

Processo:
Nº Convencional:
Relator:
Descritores:

3615/14.6TBCSC.L1.S1
1ª SECÇÃO
ERNESTO CALEJO
CONTRATO DE SEGURO
DEVER DE INFORMAÇÃO
DEVER DE ESCLARECIMENTO PRÉVIO
BOA FÉ
BANCO
TOMADOR
SEGURADORA

Data do Acórdão:
Votação:
Texto Integral:
Privacidade:
Meio Processual:
Decisão:
Área Temática:

14-03-2017
UNANIMIDADE
S
1
REVISTA
NEGADA A REVISTA

Legislação Nacional:

DIREITO DOS SEGUROS – CONTRATO DE SEGURO / TOMADOR DO SEGURO / DEVERES DE INFORMAÇÃO.
DIREITO CIVIL – RELAÇÕES JURÍDICAS / FACTOS JURÍDICOS / NEGÓCIO JURÍDICO.

Jurisprudência Nacional:

CÓDIGO CIVIL (CC): - ARTIGO 227.º.
D.L. N.º 176/95, DE 26-07 (REGIME JURÍDICO DO CONTRATO DE SEGURO): - ARTIGOS 1.º, ALS. G), H), 4.º, N.ºS 1 E 2.

ACÓRDÃOS DO SUPREMO TRIBUNAL DE JUSTIÇA:

-DE 27-05-2008, EM WWW.DGSI.PT
-DE 22-01-2009, EM WWW.DGSI.PT
-DE 11-03-2010, EM WWW.DGSI.PT
-DE 17-06-2010, EM WWW.DGSI.PT
-DE 12-10-2010, EM WWW.DGSI.PT
-DE 13-01-2011, EM WWW.DGSI.PT
-DE 06-07-2011, EM WWW.DGSI.PT
-DE 25-06-2013, EM WWW.DGSI.PT
-DE 14-07-2014, EM WWW.DGSI.PT
-DE 05-04-2016, SUMÁRIO EM WWW.STJ.PT

Sumário :

I - O art. 4.º, n.º 1, do DL n.º 176/95, de 26-07 (aplicável ao caso vertente) impõe ao tomador do seguro (ao Banco) os deveres de comunicação e esclarecimento de todos os termos contratuais (do contrato de seguro), deveres que decorrem do princípio da boa fé contratual consagrado no art. 227.º do CC.

Assim, competia ao Banco (...), através dos seus funcionários, esclarecer os segurados das cláusulas contratuais e das exclusões do seguro, o que não fez.

II - Não tendo sido accionado o banco, o tomador, no presente processo, não vemos como uma sua (eventual) omissão se poderá repercutir na posição jurídica da demandada Seguradora, já que não se poderá responsabilizar por um eventual acto omissivo que não foi por ela praticado e a que é alheia.

Decisão Texto Integral:

Justiça:

I- Relatório:

1-1- **AA** propôs, contra **BB, SA**, a presente acção com processo ordinário, *pedindo* a condenação desta a pagar ao **CC** o montante em dívida, acrescido de juros moratórios, por virtude de empréstimo contraído pela **A. e DD**, entretanto falecido, garantido por seguro contratado com a **R.**

A **R.** contestou alegando, em resumo, haver procedido à anulação do seguro em causa, concluindo pela improcedência da acção.

O processo seguiu os seus regulares termos posteriores, tendo-se realizado a audiência de discussão e julgamento, após o que se proferiu a sentença.

Nesta julgou-se a acção parcialmente procedente, reconhecendo-se à **A.** o direito de ver pago pela **R.** ao ... a quantia correspondente ao capital mutuado, e ainda não reembolsado, no montante de € 68.929,44.

1-2- Não se conformando com esta decisão, dela recorreu a **R.** de apelação para o Tribunal da Relação de Lisboa, tendo-se dado provimento ao recurso, revogando-se a decisão recorrida, julgando-se a acção improcedente, absolvendo-se do pedido a **R.** apelante.

1-3- Irresignada com este acórdão, dele recorreu a **A.**, **AA**, para este Supremo Tribunal, recurso que foi admitido como revista e com efeito devolutivo.

A recorrente alegou, tendo das suas alegações retirado as seguintes conclusões:

1. Sobe a presente revista do douto Acórdão da Relação de Lisboa que julgou a apelação da recorrente **BB S.A.** procedente, revogando a sentença da primeira instância.

2. Sendo que a questão que se coloca à apreciação de **V. Exas.** passa, no entendimento da recorrente, pela aplicação do direito em relação à questão da invalidade do contrato de seguro de vida celebrado entre as partes.

