

Processo: 651/04.4TBETR.P1.S1
Nº Convencional: 1ª SECÇÃO
Relator: ALVES VELHO
Descritores: SEGURO DE GRUPO
CLÁUSULA CONTRATUAL GERAL
TOMADOR
DEVER DE INFORMAR
OMISSÃO

Nº do Documento: SJ
Data do Acórdão: 17-06-2010
Votação: UNANIMIDADE

Texto Integral: S

Privacidade: 1

Meio Processual: REVISTA

Decisão: CONCEDIDA A REVISTA

Sumário :

Opondo o aderente de seguro de grupo à seguradora, em acção intentada apenas contra esta, a falta de comunicação e consequente exclusão de cláusula contratual não comunicada, tendo sido o banco tomador o autor da omissão do dever de comunicação, não está vedado à seguradora opor ao aderente a violação desse dever do tomador e respectivas consequências.

Decisão Texto Integral:

Acórdão no Supremo Tribunal de Justiça:

1. - AA instaurou acção declarativa contra “... Seguros, Companhia de Seguros V..., SA.” pedindo que esta fosse condenada a indemnizá-lo nos termos contratuais, nomeadamente entregando à Instituição de Crédito beneficiária do seguro o capital em dívida e ao segurado o remanescente, se o houver.

Como fundamento, alegou, em síntese:

O Autor e a sua mulher celebraram com a Ré dois contratos de seguro de vida que garantiam a cobertura dos riscos por morte e invalidez total e permanente por doença ou acidente dos segurados na sequência de dois empréstimos bancários contraídos ao balcão do ..., que ali figura como beneficiário do seguro de vida, sendo um deles para aquisição de habitação e o outro para fazer face a compromissos financeiros do autor. Em finais de 2001, foi detectada ao autor doença do foro neuropsiquiátrico que lhe determinou uma invalidez permanente de 84%, o que equivale a invalidez total e permanente por doença.

A Ré contestou. Alegou que o Autor carece do direito de exigir da Ré o pagamento do valor do capital seguro correspondente ao valor em dívida ao CPP, assistindo ao A. apenas o direito de exigir o remanescente e invocando a exclusão da situação descrita das garantias do contrato de seguro.

Na réplica, o Autor respondeu às excepções e alterou parcialmente o pedido, no sentido de a Ré ser também condenada a:

“a) Reconhecer que o A. se encontra numa situação de invalidez total e permanente por doença (incapacidade genérica de 84% e incapacidade total (100%) para qualquer tipo de trabalho compatível com os seus conhecimentos, habilitações e experiência profissional.

b) Que tal situação de invalidez se encontra coberta pelas garantias do contrato de seguro a que o A. aderiu e não excluída dos riscos seguros.”

No decurso da audiência de julgamento, a Ré invocou a nulidade do contrato de seguro alegando doença do segurado não declarada anterior ao contrato de seguro.

Foi proferida sentença que julgou a acção procedente e, em consequência, condenou a Ré a entregar, no lugar do Autor, à instituição de crédito beneficiária do seguro de vida titulado pela apólice em causa, ..., o capital em dívida, devendo entregar ao autor o remanescente, se o houver.

A Ré apelou, mas a Relação manteve o sentenciado.

A mesma Ré pede ainda revista, insistindo na absolvição de todos os pedidos contra si formulados, argumentando conforme as seguintes conclusões:

1. Do mui douto Acórdão do Supremo Tribunal de Justiça nº 08B4049 de 22 de Janeiro de 2009 decorre a seguinte doutrina: "no caso dos autos, o tomador do seguro é o banco, sendo sobre ele que impendia o ónus de demonstrar que forneceu as informações em causa; não é à seguradora que incumbe tal tarefa. Por isso, não tendo sido demandado o tomador do seguro - o banco - não pode a eventual omissão de informação ser imputada à R. seguradora"; "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".
2. A instância em que se insere o presente recurso de Revista, envolve duas consequências distintas face ao teor da douta decisão impugnada: por um lado, está-se a penalizar a Ré pelo incumprimento duma obrigação legal que incide sobre outrem; por outro lado, penaliza-se a Ré numa acção judicial em que nem sequer é parte a entidade que violou a obrigação legal.
3. O artigo 4º nº 2 do DL nº 176/95 ao dispor que o ónus da prova de ter fornecido as informações compete ao tomador de seguro, deixa muito clara a necessidade de que processualmente, em acção na qual se pretenda responsabilizar a Seguradora, se demande igualmente o Tomador de Seguro pois que é sobre este que impende o ónus da prova do cumprimento da obrigação legal e não sobre a seguradora.
4. A Recorrente desconhece as concretas regras jurídicas do nosso ordenamento jurídico que permitem estender a outrem a obrigação legal que nos termos do disposto no citado artigo 4º nº 2 apenas cabem ao Tomador de Seguro.
5. De resto, o douto Acórdão Recorrido (que ignorou a existência da regra contida no artigo 4º, nº 2 quando transferiu para a esfera da Seguradora as obrigações que estão na esfera jurídica do Tomador) igualmente pelo que respeita à obrigação contida no nº 1 do citado

