caso

sub judice.

Pedem, assim, os AA. que seja concedido total provimento ao presente recurso, e em consequência, revogado parcialmente o acórdão na parte em que julgou procedente a oposição da Recorrida.

Houve contralegações, defendendo a bondade do acórdão da Relação.

II. Fundamentação

De Facto

II.A. São os seguintes os factos dados como provados e não provados nas instâncias, sendo que o facto provado n.º 40 foi aditado pela Relação:

a) Factos provados

- 1) Em .../2013 faleceu DD, no estado de divorciado (documento).
- 2) Após o referido DD ter solicitado ao “EE” (doravante BCP) a concessão de um crédito para aquisição de habitação própria e permanente, e tendo sido aprovado o empréstimo em questão pelo referido banco, ficou o referido DD obrigado perante o BCP a contratar um seguro de vida cujas condições constantes da referida apólice seriam as indicadas pelo BCP, em sociedade de seguros de reconhecido crédito e da confiança do BCP, sendo este o beneficiário irrevogável desse seguro de vida.
- 3) Para cumprimento dessa obrigação de contratação do seguro de vida, em 18/12/2006 o referido DD deslocou-se a uma sucursal do banco, onde subscreveu proposta de adesão ao “Seguro de Vida Crédito Habitação”, a que corresponde a apólice 00061190, sendo a R. aí identificada como seguradora e o BCP como tomador do seguro e entidade credora (acordo das partes e documento).
- 4) Nessa proposta de adesão consta um “Questionário Médico”, respondido negativamente pelo referido DD, às seguintes questões com possibilidade de escolha de resposta “Sim” ou “Não”:

“1. Já o aconselharam a consultar um médico, a ser hospitalizado, a submeter-se a algum tratamento ou intervenção cirúrgica?

2. Está de baixa por doença ou acidente?

3. Tem ou teve alguma doença que o tenha obrigado a interromper a sua actividade laboral por mais de 15 dias consecutivos nos últimos 5 anos?

4. Tem alguma alteração física ou funcional, teve algum acidente grave, foi submetido a alguma intervenção cirúrgica ou recebeu alguma transfusão de sangue?

5. Já fez ou foi aconselhado a fazer um teste de SIDA?

6. Já lhe foi recusada a celebração de um seguro de vida, de doença ou de acidentes pessoais, ou o mesmo foi celebrado em condições especiais?” (acordo das partes e documento).

5) Nessa proposta de adesão consta igualmente, antes da assinatura do proponente, que “Para efeitos de celebração do(s) presente(s) contrato(s) de seguro, declaro que:

– São exactas e completas as declarações por mim prestadas e que tomei conhecimento de todas as informações necessárias à celebração do(s) presente(s) contrato(s), tendo-me sido entregues as respectivas Condições Gerais e Especiais, para delas tomar integral conhecimento e prestados todos os esclarecimentos sobre as mesmas condições, nomeadamente sobre garantias e exclusões com as quais estou de acordo.

– Tanto o Tomador de Seguro como a Pessoa Segura declaram ter tomado conhecimento das Condições Gerais do contrato a realizar, bem como da possibilidade de realização de Exames Médicos e/ou Exames Auxiliares de Diagnóstico que se tornem necessários pela conjugação do Capital com a idade da Pessoa Segura ou pela existência de outros seguros de vida, pelo que as garantias do seguro só serão accionadas após aceitação pela CC, S.A. (...)

– O Questionário Médico faz parte integrante do Seguro de Vida. As declarações inexactas ou reticentes ou a omissão de factos, tornam o pedido de adesão nulo e sem qualquer efeito e libertam a CC, S.A., do pagamento de qualquer indemnização (...).” (acordo das partes e documento)

6) Tal proposta de adesão foi preenchida informaticamente pelo BCP, através de um seu funcionário, quer no que respeita aos elementos de identificação do referido DD, quer no que respeita às respostas ao questionário médico, após o que foi impressa e dada a assinar ao mesmo por esse mesmo funcionário que a preencheu.

7) Em 7/2/2007 a R. aceitou tal proposta de adesão, passando o referido DD a ser titular dos certificados individuais nº ... e nº ..., figurando como pessoa segura na apólice ... e responsável pelo pagamento dos prémios mensais totais de € 43,24 e de € 12,97, respectivamente, sendo os capitais seguros correspondentes aos valores de € 100.000,00 e de € 30.000,00, respectivamente (acordo das partes e documento).

8) Para além de outras, eram as seguintes as condições gerais da apólice referida em 3), mencionadas na proposta de adesão assinada pelo referido DD:

“Artigo 2º - DISPOSIÇÕES FUNDAMENTAIS

(...)

2.2 As declarações do Tomador de Seguro e da Pessoa Segura, prestadas na Proposta de Seguro e nas Propostas de Adesão, bem como nos questionários de saúde, quando existentes, servem de base ao presente contrato, o qual é incontestável após a sua entrada em vigor, sem prejuízo do disposto em 2.3 e em 15.1.

2.3 As omissões e as declarações inexactas ou incompletas feitas pelo Tomador de Seguro ou pelas Pessoas Seguras susceptíveis de influenciar a aceitação do risco ou as condições em que o tenha sido tornam nulo o contrato ou o certificado individual, conforme o caso, não havendo, em caso de má-fé, direito à restituição de prémios.

2.4 Para efeito do número anterior, entende-se por má-fé o conhecimento por parte do Tomador de Seguro ou das Pessoas Seguras das omissões ou das insuficiências das declarações.

(...)

Artigo 3º – OBJECTO DO CONTRATO

3.1 O presente contrato tem por objecto a cobertura do risco de morte, designado cobertura principal, e dos riscos complementares constantes das Condições Especiais respectivas, quando mencionados nas Condições Particulares e Certificados Individuais.

3.2 A Seguradora garante um capital, nos termos das Condições Especiais, Condições Particulares e Certificados Individuais.

3.3 Este contrato não confere direito a resgate, transferência, adiantamento ou redução.

Artigo 4º – INÍCIO E DURAÇÃO DO CONTRATO

(...)

4.2 Para cada Pessoa Segura os efeitos do presente contrato têm início às zero horas do dia imediato ao da aceitação do risco individual pela Seguradora nos termos do artigo 5º.