3- Na primeira instância foi proferida sentença que considerou a acção parcialmente procedente por parcialmente provada e, em consequência, no reconhecimento da vigência do certificado individual referido em 9) dos factos provados, à data do óbito de DD, reconhecendo o direito da A. a ver ser paga pela R. ao "Banco ... S. A." a quantia correspondente ao capital mutuado por esta instituição bancária à A. e ao referido DD, e ainda não reembolsada à data de 3/7/2013, no montante de £ 68.929,44 {Sessenta e oito mil novecentos e vinte e nove euros e quarenta e quatro centavos), devida pelo accionamento da cobertura do risco morte garantido pelo referido certificado individual.

4- Em sede de julgamento, foram provados, entre outros, os seguintes factos:...

5. Por outro lado, não ficaram provados, os seguintes factos:...

6. Entretanto, na análise o objecto do recurso interposto pela Ré, a fundamentação do douto Tribunal da Relação de Lisboa, foi a seguinte: "Nos termos dos arts. 635º, nº 4, e 639º, nº 1 do C. P. Civil, o objecto do recurso acha-se delimitado pelas conclusões da recorrente. A questão a decidir centra-se, pois, na apreciação da invocada nulidade do contrato de seguro em causa. Por força do disposto no artº 429º do C Comercial, a declaração inexacta, tal como a reticência de factos ou circunstâncias conhecidas pelo segurado, que teriam podido influir sobre a existência ou condições do contrato, tornam o seguro nulo. A tal respeito, tem vindo a ser entendimento dominante ... As respostas ao questionário são o repositório das declarações de risco da pessoa segura em que seguradora deve confiar e em função das quais aceita ou não o contrato e fixa as respectivas condições, não se concebendo a formulação de perguntas inúteis ou irrelevantes. Imprescindível a anulabilidade é apenas a omissão ou a declaração inexacta que sejam susceptíveis de influenciar a seguradora na decisão de contratar, irrelevando a verificação do nexo de causalidade entre os factos omitidos e o sinistro, tal como se não exige a verificação deste ou releva qualquer análise feita com base em acontecimentos posteriores à subscrição da proposta, na qual as declarações são feitas. 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". No caso, decorre da factualidade dada como assente que, no âmbito do pedido de concessão de crédito à habitação, a A., ora apelada, e o falecido DD subscreveram, em 6/6/2007, proposta de adesão a seguro de vida, contendo um questionário clínico, a cujas perguntas responderam negativamente. E, que na referida data, tinha o dito DD marcada (para o dia 11 desse mês) consulta de dermatologia para observação e eventual excisão de um nevo do dorso ("verruga") - havendo na sequência do exame histológico ao material retirado, sido

detectado, e tal diagnóstico aquele comunicado, em 20/6/2007, que a referida "verruga " correspondia a uma meloma maligno.

Considerando-se, neste domínio, inaplicável o regime das cláusulas contratuais gerais, afigura-se, assim, indubitável ter sido prestada declaração inexacta, relativa a circunstância conhecida pelo declarante - que, atenta a própria natureza do seguro, necessariamente influi nas condições em que o contrato foi celebrado. Ao invés do decidido, forçoso seria, pois, desde logo concluir pela sua invalidade e consequente improcedência do pedido formulado na acção".

7- O tribunal "ad quem" considerou a invalidade do contrato em discussão por terem sido prestadas declarações inexactas por parte do falecido DD, ou seja, considerou que este padecia de uma doença pré-existente desde 28/2/2007, no seguimento da posição defendida pela seguradora.

8- O significado de doença pré-existente das condições gerais da apólice: "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 ou que com suficiente grau de evidência se tenha revelado, em data anterior á 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".

9. Por isso, a questão que se coloca à apreciação desse Venerando Tribunal é saber se um cidadão médio, um de nós, tem conhecimentos suficientes para saber se de uma verruga pode resultar uma doença oncológica com elevada probabilidade de metastização, mesmo que encaminhado para uma consulta de dermatologia.

10. Ou seja, se quando em 28/2/2007 DD foi encaminhado pela sua médica de família para uma consulta de dermatologia, que só se veio a realizar em 11/6/2007, - o que só significa que não estávamos perante uma situação complicada, porque se assim fosse seriam desenvolvidas diligências para uma consulta urgente - devia saber que padecia de um melanoma maligno.