artigo 4º, não indica qualquer espécie de fundamento legal específico que permita sustentar que a Seguradora deverá ser castigada por não ter cumprido uma obrigação que desconhecia estar a seu cargo.

6. Com efeito, por absoluta falta de fundamentação normativa, a Ré ignora o que fez de errado para ser castigada com a condenação no pedido: fazer-se com que a Ré pague por violação de outrem, exige, de acordo com a mais elementar justiça, que se lhe aponte a censurabilidade comportamental justificadora.

7. O douto Acórdão Recorrido limita-se a invocar três argumentos de "justiça material" (chamemos-lhe assim, à falta de fundamento legal específico) que o levam a considerar que a Seguradora deve ser penalizada pelo incumprimento de obrigações legais do Tomador: (i) a posição de supremacia de quem utiliza cláusulas contratuais gerais, (ii) a natureza tripartida do contrato de seguro de grupo, e, (iii) o facto do Banco actuar como intermediário da Seguradora.

8. Vejamos a sustentabilidade do primeiro argumento: o teor do clausulado do contrato de seguro de grupo é discutido entre duas entidades (Banco e Seguradora) que em matéria de poder económico e social se equivalem.

9. Nas relações entre Tomador e Seguradora não há contrato de adesão: os termos do contrato de seguro de grupo são negociados entre ambas as entidades, podendo cada uma delas, em todas as cláusulas, discutir o respectivo conteúdo.

10. O momento de adesão apenas surge com a inclusão dos segurados: aí sim temos a aceitação em bloco do conteúdo contratual por parte dum dos intervenientes contratuais.

11. Esse momento contratual de adesão é absolutamente alheio à pessoa da Seguradora: todas as relações que se desenvolvem com os Segurados têm como interlocutor o Tomador, o qual faz chegar à Ré as informações que recolhe juntos dos seus clientes.

12. Aquilo que se acaba de referir, salvo o devido respeito, coloca em crise o segundo argumento invocado pelo douto Acórdão Recorrido: a natureza tripartida do contrato aqui em causa.

13. Na verdade, convém ter presente que o seguro é feito em benefício essencialmente do Tomador (o Banco é o beneficiário essencial) logo é absolutamente excessivo penalizar a seguradora pelo incumprimento praticado por quem, verdadeiramente, é o dono do negócio (o Tomador):

a. É ele que negocia com a Seguradora os termos em que quer o contrato de seguro para se proteger relativamente aos riscos dos seus empréstimos;

b. É ele que, em consequência da sua actividade, informa os clientes (futuros segurados) da necessidade de aderirem a um seguro em seu próprio benefício;

c. É ele que, determina quem pretende ou não incluir no contrato de seguro (e não a seguradora que quando muito poderá recusar pedidos de inclusão);

d. É ele que recebe o valor em caso de sinistro coberto para

ressarcimento dos valores mutuados.

14. Concluindo quanto a este ponto: na eventualidade do Tomador, verdadeira entidade "dona do negócio perante todos os outros intervenientes", estar, por qualquer motivo, impedido de ser responsabilizado, até se poderia entender que se procurasse outro interveniente para responsabilizar (se bem que com fundamento normativo específico) mas, não sendo esse o caso, salvo melhor opinião, não se poderá sacrificar o Segurador apenas porque o Segurado - por motivos que apenas a si se ficam a dever - optou por - erradamente - demandar apenas um dos intervenientes contratuais que, por sinal, nada de errado fez.