4.3 Sem prejuízo do disposto no artigo 15º, o presente contrato é anual sendo automaticamente renovado por sucessivos períodos de um ano.

Artigo 5º – CONDIÇÕES DE ADESÃO

5.1 Podem aderir a este contrato todas as pessoas que façam parte do Grupo Segurável definido nas Condições Especiais e Particulares.

5.2 Para o efeito previsto em 5.1, o Tomador de Seguro enviará à Seguradora as Propostas de Adesão dos candidatos a Pessoa Segura que, devidamente preenchidas e assinadas, servem de base à aceitação

do risco individual.

5.3 A Seguradora reserva-se o direito de exigir, por sua conta, outras informações relativas ao estado de saúde do candidato a Pessoa Segura, para além das constantes na Proposta de Adesão.

5.4 A apreciação das informações clínicas poderá levar a uma reapreciação da aceitação do risco, reservando-se a Seguradora o direito de adiar ou recusar a adesão ao contrato, ou aceitá-la mediante o pagamento de sobreprémio ou redução dos capitais e/ou garantias.

5.5 A recusa ou aceitação do seguro, com sobreprémio ou redução de capitais e/ou garantias, será comunicada por escrito, à Pessoa Segura, no prazo de 30 (...) dias a contar da conclusão da análise do respectivo risco individual.

Artigo 6º – EXCLUSÕES NA COBERTURA DE RISCOS

6.1 Não se considera coberto por este contrato o risco de morte resultante de:

a) Doença Pré-existente – Toda a alteração involuntária do estado de saúde da Pessoa Segura, não causada por acidente e susceptível de constatação médica objectiva, e que tenha sido objecto de um diagnóstico inequívoco ou que com suficiente grau de evidência se tenha revelado, em data anterior à da celebração do presente contrato, salvo o caso em que tenha havido comunicação formal à Seguradora, e aceitação por parte desta, mediante as condições que para o efeito tenham sido estabelecidas;

(...)

Artigo 8º – CESSAÇÃO DAS COBERTURAS PARA CADA PESSOA SEGURA

Salvo disposto em contrário nas Condições Especiais ou nas Condições Particulares, as coberturas garantidas ao abrigo deste contrato cessam para cada Pessoa Segura quando se verifique uma das seguintes condições:

a) Na data termo indicada no Certificado Individual;

b) Na data de resolução do contrato;

c) Na data em que a Pessoa Segura atinge a idade limite fixada nas Condições Particulares;

d) Na data em que a Pessoa Segura deixe de pertencer ao Grupo Segurável;

e) Em caso de liquidação das importâncias seguras por ter sido atingido o objecto do contrato.

(...)

Artigo 10º – AGRAVAMENTO DO RISCO

10.1 O Tomador de Seguro ou a Pessoa Segura obrigam-se a comunicar por escrito à Seguradora, no prazo de 8 (...) dias a contar da sua verificação, a ocorrência de quaisquer circunstâncias ou exercício de quaisquer actividades, que sejam susceptíveis de constituir um agravamento do risco, sob pena de resolução do contrato ou cessação das garantias conferidas em relação a uma ou mais Pessoas Seguras.

10.2 Após a recepção da comunicação referida no número anterior, a Seguradora poderá optar pela continuidade do seguro mediante a aplicação do respectivo sobreprémio, ou pela sua resolução nos termos do artigo 15º.

(...)

Artigo 15º – RESOLUÇÃO DO CONTRATO

15.1 O contrato e cada um dos Certificados Individuais poderão ser denunciados pelo Tomador de Seguro e pela Seguradora, na respectiva data aniversária, desde que, com uma antecedência mínima de 30 (...) dias a competente comunicação escrita seja efectuada por carta registada ou outro meio previsto na lei.

15.2 O contrato poderá ser resolvido nos termos do artigo 13º, ou seja, na data aniversária, o número de Pessoas Seguras for inferior ao mínimo que, para o efeito, tenha sido estipulado nas Condições Particulares.

15.3 Após a resolução do contrato, os Certificados Individuais e documentos adicionais não produzem qualquer efeito (...)” (acordo das partes e documento).

9) À data do óbito referido em 1) o montante máximo de capital seguro nos certificados individuais referidos em 7) era de € 88.166,12 e de € 29.642,21, respectivamente.

10) Após o óbito referido em 1) os AA. solicitaram à R. o pagamento do capital seguro por cada um dos certificados individuais em questão, o que esta recusou através da carta registada com aviso de recepção datada de 11/7/2014, com o teor que consta do documento 7 junto com a P.I. (fls. 25) e que aqui se dá por integralmente reproduzido, onde declarou que “(...) aquando do preenchimento da referida Proposta de Adesão e respectivo Questionário Médico, em 18 de Dezembro de 2006 (cópia em anexo), não foram mencionadas as patologias pré-existentes, conforme atestado no relatório médico emitido pelo Sr. Dr. ..., em 11 de Junho de 2014. Nestas condições verificámos que existia um quadro clínico pré-existente que se tivesse sido declarado teria condicionado a aceitação do risco. Esclarecemos

ainda que é através da Proposta de Seguro e respectivo Questionário Médico que este Segurador pode avaliar e aceitar os riscos garantidos ao abrigo dos referidos Contratos de Seguro (...). Nestas circunstâncias lamentamos informar V. Exa. que, nos termos do estabelecido nas Condições Gerais da Apólice, de que juntamos cópia, declinamos qualquer responsabilidade pelo pagamento dos capitais seguros nas Apólices, procedendo, nesta data, à anulação dos Contratos de Seguro (...)” (acordo das partes).

11) Desde a sua admissão na Fundação Calouste Gulbenkian, em Maio de 1978, até à data do seu falecimento, o referido DD foi acompanhado medicamente pelo centro clínico da sua entidade patronal.

12) No âmbito desse acompanhamento e nos primeiros anos da sua actividade profissional na Fundação Calouste Gulbenkian nada de muito significativo do ponto de vista da sua saúde física aconteceu, sendo o mais relevante a constatação de varizes importantes dos membros inferiores, em especial no 1/3 inferior da perna direita, tendo tal situação tido o seu desenvolvimento natural e tendo o mesmo sido operado em Abril de 1990.