11. Quando a sua própria médica de família ouvida no julgamento realizado afirmou ao tribunal que DD era uma pessoa saudável e a sua grande surpresa pelos resultados da excisão da "verruga" e, como bem refere o Mmo. Juiz "a quo" na fundamentação da douda sentença que do teor dos depoimentos da médica de família EE e do médico dermatologista FF que efectuou a excisão da "verruga" que "nessa medida e de relevante afirmaram que até ao conhecimento do resultado do exame histológico à "verruga" não havia qualquer razão para indicar ao referido DD a existência de qualquer situação de doença, tanto mais que a retirada da "verruga" não era exigida, do ponto de vista médico, como forma de melhorar a saúde daquele

paciente, mas apenas se justificava porque sendo nas costas, era mais difícil percepção e autovigilância, assim podendo ser extraída para obviar a tais inconvenientes que não passavam disso mesmo.

12. Estando mais adiante assinalado que para o tribunal "a referida médica de família explicou que a decisão de reencaminhar o referido DD para uma consulta de dermatologia se deveu à circunstância do centro de saúde não possuir esta especialidade, sendo esse o procedimento administrativo correcto, na sequência da consulta de rotina a que foi submetido e não tendo o referido DD tido qualquer influência ou participação nessa decisão, assim levando o tribunal a poder concluir pela ausência de percepção pelo referido DD, de qualquer situação de doença oncológica, no momento em que subscreveu a proposta de adesão ".

13. Ora face a isto, tem de se concluir que o falecido DD não tinha qualquer conhecimento de ser portador de uma doença preexistente e que por via disso tenha prestado aquando da subscrição da proposta de seguro qualquer declaração inexacta quanto ao seu estado de saúde.

14. Dir-se-á, porém, mas no ponto 1 do questionário clínico pergunta-se o seguinte:

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

15. E que o referido DD omitiu que tinha uma consulta marcada de dermatologia.

16. Só que como ficou/está provado, aquando da subscrição da proposta de seguro o que lhe foi perguntado era se padecia de qualquer doença e, obviamente, respondeu que não porque não tinha nem conhecia que era portador de alguma.

17. Isto significa que o próprio funcionário do BCP que se apresentou perante o casal a negociar em representação dos interesses comerciais da ora recorrida considerou irrelevante saber se tinha alguma consulta marcada, porque o que pretendia saber era se padecia de alguma doença e, por isso, após o preenchimento informático dos documentos por parte do mesmo em que foi tudo muito rápido se limitaram a assina-los como faria qualquer cidadão comum e na base da confiança, como bem todos sabemos, ser esta a prática corrente.

18. A verdade se diga, da forma como até está redigida a pergunta, não é de estranhar que nestas situações da qual resulte uma morte, que seguradora não venha alegar que o segurado omitiu que tinha uma qualquer consulta, assim como o faz com as doenças pré-existentes em que o seu conceito serve para tudo, para se furtar ao pagamento.

19. Concluindo: DD não prestou declarações inexactas aquando da subscrição da proposta seguro, pelo que o contrato celebrado com a recorrida deve ser considerado válido e, deste modo, ser revogado o douto Acórdão ora em crise e concluir-se de acordo com a sentença de condenação proferida na primeira instância.

20. Termos em que contando com o douto suprimento de V. Exas., se deve conceder provimento ao recurso da ora recorrente, revogando a douto Acórdão recorrido, tal como é de JUSTIÇA

A recorrida Seguradora contra-alegou, pronunciando-se pela confirmação do acórdão recorrido.

Corridos os vistos legais, cumpre apreciar e decidir:

II- Fundamentação:

2-1- Uma vez que o âmbito objectivo dos recursos é balizado pelas conclusões apresentadas pelo recorrente, apreciaremos apenas a questão que ali foi enunciada (art. 639º nº 1 *ex vi* do art. 679º C.P.Civil)

Nesta conformidade, será o seguinte o tema a apreciar e decidir:

- Invalidade, ou não, do seguro de vida em causa nos autos e a oposição da eventual invalidade à Seguradora, R..

2-2- Vem fixada das instâncias a seguinte matéria de facto:

1) Em 3/7/2013 faleceu DD, no estado de divorciado.

2) Após a A. e o referido DD terem solicitado ao Banco ... (doravante ...) a concessão de um crédito hipotecário, em 5/6/2007 o referido Banco informou os mesmos que aprovava o empréstimo em questão, garantido por hipoteca incidente sobre o imóvel sito na R. ..., correspondente à habitação do casal, e bem ainda por um seguro multirriscos, bem como por um seguro de vida de € 75.000, para ambos os proponentes, sendo o BCP o beneficiário irrevogável desse seguro de vida.

3) Mais informou que, para a realização da escritura respectiva, os mesmos proponentes precisavam, para além do mais, de obter proposta de seguro de vida numa sucursal do

4) Na sequência dessa informação prestada pelo ..., em 6/6/2007 a A. e o referido DD deslocaram-se à sucursal de Cascais (Gandarinha) do Banco, onde subscreveram proposta de adesão ao "*Seguro de Vida Crédito Habitação*", a que corresponde a apólice 00061190, sendo a R. aí identificada como seguradora e o ... como tomador do seguro e entidade credora (acordo das partes e documento).

5) Nessa proposta de adesão consta um "*Questionário Médico*", respondido negativamente por ambos os subscritores, 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).

6) Nessa proposta de adesão consta igualmente, antes da assinatura de cada um dos dois proponentes, 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 BB, 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 BB, S.A., do pagamento de qualquer indemnização (...)" (acordo das partes e documento).

7) Tal proposta de adesão foi preenchida informaticamente pelo BCP, através de um seu funcionário, quer no que respeita aos elementos de identificação da A. e do referido DD, quer no que respeita às respostas aos questionários médicos, após o que foi impressa e dada a assinar aos mesmos por esse mesmo funcionário que a preencheu (acordo das partes).

8) Para o preenchimento das respostas aos questionários médicos o funcionário em questão perguntou à A. e ao referido DD se padeciam de alguma doença, tendo ambos respondido negativamente.

9) Em 26/9/2007 a R. aceitou tal proposta de adesão, passando a A. e o referido DD a ser titulares do certificado individual nº ..., figurando ambos como pessoas seguras na apólice... e responsáveis pelo pagamento do prémio mensal total de € 37,46, sendo o capital seguro correspondente ao valor de € 75.000 (acordo das partes e documento).

10) Para além de outras, eram as seguintes as condições gerais da apólice referida em 4), mencionadas na proposta de adesão assinada pela A. e 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 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).

11) À data do óbito referido em 1) o montante máximo de capital seguro no certificado individual referido em 9) era de € 68.929,44.

12) Após o óbito referido em 1) a A. solicitou à R. o pagamento do capital seguro pelo certificado individual em questão, o que esta recusou através da carta registada com aviso de recepção datada de 12/2/2014, com o teor que consta do doc. 8 junto com a contestação (fls. 62 e 63) e que aqui se dá por integralmente reproduzido, onde declarou que "(...) *aquando do preenchimento da referida Proposta de Adesão e respectivo Questionário Médico, em 06 de junho de 2007 (cópia em anexo), não foi mencionada a referenciação ocorrida em 28 de fevereiro de 2007 para a consulta externa de Dermatologia no Hospital ..., conforme atestado no relatório médico emitido pela Sra. Dra. EE em 09 de janeiro 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 do referido Contrato 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 do capital seguro na Apólice, procedendo nesta data, à anulação do Contrato de Seguro (...)*" (acordo das partes).

13) Em 28/2/2007 o referido DD foi a uma consulta da sua médica de família no Centro de Saúde da sua área de residência, aí tendo esta referenciado o mesmo para uma consulta da especialidade de dermatologia, para observação e eventual excisão de um nevo do dorso ("verruga").

14) Na sequência de tal referenciação foi-lhe marcada, através do referido Centro de Saúde, tal consulta da especialidade de dermatologia para 11/6/2007, no Hospital ...

15) Tendo o referido DD comparecido a tal consulta, aí foi feita a excisão da referida "verruga", correspondente a um granuloma piogénico na região dorsal direita, com evolução de três meses.

16) Na sequência do exame histológico realizado ao material retirado foi detectado que a referida "verruga" correspondia a um melanoma maligno de nível IV de Clark, com espessura de Breslow de 7,5 milímetros.

17) Tal diagnóstico foi comunicado ao referido DD em 20/6/2007, tendo o mesmo sido encaminhado para o Instituto Português de Oncologia, onde passou a ser seguido desde 3/7/2007.

18) No âmbito desse seguimento o referido DD foi sujeito, em 23/8/2007, a uma intervenção para alargamento da cicatriz operatória e excisão de gânglio sentinela da axila direita, não apresentando tecido de neoplasia.

19) Na sequência de quadro de cefaleias o referido DD realizou exames que mostraram lesão intracraniana, correspondente a metástases cerebrais de melanoma, tendo sido submetido a excisão da mesma em 16/11/2011.

20) E em 7/1/2013 foi submetido a nova craniotomia e exérese de massa volumosa no lobo frontal direito, correspondente a recidiva de metástases cerebrais de melanoma.

21) No certificado de óbito de DD ficou declarado que a causa directa da morte do mesmo foi um "*melanoma maligno do dorso metastizado*", mais ficando declarado que o tempo aproximado entre o início da doença e a morte foi de seis anos (acordo das partes e documento).

22) O referido DD nunca deu conhecimento à R. dos factos referidos em 13) a 20).