13) Em Maio de 1995, devido a queixas de cansaço, não habitual, e com um exame objectivo em que se comprovou a existência de uma hepatomegalia indolor, de bordo rombo, de cerca de 2 centímetros abaixo do rebordo costal, foi efectuado um controlo analítico alargado, tendo-se verificado valores alterados de SGOT 41 U/L, SGPT 60 U/L e um AcHBS positivo, tendo-lhe então sido aconselhado um regime alimentar diferente do habitual, nomeadamente com redução da ingestão de bebidas alcoólicas.

14) Em Fevereiro de 1999 o referido DD submeteu-se a um novo controlo analítico alargado, onde foi comprovada a AcVHC positivo, tendo sido efectuado RNA do VHC e uma ecografia hépato-bilio-pancreática que mostrou algum grau de fibrose e esteatose de grau I.

15) Atendendo à persistência da alteração analítica da função hepática com elevação moderada das transaminases e VGT, foi encaminhado para consulta de gastroenterologia no Hospital de Santa Maria, tendo efectuado biópsia hepática em 24/9/1999.

16) Na sequência destes exames o referido DD iniciou tratamento da sua hepatite C.

17) Em Julho de 2001 o referido DD recorreu de novo ao centro clínico da sua entidade patronal, agora também devido a problemas de excesso de peso, hipertensão arterial e dislipidémia, passando a partir daí a fazer tratamento termal em Monfortinho, de forma regular.

18) Em Novembro de 2002 efectuou um controlo analítico alargado

que comprovou uma completa normalização dos valores analíticos, sendo também normal o exame objectivo.

19) Em Fevereiro de 2003, na sequência de nova consulta de gastroenterologia no Hospital de Santa Maria, teve indicação para continuar o tratamento por mais seis meses.

20) A 24/2/2003 foi-lhe diagnosticada uma pneumonia do hemitórax direito, com hipo transparência franca dos 2/3 inferiores desse hemitórax.

21) Na sequência deste diagnóstico e da respectiva terapêutica ficou em casa com certificado de incapacidade para o trabalho e teve uma evolução favorável, embora lenta, retomando o serviço já totalmente recuperado, a 27/3/2003.

22) Em Dezembro de 2004 efectuou novo controlo analítico alargado, onde se comprovou que todos os resultados se apresentavam normais, nomeadamente as provas da função hepática, apenas se apresentando alterado o colesterol total, com 219 mg/decilitro.

23) Após novo controlo analítico efectuado no Hospital de Santa Maria, em Junho de 2006 o serviço respectivo confirmou que o mesmo apresentava resultados normais, sendo negativa a pesquisa do RNA do VHC.

24) Em Agosto de 2006 o referido DD foi operado de novo às varizes dos membros inferiores.

25) A partir de 2007 e nas sucessivas consultas de rotina efectuadas no centro clínico da sua entidade patronal foi constatado que os valores da tensão arterial estavam habitualmente elevados, por regra na ordem dos 150-115 mmHg.

26) O referido DD iniciou então terapêutica hipotensora e foi de novo alertado para a necessidade de uma vida sadia e bons hábitos alimentares com redução do consumo de álcool e de tabaco.

27) Em Janeiro de 2008 o referido DD efectuou um ECG com prova de esforço, com resultado normal.

28) Igualmente efectuou um controlo analítico, com valores ou normais ou de alterações sem grande significado clínico.

29) Em 22/1/2009 o referido DD recorreu de urgência ao centro clínico da sua entidade patronal, devido a queixas de opressão precordial e palpitações, tendo a observação clínica mostrado que se encontrava emocionalmente tenso, com frequência cardíaca de mais ou menos 70 pulsações por minuto e tensão arterial de 160-115 mmHg.

30) Apesar de terem sido reforçadas as medidas terapêuticas já antes

instituídas, mantiveram-se os valores da tensão arterial elevados e houve referência a cefaleias frequentes, pelo que, atendendo à persistência das queixas e dos valores anormais da tensão arterial, o referido DD foi enviado para consulta de cardiologia do Hospital de Santa Maria, onde foram confirmados e reafirmados os conselhos e prescrições, com maior contundência em relação ao comportamento do mesmo no que respeita ao tabaco e ao álcool.

31) As sucessivas avaliações clínicas feitas ao referido DD a partir dessa altura comprovaram uma descida dos valores da tensão arterial para valores ditos normais, verificando-se também uma pequena perda de peso.

32) Em Agosto de 2009 o referido DD recorreu ao centro clínico da sua entidade patronal devido a recentes episódios de apneia do sono, sendo de imediato pedido ao mesmo um controlo poligráfico do sono.

33) Em Outubro de 2010 o referido DD recorreu de urgência ao centro clínico da sua entidade patronal devido a dorsalgia muito intensa, em especial a nível da região lombar, tendo feito TAC da coluna lombo-sagrada devido à persistência das queixas, a qual mostrou várias alterações discopáticas e uma hérnia discal a nível lombar.

34) Esteve com certificado de incapacidade para o trabalho válido até 5/12/2010 mas em 2/12/2010 a Junta Médica de Verificação de “Baixa” deu-lhe alta a partir desse próprio dia, por não se verificarem razões para continuar com certificado de incapacidade para o trabalho.

35) Em Maio de 2011 o referido DD foi a uma consulta de reavaliação clínica, no centro clínico da sua entidade patronal, aí informando andar a passar muito bem, sendo o exame objectivo então efectuado normal, com valores de tensão arterial de 110-75 mmHg, e sendo o controlo analítico também normal, apenas com LDL de 129 mg/dl e HDL 43 mg/dl.

36) Em Junho de 2012 o referido DD foi a uma nova consulta de reavaliação clínica, no centro clínico da sua entidade patronal, onde informou continuar a passar bem, sem grandes queixas, apenas sentindo um ligeiro cansaço, e apresentando tensão arterial de 120-85 mmHg.

37) No certificado de óbito de DD ficou declarado que a causa directa da morte do mesmo foi “falência cardíaca”. (acordo das partes e documento)

38) O referido DD nunca deu conhecimento à R. dos factos referidos em 11) a 36).

39) A R. só tomou conhecimento dos factos referidos em 11) a 36)

após o óbito do referido DD.