23) A R. só tomou conhecimento dos factos referidos em 13) a 20) após o óbito do referido DD. -----

2-3- No duto acórdão recorrido, para o que aqui importa, referiu-se que "*no caso, decorre da factualidade dada como assente que, no âmbito do pedido de concessão de crédito para habitação, a A., ora apelada, e o falecido DD subscreveram, em 6/6/2007, proposta de adesão a seguro de vida, contendo um questionário clínico, a cujas perguntas ambos responderam negativamente. E que, na referida data, tinha o dito DD marcada (para o dia 11 desse mês) consulta de dermatologia, para observação e eventual excisão de um nevo do dorso ("verruga") - havendo, na sequência do exame histológico ao material retirado, sido detectado, e tal diagnóstico àquele comunicado, em 20/6/2007, que a referida "verruga" correspondia a um melanoma maligno. Considerando-se, neste domínio, inaplicável o regime das cláusulas contratuais gerais, afigura-se, assim, indubitável ter sido prestada declaração inexacta, relativa a circunstância conhecida pelo declarante - que, atenta a própria natureza do seguro, necessariamente influiu nas condições em que o contrato foi celebrado. Ao invés do decidido, forçoso seria, pois, desde logo concluir pela sua invalidade e consequente improcedência do pedido formulado na acção*". Ou seja, o aresto recorrido, de essencial, considerou que o falecido DD, na proposta de adesão do seguro de vida, havia sido prestada uma declaração inexacta, o que torna o contrato de seguro inválido^[1].

A este entendimento a recorrente contrapõe (de relevante) que está somente provado que, aquando da subscrição da proposta de seguro, foi perguntado ao falecido se padecia de alguma doença e, obviamente, este respondeu que não porque não tinha nem conhecia que era portador de alguma. O próprio funcionário do BCP que se apresentou perante o casal a negociar em representação dos interesses comerciais da ora recorrida considerou irrelevante saber se tinha alguma consulta marcada, porque o que pretendia saber era se padecia de alguma doença e, por isso, após o preenchimento informático dos documentos por parte do mesmo, os segurados se limitaram a assina-los como faria qualquer cidadão comum e na base da confiança, como bem todos sabemos, ser esta a prática corrente. Assim, o DD não prestou declarações inexactas aquando da subscrição da proposta de seguro, pelo que o contrato celebrado com a recorrida deve ser considerado válido.

Vejamos:

Como resulta dos termos das condições de seguro, o beneficiário das garantias conferidas pela apólice é o tomador do seguro pelo valor em dívida, sendo este, igualmente, o responsável pelo pagamento do prémio, pese embora o prémio seja totalmente contributivo (vide art. 12º, 12. 1 da apólice - fls. 46-)[2].

Trata-se de um seguro de grupo, cuja formação se estabelece em dois momentos distintos. 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 contém 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.

Como refere o Dec-Lei 176/95 de 26/7 (regime jurídico do contrato de seguro aplicável ao caso, dado o momento em que os factos em causa tiveram lugar)[3], no seu art. 1º al. g), “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”. No caso, o mutuário do crédito à habitação concedido pelo Banco tomador (o falecido DD), cobrindo os riscos decorrentes da morte ou de certas incapacidades deste e em que é beneficiário o tomador. Assim, verificando-se o risco coberto pelo contrato, a Seguradora pagará ao tomador o capital seguro.

Afirma-se no acórdão deste STJ de 17-6-2010 (www.dgsi.pt/jstj.nsf), *“sendo o Banco o Beneficiário é ele o responsável pelo pagamento do prémio à Seguradora, prémio que cobrará ao Segurado nos termos com ele convencionados, bem como o titular do direito ao recebimento do capital seguro em caso de verificação de sinistro coberto pela garantia do seguro”*. Nesta conformidade o segurado é, tão só, o objecto do risco, não assumindo a titularidade dos direitos do contrato. O titular dos direitos do contrato é o tomador. Daí que o pedido da A., de forma adequada, tenha sido formulado no sentido da condenação da R. a liquidar ao Banco tomador o capital em dívida no contrato de mútuo.

No contexto de um seguro de grupo, poderá ser celebrado um seguro de grupo contributivo que o art. 1º al. h) daquele Dec-Lei 176/95 define como o seguro *“em que os segurados contribuem no todo ou em parte para o pagamento do prémio”*, situação que ocorre no caso vertente pois, como se ficou provado que a A, e o falecido ficaram responsáveis pelo pagamento do prémio mensal total de € 37,46 (facto assente sob o nº 9).

Em relação a este tipo de contratos, estabelece o art. 4º nº 1 do referido Dec-Lei 176/95 que *“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”*, acrescentando o nº 2 da disposição que *“o ónus da prova de ter fornecido as informações referidas no número anterior compete ao tomador do seguro”*. Por sua vez o nº 4 do mesmo artigo afirma que *“o contrato poderá prever que a obrigação de informar os segurados referidos no nº 1 seja assumida pela seguradora”*.

Como da factualidade assente isso não consta (nem sequer foi isso alegado pelas partes), tem que se considerar como excluído que a Seguradora tenha, no caso vertente, assumido a obrigação de informação a que alude o nº 4 desta disposição.

Temos pois que, face àquele nº 1 do art. 4º, competia ao tomador do seguro (o BCP) a obrigação de informação de que fala a disposição, competindo-lhe o ónus da prova do cumprimento desse dever (nº 2 da mesma disposição). Isto é, no caso, a quem competia a

obrigação de informação das cláusulas contratuais aos segurados^[4] (a A. e falecido DD) era ao Banco ..., como tomador do seguro. Neste sentido e em idêntico caso referiu-se no acórdão deste STJ de 12-10-2010 (também em www.dgsi.pt/jstj.nsf) que “*tratando-se de seguro de grupo, o ónus de informação sobre o conteúdo e alcance das cláusulas contratuais gerais recai sobre o tomador, que não sobre a seguradora*”.

Posto isto, apreciemos o caso vertente:

Parece-nos ser de aceitar, sem polémica, a aplicabilidade ao presente contrato de seguro contributivo o regime previsto no art. 429º C. Comercial quanto à existência de omissões ou reticências susceptíveis de determinarem a invalidade do mesmo, invalidade que hoje é geralmente qualificada como anulabilidade e sujeita ao respectivo regime legal. Com efeito, de acordo com o disposto no art. 429º do Código Comercial, toda a declaração inexacta, assim como toda a reticência de factos ou circunstâncias conhecidas pelo segurado ou por quem faz o seguro, e que teriam podido influir sobre a existência ou condição do contrato, tornam o seguro nulo.

Porque sobre o assunto não levanta qualquer controvérsia, abstermo-nos de desenvolver o tema.

O contrato de seguro dos autos foi considerado inválido pela Relação em razão de o falecido DD, na proposta de adesão do seguro de vida, ter prestada uma declaração inexacta no “questionário médico” (realizado em 6-6-2007), em razão de ter respondido negativamente à questão “*já o aconselharam a consultar um médico, a ser hospitalizado, a submeter-se a algum tratamento ou intervenção cirúrgica?*”, quando, na realidade, tinha marcada para o dia 11 desse mês consulta de dermatologia, para observação e eventual excisão de um nevo do dorso ("verruga"). Ou seja, ao preencher-se o questionário médico, foi omitido que o referido DD iria ter, passados escassos dias, uma consulta de dermatologia.

Face à factualidade assente, não existe, pois, qualquer dúvida que foi prestada, no que toca ao item evidenciado, uma declaração incorrecta.

A questão que a recorrente (implicitamente) coloca é o de saber-se se essa falta poderá ser imputável ao DD e se foi consciente, isto é se a dita pessoa ao preencher o questionário se apercebeu do teor e alcance da pergunta efectuada e da resposta que, com veracidade, lhe deveria dar. É que, como afirma, aquando da subscrição da proposta de seguro, o que (somente) foi perguntado ao falecido foi se padecia de qualquer doença ao que ele respondeu que não, porque, na altura, não tinha nem conhecia ser portador de alguma enfermidade.

Sobre o assunto 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 da A. e do referido DD, quer no que respeita às respostas aos questionários médicos, após o que foi impressa e dada a assinar aos mesmos por esse mesmo funcionário que a preencheu, sendo que para o preenchimento das respostas aos questionários médicos o funcionário em questão perguntou à A. e ao referido DD se padeciam de alguma doença, tendo ambos respondido negativamente (factos referidos acima sob os n.ºs 7 e 8).

Destas circunstâncias resulta que foi o próprio funcionário do banco (que preencheu e deu a assinar o questionário médico) que inculcou a resposta negativa ao item em causa, pois reduziu o teor do questionário ao padecimento, ou não, de qualquer doença. Parece, assim, que esse funcionário não explicou ao DD (e à ora A.) o alcance exacto, circunstanciado e concreto das questões inerentes ao questionário^[5]. Isto, não obstante as perguntas do questionário clínico serem patentemente claras e objectivas e o seu conteúdo facilmente apreensíveis pelo comum dos cidadãos.