40) Se a ora R. tivesse tido conhecimento do quadro clínico de DD – nomeadamente que o mesmo tivera uma hepatite C e uma pneumonia, que sofrera duas intervenções cirúrgicas às varizes, o seu historial de hipertensão e dislipidémia – poderia não ter aceite a sua proposta de adesão aos Contratos de Seguro em causa nos mesmos termos e condições em que o fez, atenta a influência daqueles elementos na avaliação do risco.

b) Factos não Provados

Não resulta provada a matéria de facto constante do art.º 55º da P.I.

Não resulta igualmente provado que:

- Aquando da subscrição da proposta de adesão pelo referido DD, a R. explicou ao mesmo que qualquer resposta afirmativa ao questionário médico conduziria à realização de exames médicos para avaliação correcta do risco que a R. se propunha assumir e sobre as condições em que o assumiria;
- Aquando da subscrição da proposta de adesão pelo referido DD, a R. explicou ao mesmo que a existência das patologias e intervenções referidas em 12) a 24) correspondia a uma resposta afirmativa às questões enunciadas nos pontos 1. a 4. do questionário médico, fazendo com que não aceitasse a adesão do mesmo ao seguro de vida respectivo ou, pelo menos, que não a aceitasse nos mesmos termos e condições em que o fez;
- Aquando da subscrição da proposta de adesão pelo referido DD, a R. explicou ao mesmo que a superveniência de patologias como as referidas em 25) a 36) correspondia à ocorrência de circunstâncias susceptíveis de constituir um agravamento do risco e que devia ser comunicada por escrito à R. no prazo de oito dias a contar da sua verificação, sob pena de resolução do contrato ou cessação das garantias relativamente ao mesmo;
- Aquando da subscrição da proposta de adesão pelo referido DD, este sabia que padecia de patologias com elevada probabilidade de causar falência cardíaca;
- Aquando da subscrição da proposta de adesão pelo referido DD este padecia de obesidade, que constituía importante factor de risco para o aparecimento, desenvolvimento e agravamento de outras doenças, o que já acontecia provavelmente desde Maio de 1995;
- A falência cardíaca que foi causa directa do óbito do referido DD resultou da existência de dor precordial nos dias que antecederam o óbito, dor essa de que o mesmo já se queixava desde 22/1/2009, resultando esta da hipertensão arterial que lhe foi diagnosticada pelo menos em Julho de 2001;

- Para o óbito do referido DD concorreram, ainda que parcialmente, a dislipidemia e a obesidade que o mesmo já sofria em 18/12/2006.

II.B. De Direito

II.B.1. – Nos termos dos artigos 635.º, 637.º, n.º 2 e 639.º, n.ºs 1 e 2 do Código de Processo Civil, a delimitação objectiva do recurso é feita pelas conclusões da alegação do recorrente, sendo certo que o recurso não se destina a obter, do tribunal “ad quem”, decisões sobre “questões novas”, salvo as de conhecimento oficioso e que não tenham sido já decididas.

São suscitadas as seguintes questões:

- a) Incorrecta decisão da Relação em termos de alteração da matéria de facto, quer por violação directa do artigo 662.º do CPC, quer por ter originado contradição com outra matéria fixada;
- b) Incorrecta aplicação e interpretação da lei.

II.B.2 – É sabido, serem exíguos os poderes do STJ no domínio da matéria de facto.

A alteração pela Relação da decisão da 1.ª instância sobre matéria de facto é uma faculdade prevista no artigo 662.º, n.º 1, do CPC.

As decisões da Relação previstas nos n.ºs 1 e 2 do citado artigo não admitem recurso, *ex vi* do disposto no seu n.º 4.

Este normativo não é inovador relativamente à lei processual anterior já que o n.º 6 do artigo 712.º CPC consagrava a mesma regra na sequência da adopção de um entendimento jurisprudencial maioritário nesse mesmo sentido (cf. Acórdão deste STJ de 3 de Julho de 2003, Revista n.º 4730/02-2ª Secção, *in Sumários dos Acórdãos* de Julho/Setembro de 2003, Gabinete dos Juízes Assessores, p. 28).

Compreende-se que assim seja.

Na verdade, é às instâncias que compete a fixação da matéria de facto, cabendo ao Supremo aplicar definitivamente o regime jurídico que julgue adequado aos factos materiais fixados pelo tribunal recorrido (cf. artigo 682.º, n.º 1, do NCPC).

Sempre se entendeu que o Supremo poderia censurar o uso que a Relação pudesse fazer dos seus poderes de alteração da matéria de facto.

Assim, por exemplo, se a Relação, por presunção judicial, dá como provado um facto que não foi alegado nem quesitado, facto esse em oposição com um facto dado como provado por acordo das partes, em violação do disposto nos artigos 607.º, 574.º, n.º 2 e 662.º do NCPC (No CPC na versão anterior os artigos 664.º, 490.º, n.º 2, 659.º, n.º 3 e

712.º – cf. acórdão de 27 de Setembro de 2005, Revista n.º 1891/05-1.ª, in *Sumários*, n.º 93, p. 70).

De igual modo, o Supremo podia sindicar qualquer desrespeito dos pressupostos, em que a alteração da matéria de facto, pela Relação, é possível, ao abrigo do artigo 662.º, do NCPC.

No domínio do novo CPC vem sendo entendido, de forma pacífica, que, apesar da irrecorribilidade prevista no n.º 4 do art. 662.º do CPC, a interpretação deste normativo, reserva ao Supremo "uma margem de intervenção para situações em que o resultado final ao nível da decisão da matéria de facto foi prejudicada por errada aplicação da lei de processo", podendo ser exercida censura sobre o uso que a Relação fez dos seus poderes de modificação da matéria de facto, verificando se, ao usar tais poderes, agiu ela dentro dos limites traçados por lei para os exercer (ABRANTES GERALDES, *Recursos no Novo Código de Processo Civil*, Almedina, Coimbra, 2.ª edição, p. 350; entre outros, os Acórdãos do STJ de 16 de Dezembro de 1999, processo n.º 1022/99, da 1.ª Secção, de 19 de Março de 2002, Processo n.º 299/02, da 7.ª Secção, de 16 de Outubro de 2003, processo n.º 03B2813, de 13 de Novembro de 2003, processo n.º 03B2343, de 19 de Novembro de 2003, processo n.º 04B1528, de 24.05.2011, processo n.º 376/2002.E1.S1 e de 06.07.2011, processo n.º 8609/03.4TVLSB.L1.S1, todos em www.dgsi.pt).

A Relação fez uso, no presente processo, da referida faculdade.

Justifica-se que se transcreva, do acima citado acórdão de 13 de Novembro de 2003, o seguinte trecho, pois pese embora a desactualização das citações da lei processual, os critérios não se modificaram:

“Constitui jurisprudência pacífica a de que o Supremo pode exercer censura sobre o uso que a Relação tenha feito dos poderes conferidos pelo art. 712.º do CPC.

Mas isso significa, apenas, que ao Supremo compete verificar – e não também que possa sindicar a apreciação das provas a que a Relação tenha procedido, uma vez que esta actividade respeita ao apuramento da matéria de facto, da exclusiva competência das instâncias.

Actualmente, esta afirmação tem por si a força da lei: do n.º 6 do art. 712.º decorre que a decisão da Relação que exercite os seus poderes de alteração da matéria de facto é insusceptível de recurso. Esta norma, introduzida pelo Dec-Lei 375-A/99, de 20 de Setembro, não é, porém, aplicável aos processos pendentes à data da entrada em vigor daquele diploma.

A este respeito é exemplar, pela sua clareza, a explicação do Prof. Alberto dos Reis, que mantém plena actualidade:

«Com fundamento no n.º 1, a Relação diz: os elementos de prova

constantes do processo justificam decisão diversa da que o tribunal colectivo proferiu. O Supremo não pode exercer censura para o efeito de declarar: não é exacto; os elementos do processo não justificam a alteração. Mas pode perfeitamente intervir para observar: a Relação aplicou indevidamente o n.º 1, porque não constam do processo todos os elementos de prova que serviram de base à decisão do tribunal colectivo.

A Relação serve-se do n.º 2 para alterar a decisão do tribunal colectivo; o Supremo não pode exercer esta censura: os elementos fornecidos pelo processo não impõem decisão diversa da que o tribunal colectivo emitiu. Mas pode sair ao caminho para considerar: a Relação atribuiu a tal ou tal documento força probatória diversa da que a lei lhe dá.

A Relação altera a decisão do tribunal colectivo com base no n.º 3 do art. 712.º; o Supremo pode apreciar se realmente se verifica o caso do n.º 3 do art. 771.º, isto é, se o documento apresentado é novo e superveniente e se tem a força probatória que a Relação lhe atribui.

Em resumo: uma coisa é a apreciação das provas por parte do tribunal colectivo e da Relação, outra a questão de saber se esta fez uso legal dos n.ºs 1, 2 e 3 do art. 712.º; a primeira é questão de facto, com a qual nada tem o Supremo; a segunda é questão de direito, em relação à qual é legítima a censura por parte do tribunal de revista» (*Código de Processo Civil Anotado*, vol. V, 1952, pp. 473/474).

No caso vertente, a Relação entendeu alterar um concreto ponto da matéria de facto, dando razão à recorrente e aditando à matéria provada o n.º 40.

Nesta operação apelou a provas de livre apreciação, pelo que não tem o Supremo nesta medida nenhuma censura a fazer, uma vez que se não verifica infracção da regra do artigo 674.º, n.º 3 do CPC, ou outra violação das leis do processo.

Bem andou, pois, a Relação em proceder à referida alteração.

Também não estamos perante caso de contrariedade da matéria de facto a determinar nova apreciação pela Relação. O ponto 6. da matéria de facto provada em nada contradiz o ponto 40.º, sendo irrelevante ter havido um preenchimento informático do questionário, não estando em causa a assinatura pelo DD e a consequentemente assunção da responsabilidade pela veracidade das afirmações produzidas.

E não há contradição entre factos provados e factos não provados.

Perante o que se deixa dito, não há qualquer fundamento para que este Tribunal exerça qualquer censura sobre a matéria de facto fixada.

II.B.3 – Interpretação actualista do artigo do 429.º do C.Com

Começa-se por esclarecer que nesta parte do acórdão e nas seguintes se seguirá, de perto, a argumentação do acórdão da Relação.

Provou-se que DD solicitou ao BCP a concessão de um crédito para aquisição de habitação própria e permanente, o qual foi aprovado, pelo que ficou aquele obrigado perante o BCP a contratar um seguro de vida cujas condições seriam as indicadas por este (inclusive, fixando que a seguradora fosse de reconhecido crédito e da sua confiança), figurando o banco como beneficiário irrevogável desse seguro de vida. E, ainda, que, para cumprimento dessa obrigação, o DD se deslocou a uma sucursal do banco, onde subscreveu proposta de adesão ao “Seguro de Vida Crédito Habitação, sendo a R. aí identificada como seguradora e o BCP como tomador do seguro e entidade credora.

Tal proposta de adesão foi subscrita em 18.12.2006, vindo a ser aceite pela Ré em 7.2.2007, tratando-se o seguro em causa de um seguro do Ramo-Vida Grupo.

Atentos estes pressupostos factuais, cabe definir a lei aplicável.

Ao tempo da celebração do seguro aplicava-se-lhe o artigo 429.º do Código Comercial, tendo a «Lei do Contrato de Seguro», (doravante, LCS), aprovada pelo Decreto-Lei n.º 72/2008, de 16.4, entrado em vigor no dia 1 de Janeiro de 2009.

Segundo definia o art. 1.º – g) do DL n.º 176/95, de 26 de Julho «Seguro de grupo» é o «seguro de um conjunto de pessoas ligadas entre si e ao tomador do seguro por um vínculo ou interesse comum».

Referindo-se, a propósito, no acórdão do STJ de 9-7-2014 proc. 841/10.0TVPRT.L1.S1 acórdão que subscrevemos como adjunto), *in* www.dgsi.pt:

«O contrato de seguro de grupo caracteriza-se pelo facto da sua formação se registar em dois momentos distintos: num primeiro momento, é celebrado um contrato entre a seguradora e o tomador de seguro, e, num segundo momento, concretizam-se as adesões dos membros do grupo.