Não se desconhece que o questionário não constitui, em si mesmo, uma cláusula contratual em que, nos casos de contratos de adesão^[6], o destinatário se limita a subscrever ou aceitar sem possibilidade de discussão prévia. Neste sentido afirmou-se no acórdão deste STJ de 6-7-2011^[7] (in www.dgsi.pt/jstj.nsf) que “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*”. Compete, porém, aos segurados, no questionário médico, expressar a verdade em relação às perguntas constantes dele, para possibilitar à Seguradora avaliação do risco a assumir.

Pesem embora estas circunstâncias, a nosso ver, constando dos termos do contrato que as declarações inexactas ou incompletas nos questionários de saúde feitas pela pessoa segura, tornam nulo o contrato, deveria o tomador do seguro aquando da efectivação do contrato, de explicar cabalmente o conteúdo e o alcance dessas estipulações aos segurados. Com efeito, ficou estabelecido no contrato e sob a rubrica de “*DISPOSIÇÕES FUNDAMENTAIS*” que “*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*” e que “*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”, o que inculca a obrigação de comunicação e elucidação, por parte do tomador do seguro.

Assim, face ao acima mencionado art. 4º nº 1 do Dec-Lei 176/95 de 26/7, competia ao tomador do seguro (ao Banco) os deveres de comunicação e esclarecimento de todos os termos contratuais, ou seja, impendia sobre o Banco, através dos seus funcionários, esclarecer os segurados das cláusulas contratuais e das exclusões do seguro, constantes da apólice. Assim, o funcionário bancário que atendeu o falecido DD (e a A.) deveria ter-lhe explicado o alcance exacto, circunstanciado e concreto das questões inerentes ao questionário e da consequente exclusão/nulidade do contrato (por declarações inexactas ou incompletas), o que não fez, pois, como já se viu, reduziu o teor do questionário ao padecimento, ou não, dos segurados de qualquer doença.

Poder-se-á, deste modo, dizer que os ditos deveres de comunicação e esclarecimento não foram sido cumpridos pelo tomador/banco, sendo que o ónus da prova dessas comunicações lhe cabia, de harmonia com o dito art. 4º nº 2 do Dec-Lei 176/95 de 26/7. Assim, quanto ao tomador/banco o contrato não será inválido.

Mas o certo é que o BCP, o tomador, não foi accionado no presente processo e não vemos como uma 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.

Neste sentido, refere-se adequadamente no acórdão deste STJ de 22-1-2009 (igualmente em (www.dgsi.pt/jstj.nsf) *“Se há violação desse dever de informar, pode a A. pedir responsabilidades a quem o não cumpriu, demandando-o, com a observância do princípio do contraditório, mas não à R. sobre a qual não impendia esse dever”*. No mesmo sentido, em jeito de conclusão, refere-se no já referenciado acórdão de 17-6-2010 que *“assim sendo, não se vê como responsabilizar a Seguradora, fazendo-a responder por um facto ilícito cometido pela outra Parte, ao qual foi e, tanto quanto se conhece, se manteve alheia”*.

É, aliás, este entendimento predominante na jurisprudência deste STJ, tendo-se referido, em sumário, no acórdão deste STJ de 14-7-2014 (no mesmo site) que *“II - O dever de informação e esclarecimento do aderente a um contrato de seguro de grupo recai sobre o tomador de seguro. III - Caso a segurada pretendesse pôr em causa o efectivo conhecimento e esclarecimento a respeito do contrato de seguro de vida e suas condições, coberturas e exclusões, deveria ter demandado não a seguradora, mas sim o tomador do*