Como escreve Paula Ribeiro Alves, o contrato de seguro de grupo “é celebrado entre a seguradora e o tomador de seguro que estabelecem, entre si, as condições de inclusão no grupo, as relações entre seguradora e tomador de seguro, com específicos direitos e obrigações recíprocos, as condições dos seguros para os aderentes, incluindo as condições gerais e especiais do seguro, que contêm as coberturas e os direitos e obrigações recíprocas da seguradora e do membro do grupo aderente./ A existência deste contrato é pressuposto da possibilidade de virem a existir pessoas seguras, que serão aquelas

que vierem a aderir e que terão o seguro com as coberturas e nos termos que foi contratado entre seguradora e o tomador. Não vão poder negociar o contrato./ Celebrado o contrato de seguro entre a seguradora e o tomador, com vista à adesão dos membros de um grupo aí definido, passa-se ao segundo momento em que o tomador de seguro promove a adesão ao contrato junto dos membros do grupo./ Estes dois momentos são complementares e indissociáveis. Enquanto não se der a primeira adesão, o contrato celebrado entre seguradora e tomador de seguro não produz efeitos enquanto seguro./ Poderá produzir efeitos quanto a direitos e obrigações estabelecidos entre seguradora e tomador no que diz respeito à relação que entre ambos se estabelece e aos requisitos do grupo, mas só começa a produzir efeitos como seguro no momento da primeira adesão. Ou num momento posterior se tal for acordado pelas partes./ É com as adesões que surgem as pessoas seguras, visto que o tomador de seguro não tem essa qualidade. E, sem pessoas seguras, não há seguro”» (esta citação diz respeito ao livro *Estudos de Direito dos Seguros, Intermediação de Seguros e Seguro de Grupo*, Almedina, Coimbra, Julho de 2007, pp 290 a 293).

Esta posição está reiterada, no acórdão do STJ de 14-3-2017, proferido no processo 3615/14.6TBCSC.L1.S1 (inserto em www.dgsi.pt):

«Num primeiro momento, como se refere no acórdão deste STJ de 11-3-2010 (www.dgsi.pt/jstj.nsf), “o contrato de seguro é celebrado entre a seguradora e o tomador do seguro que estabelecem, entre si, as condições de inclusão no grupo, as relações entre seguradora e tomador de seguro, com específicos direitos e obrigações recíprocos, as condições dos seguros para os aderentes, incluindo as condições gerais e especiais do seguro, que contêm as coberturas e os direitos e obrigações recíprocas da seguradora e do membro do grupo aderente”. No contrato é, desde logo, prevista a possibilidade de virem a existir pessoas seguras, que serão aquelas que vierem a aderir e que terão o seguro com as coberturas e nos termos que foi contratado entre seguradora e o tomador. Já no segundo momento “o tomador de seguro promove a adesão ao contrato junto dos membros do grupo. Estes dois momentos são complementares e indissociáveis. Enquanto não se der a primeira adesão, o contrato celebrado entre seguradora e tomador de seguro não produz efeitos enquanto seguro” (vide mesmo acórdão). O contrato só começará a produzir efeitos como seguro no momento da primeira adesão, ou num momento posterior se tal for acordado pelas partes».

E neste mesmo acórdão refere-se uma panóplia de decisões deste Supremo Tribunal, todas publicadas no mesmo sítio, e, onde se defende idêntico entendimento: acórdãos de 5.04.16, processo n.º, 36/12.9TBALD.C1-A.S1, 9.07.14, já citado, 27.03.14, proc 2971/12.5TBBERG.G1.S1, 25.06.13, proc. 24/10.0TBVNG.P1.S1,

13.01.11, processo 1443/04.6TBGDM.P1.S1 e de 12.10.10, processo n.º 646/05.0TBAMR.G1.S1, dispensando-nos de aduzir outra argumentação favorável à defendida no acórdão recorrido.

No caso dos autos estamos perante um contrato de seguro de grupo contributivo (vide artigo 77.º da LCS), onde o DD surge como o responsável pelo pagamento dos prémios mensais totais.

Ao contrato celebrado, nos termos acima referidos, aplicava-se como se disse, o disposto no art.º 429.º do CCom, então em vigor, como decorre, entre outros, do acórdão deste Tribunal de 30.11.17, processo n.º 608/14.7TVLSB.L1.S1, igualmente inserto na base de dados que temos vindo a citar.

Nesse acórdão concordou-se em absoluto com a tese defendida na Relação, tomando com base o facto de, à data da celebração do contrato, vigorar o artigo 429.º do Código Comercial (depois revogado pelo artigo 6.º, n.º 2, alínea a) do Decreto-Lei n.º 72/2008, de 16 de Abril, já citado).

Mas, o artigo 2.º, n.º 1, do referido Decreto-Lei manda aplicar o novo regime aos contratos de seguro celebrados após a sua entrada em vigor "assim como ao conteúdo dos contratos de seguro celebrados anteriormente que subsistam à data da sua entrada em vigor, com as especificidades constantes dos artigos seguintes"

E sobre esta norma diz PEDRO ROMANO MARTINEZ (*Lei do Contrato de Seguro Anotada*, Almedina, 3ª edição, p. 23) que a nova lei também se aplica às situações jurídicas constituídas em momento anterior à data da sua entrada em vigor que perdurem nessa data, «todavia, neste caso, a lei nova não se aplica à formação do contrato, mas tão só ao seu conteúdo, ou seja, a questões relacionadas com a execução do vínculo».

Ora, o correcto entendimento sobre o "conteúdo dos contratos" deriva do artigo 1.º, do Regime Jurídico do Contrato de Seguro, epigrafado de "conteúdo típico", a delimitar o conceito à cobertura de um "risco determinado do tomador do seguro ou de outrem", com as inerentes e respectivas obrigações de realização da "prestação convencionada" (segurador) e do pagamento do "prémio correspondente" (tomador).

Logo, a aplicação da regra do artigo 429.º do C.Com é correcta, não podendo sufragar-se uma interpretação actualista no sentido propugnado pelos recorrentes, isto é, interpretando o artigo 429.º do C.Com. de acordo com a letra e o espírito do da norma correspondente da LCS, a qual implicaria fazer letra morta do citado artigo 2.º do DL n.º 72/2008.

A única interpretação actualista do artigo 429.º admissível é a que foi feita no acórdão e é isenta de contestação jurisprudencial ou doutrinal, qual seja a de que embora a letra deste preceito pudesse

inculcar que aí se estava a falar de uma “nulidade”, deve entender-se que a consequência prevista é a da “anulabilidade” do contrato (MOITINHO DE ALMEIDA, *O Contrato de Seguro no Direito Português e Comparado*, Livraria Sá da Costa, Lisboa, 1971, p. 61, nota 29; JOSÉ VASQUES, *Contrato de Seguro*, Coimbra Editora, Coimbra, 1999, pp. 379/380; MENESES CORDEIRO, *Direito dos Seguros*, 2.^a Edição Revista e Anotada, Almedina, Coimbra, 2016, p. 628; Ac. S.T.J. de 3-3-98, *CJ/STJ*, Ano VI, Tomo 1.º, p.103; Ac. S.T.J. de 10-5-01, *CJ/STJ* Ano IX, Tomo 2.º, p. 60; Ac. S.T.J. de 4-3-04, *CJ/STJ*, Ano XII, Tomo 1.º, p. 102).

II.B.4 – Outras incorrecções na interpretação e aplicação da lei

a) As condições do contrato de seguro variam em função do risco assumido – o segurado ou quem fez o seguro está (ou deveria estar) na posse dos elementos necessários para estimar esse risco, devendo comunicá-los sem reticências, inexactidões ou omissões. Como assinala MOITINHO DE ALMEIDA (obra citada, p. 73) o «contrato de seguro é um contrato assente na boa fé, pois o segurador, quer na sua decisão de assumir os riscos, quer na determinação da contraprestação (prémio), confia no segurado, nas informações por este fornecidas na declaração inicial do risco».

Acrescentando mais adiante (p. 74): «O segurado deve declarar todas as circunstâncias que tenham influência na opinião do risco do segurador, quer dizer, todas as circunstâncias que por qualquer forma sejam susceptíveis de tornarem o sinistro mais provável ou mais amplas as suas consequências (probabilidade e intensidade do risco)».

A declaração inexacta consistirá na comunicação de elementos não conformes com a realidade; a declaração reticente traduz-se na omissão de factos ou circunstâncias com interesse para a formação da vontade contratual da outra parte.

A obrigação que impende sobre o segurado ou tomador abrange todos os factos ou circunstâncias conhecidas e susceptíveis de influir na celebração ou no conteúdo do contrato – MOITINHO DE ALMEIDA (*idem*, p. 75) refere, aliás, que pressuposto -do ónus deve ser o conhecimento pelo segurado da circunstância, ou, não a conhecendo, que a devesse razoavelmente conhecer (Cfr. MENEZES CORDEIRO, *Manual de Direito Comercial*, Almedina, Coimbra, 2017, 2.^a edição, pp. 777-778 e *Direito de Seguros*, atrás citado, p. 628 que afirma não se tratar, apenas, de factos conhecidos mas, também, de factos que o tomador do seguro devesse conhecer).

A invalidade em referência tem em consideração o equilíbrio das prestações que não se verifica se o segurado o destruiu, induzindo em erro a seguradora por força de inexactidões ou omissões, levando-a a praticar condições menos onerosas do que aquelas que praticaria se tivesse conhecimento exacto dos factos, ou que, mesmo até a

poderiam levar a não contratar.

Deverão ser declaradas todas as circunstâncias que, de qualquer modo, sejam susceptíveis de tornar o sinistro mais provável ou mais amplas as suas consequências, como supra aludido.

Refere-se no acórdão do STJ de 24-4-2007 (proc. 07S851, *in* www.dgsi.pt): «...não é qualquer declaração inexacta ou reticente que desencadeia a possibilidade de anulação do seguro: tem de se tratar de declarações inexactas ou reticentes quanto a factos ou circunstâncias conhecidas pelo segurado ou por quem fez o seguro e que teriam podido influir sobre a existência ou as condições do contrato, aqui se notando desde já, face aos termos desse artigo, que, ainda que não pudessem ter influência sobre a existência do contrato, bastaria que a pudessem ter sobre as condições do mesmo para poderem originar a sua anulação».

Salientando-se, ainda: «Não exige, porém, aquele art.º 429º, que, para haver anulabilidade, os factos ou circunstâncias constantes incorrectamente de tais declarações inexactas ou omitidos nas reticentes, se fossem conhecidos pela seguradora, teriam efectivamente determinado a celebração do contrato em termos diferentes daqueles em que o foi: ao dizer “teriam podido influir”, e não “teriam influído”, ou “tenham influído”, contenta-se com a susceptibilidade de as declarações, factos ou circunstâncias em causa, influírem sobre a existência ou condições do contrato, sem exigir que efectivamente as influam, ou seja, considera suficiente que as declarações possam influir, não exigindo que forçosamente influam, até porque não chegou a haver formação de vontade da seguradora com base nesses factos ou circunstâncias desconhecidos por não declarados ou incorrectamente declarados».

Também no acórdão do STJ de 27-05-2008 (no processo n.º 08A1373, inserto *in* www.dgsi.pt e subscrito também por mim como adjunto) foi entendido que «como decorre do próprio texto do artigo e é entendimento corrente, não é necessário que as declarações ou omissões influam efectivamente sobre a celebração ou as condições contratuais fixadas, bastando que pudessem ter influído ou fossem susceptíveis de influir nas condições de aceitação do contrato».

No caso dos autos, o falecido DD subscreveu (em 18.12.2006) uma proposta de adesão ao seguro de vida, da qual consta um “Questionário Médico”, por ele respondido totalmente de forma negativa, optando pelo não em vez do sim nas 6 perguntas formuladas.

Ao fazê-lo, o DD prestou declarações inexactas, dado que «já sofrera duas intervenções cirúrgicas, fizera tratamento a uma hepatite C e estivera de “baixa” mais de 15 dias consecutivos (em 2003) na sequência de uma pneumonia – o que necessariamente sabia ter

ocorrido. Além de que omitiu que tivera problemas de hipertensão e dislipidémia, problemas de que estava consciente, tanto mais que se provou que por isso passara, a partir de Julho de 2001, a fazer tratamento termal em Monfortinho de forma regular».