seguro, sendo inoponível àquela o eventual desconhecimento do clausulado contratual e de tais circunstâncias”, e no acórdão de 25-6-2013 (no mesmo site) que “1. Num seguro de grupo, não está vedado à seguradora, única demandada na lide, opor ao aderente certa cláusula de exclusão do risco, por a omissão do dever de informação e esclarecimento ser exclusivamente imputável ao tomador de seguro, não se comunicando ou transmitindo os efeitos de tal omissão culposa à própria seguradora, em termos de amputar o contrato da cláusula não devidamente informada ao aderente. 2. Na verdade, não se mostrando legalmente prevista a comunicabilidade à esfera jurídica da seguradora dos efeitos do incumprimento dos deveres legais de informação colocados a cargo do tomador de seguro - e não podendo o tomador de seguro considerar-se juridicamente como intermediário, auxiliar ou comissário da seguradora no momento da concreta adesão das pessoas seguradas - carece de fundamento normativo a pretensão de responsabilização objectiva da seguradora por um comportamento negligente exclusivamente imputável ao outro contraente, não demandado pela interessado/aderente. De igual modo mencionou-se no acórdão deste STJ de 13/01/2011 (no mesmo site) que “incumbindo ao tomador do seguro tal dever de informação, não pode ser imputada à seguradora (de quem o tomador não é um mero intermediário), nem ser-lhe oposta, a violação do dever de comunicação (a não ser se o contrato previa que a obrigação de informar fosse assumido pela seguradora). Não podendo a mesma ser responsabilizada por um acto ilícito cometido pelo tomador do seguro”. No mesmo sentido referiu-se também no acórdão deste STJ de 12-10-10 (no mesmo site) que “não tendo sido demandada a instituição de crédito tomadora do seguro, não pode ser imputada à seguradora – nem ser-lhe oposta – violação do dever de comunicação. Certamente para obviar a situações como a presente, a lei admite expressamente que o contrato possa prever que a obrigação de informar, por regra ónus do tomador, seja assumida pela seguradora – n.º 4 do art. 4.º cit. Porém, aqui, não há notícia de tal acordo pelo que apenas sobre o Banco impendia esse ónus”. Também no acórdão mais recente de 5.4.2016 referiu-se em sumário que “I- No caso de seguro de grupo, e salvo acordo em contrário estabelecido no contrato, compete ao tomador do seguro, e não ao segurador, a obrigação de informação ao aderente (segurado) das cláusulas contratuais gerais (coberturas, exclusões, obrigações e direitos em caso de sinistro) e suas alterações. II. O incumprimento desta obrigação por parte do tomador do seguro não é oponível ao segurador, pelo que a cláusula geral não comunicada não se pode ter por excluída do âmbito da adesão ao seguro”.

Quer isto dizer que, não obstante tenha existido omissão do tomador do seguro (o ..., que não é demandado na acção) no cumprimento dos ditos deveres de comunicação e esclarecimento, tal falta não é oponível à Seguradora, pois é alheia a tal omissão[8].

Como se refere no acórdão deste Supremo de 22-1-2009 acima referido e aqui se repete, “*se há violação desse dever de informar, pode a A. pedir responsabilidades a quem o não cumpriu, demandando-o*”, mas não poderá responsabilizar quem não praticou o acto omissivo^[9].

Temos, assim, que não podendo a Seguradora ser responsabilizada pela falta de cumprimento dos deveres de comunicação e esclarecimento cometida pelo ..., a declaração de invalidade do contrato realizada por si foi certa, dada a dita declaração incorrecta efectuada no inquérito médico pelo falecido DD. Por outras palavras, a não comunicação de dita cláusula contratual não sendo oponível à seguradora, não se pode ter por excluída do âmbito da adesão ao seguro.

O douto acórdão recorrido merece, por conseguinte, se bem que pelas ditas razões, confirmação.

III- Decisão.

Por tudo o exposto, nega-se a revista.

Custas pela recorrente.

Garcia Calejo (Relator) *
Helder Roque
Roque Nogueira

^[1] De sublinhar que contra o que a recorrente afirma, o tribunal recorrido não considerou a invalidade do contrato por o falecido padecer de uma doença pré-existente desde 28/2/2007, mas declarou essa invalidade em razão da indicada declaração inexacta.

^[2] Esta disposição está aliás em consonância com o disposto no art. 1º al. b) do Dec-Lei 176/95 de 26/7 (aplicável ao caso) que define como tomador do seguro “*a entidade que celebra o contrato de seguro com a seguradora, sendo responsável pelo pagamento do prémio*”.

^[3] Actualmente este regime foi revogado pelo DL 72/2008 de 16/4, mas este só entrou em vigor em 01/01/2009 (art. 2º deste diploma legal).

^[4] “Pessoas no interesse das quais o contrato foi celebrado ou pessoas cuja vida ou integridade física se segura” – art. 1º al. c) do Dec-Lei 176/95 de 26/7.

^[5] Como é sabido, é prática corrente as pessoas assinarem os documentos apresentados pela entidade bancária com na base da confiança, segundo as indicações fornecidas pelo empregado bancário.

^[6] Em causa nos autos.

^[7] Este entendimento jurisprudencial é recorrente neste STJ (vide entre outros, o acórdão de 27 de Maio de 2008 (*in* www.dgsi.pt/stj.nsf)).

^[8] Parece-nos absolutamente claro que a Seguradora não poderá ser responsabilizada por uma omissão de um funcionário do banco, tomador do seguro.

^[9] Tal responsabilização constituiria a imputação à seguradora de uma responsabilidade objectiva, derivada de um comportamento omissivo/negligente de outrem que não lhe é atribuível, sendo que, como se sabe, em tais casos de responsabilidade objectiva só existe a obrigação de indemnizar (independentemente de culpa), nos casos especificados na lei (art. 483º nº 2 do C.Civil), situação que aqui claramente não ocorre.