Temos, assim, que o falecido DD apresentou declarações inexactas e reticentes sobre factos e circunstâncias dele conhecidas.

Além disso, é agora sabido que se a R. tivesse tido conhecimento do quadro clínico de DD poderia não ter aceite a sua proposta de adesão aos Contratos de Seguro em causa nos mesmos termos e condições em que o fez, dada a influência daqueles elementos na avaliação do risco.

Não se apresenta duvidosa, assim, a susceptibilidade de as declarações prestadas influírem sobre as condições do contrato – como vimos, não exigia a lei que que efectiva ou forçosamente influíssem, considerando suficiente que pudessem influir.

Preenchido está, deste modo, o circunstancialismo constante da previsão do corpo do art.º 429.º do CCom.

b) Ponto é saber se, verificando-se o condicionalismo previsto no art.º 429.º do CCom, pode a R. seguradora invocar a anulação do contrato de seguro de que o DD era titular, por efeito do regime das CCG.

Refira-se que o ponto 2.3. da cl.ª 2.ª das Condições Gerais da Apólice não divergia do preceituado no art.º 429.º do CCom, ao estipular:

«2.3 As omissões e as declarações inexactas ou incompletas feitas pelo Tomador de Seguro ou pelas Pessoas Seguras susceptíveis de influenciar a aceitação do risco ou as condições em que o tenha sido tornam nulo o contrato ou o certificado individual, conforme o caso, não havendo, em caso de má-fé, direito à restituição de prémios».

Aliás, constava da proposta de adesão, antes da assinatura do proponente: “Para efeitos de celebração do(s) presente(s) contrato(s) de seguro, declaro que:

– São exactas e completas as declarações por mim prestadas e que tomei conhecimento de todas as informações necessárias à celebração do(s) presente(s) contrato(s), tendo-me sido entregues as respectivas Condições Gerais e Especiais, para delas tomar integral conhecimento e prestados todos os esclarecimentos sobre as mesmas condições, nomeadamente sobre garantias e exclusões com as quais estou de acordo.

– Tanto o Tomador de Seguro como a Pessoa Segura declaram ter tomado conhecimento das Condições Gerais do contrato a realizar, bem como da possibilidade de realização de Exames Médicos e/ou Exames Auxiliares de Diagnóstico que se tornem necessários pela conjugação do Capital com a idade da Pessoa Segura ou pela

existência de outros seguros de vida, pelo que as garantias do seguro só serão accionadas após aceitação pela CC, S.A. (...)

– O Questionário Médico faz parte integrante do Seguro de Vida. As declarações inexactas ou reticentes ou a omissão de factos, tornam o pedido de adesão nulo e sem qualquer efeito e libertam a CC, S.A., do pagamento de qualquer indemnização...”.

Provou-se que a proposta de adesão foi preenchida informaticamente pelo BCP, através de um seu funcionário, quer no que respeita aos elementos de identificação do DD, quer no que respeita às respostas ao questionário médico, após o que foi impressa e dada a assinar ao mesmo por esse mesmo funcionário que a preencheu.

Ora, como se diz no acórdão do STJ de 6.7.2011, igualmente subscrito por mim como adjunto (processo n.º 2617/032TBAVR, *in* www.dgsi.pt) o «questionário é uma das formas de declaração inicial do risco pelo candidato tomador do seguro ou pessoa segura que tem por objectivo a ponderação por parte da seguradora dos riscos a correr com a celebração do contrato que lhe é proposto». Bem como que as respostas ao “questionário” correspondem ao «repositório das declarações da pessoa segura, declarações em que a seguradora deve confiar e em função das quais aceita ou não o contrato e fixa as respectivas condições». E, ainda o «“questionário” não constitui cláusula contratual geral do contrato de seguro para efeito de vinculação da seguradora aos deveres de comunicação e informação dessas cláusulas em contratos de adesão».

O que nos coloca desde logo fora do quadro em que o dever de informação e esclarecimento se colocava relativamente ao segurado.

Por outro lado, sucede que tratando-se de seguro de grupo, o ónus de informação e esclarecimento sobre o conteúdo e alcance das cláusulas contratuais gerais recai sobre o tomador, que não sobre a seguradora.

Assim, como se afirmou no acórdão recorrido, nunca foi accionado o tomador, por uma virtual omissão desse dever, pelo que não vê como a “sua (eventual) omissão se poderá repercutir na posição jurídica da Seguradora R., sendo que, a nosso ver, não se poderá responsabilizá-la por um acto omissivo que não foi por ela praticado e a que é alheia. Não vemos, assim, como a responsabilidade do Banco poderá ser transferida para a Seguradora».

Pelo que também nesta perspectiva nada há a censurar ao acórdão recorrido.

c) Saliente-se que, como explica MOITINHO DE ALMEIDA (obra citada, p. 76), é irrelevante a verificação de nexos causais entre as circunstâncias não declaradas ou irregularmente declaradas e o sinistro.

Referindo-se no acórdão do STJ de 6-7-2011, já mencionado:
«Imprescindível à anulabilidade é apenas a omissão ou a declaração inexacta que sejam susceptíveis de influenciar a seguradora na decisão de contratar, irrelevando que o óbito venha a ocorrer devido a outra doença e, por isso, que exista ou não nexos causal entre a doença omitida nas declarações prestadas na proposta e a que efectivamente se revelou letal».

E mencionando-se no acórdão do STJ de 27.03.14, já citado que, no âmbito do regime definido pelo art.º 429.º do CCom, não impede o efeito anulatório a circunstância de o sinistro – morte do segurado – ter decorrido causalmente de uma patologia diversa e autónoma da que foi omitida à seguradora.

É, assim, inócuo que não se tenha estabelecido qualquer nexos entre as circunstâncias inexactas e omitidas e a morte, tendo como causa directa “falência cardíaca”, do DD.

Nada, pois, a censurar, também aqui, ao acórdão recorrido.

III. Pelo exposto, acordam em negar a revista dos AA. condenando-os nas respectivas custas.

Lisboa, 12 de julho de 2018

[1] N.º 1022

Relator : Paulo Sá
Adjuntos: Garcia Calejo e
Roque Nogueira