15. Finalmente, argumenta ainda o douto Acórdão Recorrido com o facto do Banco actuar como intermediário da Seguradora: salvo o devido respeito que é mesmo muito, aqui erra-se totalmente o alvo: o Banco não actua como intermediário. Banco actua por si próprio, em seu próprio nome, no seu próprio interesse, por sua própria conta, como Tomador de Seguro e Beneficiário; é nessa qualidade que ele está obrigado a informar o Segurado do teor das cláusulas contratuais, não é na qualidade de "mediador de seguros" da Seguradora (cfr. o disposto no citado artigo 4º do Decreto-Lei n.º 176/95).

16. Face ao exposto, salvo o devido respeito, encontra-se afastado o fundamento do mui douto Acórdão Recorrido, na parte em que considera não poder a Ré/Recorrente invocar em seu benefício o disposto na cláusula contratual de exclusão de sinistro originado em causa neurológica ou psiquiátrica, com a inerente consequência de dever a presente acção judicial ser considerada como improcedente mediante a procedência da presente Revista.

O Recorrido apresentou resposta em defesa do julgado.

2. - A **questão** a resolver consiste em saber se opondo o aderente de seguro de grupo à seguradora, em acção intentada apenas contra esta, a falta de comunicação e consequente exclusão de cláusula contratual não comunicada, tendo sido o banco tomador o autor da omissão do dever de comunicação, não pode a seguradora opor ao aderente a violação desse dever e suas consequências.

3. - O Tribunal recorrido considerou provados os seguintes **factos**:

1. Na sequência de dois empréstimos bancários, sendo um para aquisição de habitação e outro para fazer face a compromissos financeiros do devedor, contraídos por si e pela sua mulher, junto do ..., o autor subscreveu, por intermédio do referido banco, com a Companhia de Seguros M..., contrato de seguro de vida que garantia a cobertura dos riscos de morte [e invalidez] total e permanente por doença ou acidente aos segurados. (A)

2. A subscrição dos referidos seguros ocorreu nas instalações do ..., agência de Leça da Palmeira, actuando o banco como intermediário, em Novembro de 2000. (10)

3. Nem antes nem aquando da subscrição do seguro, o autor foi informado das condições gerais do produto subscrito e dos riscos excluídos. (4º)
4. O único documento que então lhe foi apresentado e que para o efeito subscreveu de imediato, foi a "declaração individual de adesão" cuja cópia consta de fls. 346 a 349 dos autos, do qual constava, como garantias cobertas, "Morte ou invalidez total e permanente" sem especificações relativas a exclusões de responsabilidade. (5º)
5. Para celebrar o contrato de seguro de vida com a ré, o banco teve de obter o consentimento escrito do autor, o que foi feito através da subscrição do boletim de adesão ao contrato de seguro. (9º)
6. Após a obtenção de tal consentimento, o banco, como tomador de seguro, enviou à ré a proposta de inclusão deste risco no seguro de grupo, o que foi aceite. (10º)
7. Na data da subscrição do referido contrato de seguro de adesão (Novembro de 2000), o autor não era portador de qualquer doença neurológica (incluindo epilepsia) ou psiquiátrica (de qualquer natureza) declaradas e diagnosticadas, manifestando apenas sintomas, tais como cefaleias, que não faziam prever doença incapacitante. (6º)
8. Nos finais de 2001, foi detectada ao autor doença do foro neuropsiquiátrico que lhe determinou uma invalidez permanente de 84%, o que equivale a invalidez total e permanente por doença. (3º)
9. Antes de ser detectada a referida doença, o autor trabalhava por conta própria, como cozinheiro, organizando e realizando eventos, como casamentos, baptizados, banquetes diversos e outras celebrações. (7º)
10. A partir daquela altura, ficou totalmente incapacitado para o desenvolvimento daquelas actividades ou de quaisquer outras compatíveis com as suas habilitações, conhecimentos e experiência profissional. (8º)
11. Foi solicitado pelo autor e pela sua mulher, junto da Companhia de Seguros ora ré o accionamento dos supra referidos seguros de vida e o pagamento do capital referente à apólice em causa, tendo aquela solicitado, para aquele fim, o envio de vária documentação, nomeadamente um atestado médico subscrito pelo medico assistente do sinistrado comprovativo da situação clínica do autor, o que foi feito. (D)
12. Não obstante, o pedido do autor à seguradora foi recusado, com fundamento em que o sinistro em causa se encontra "excluído nas condições gerais da apólice", nos termos das quais "a Seguradora não garante o pagamento das importâncias seguras, por este seguro complementar, caso o sinistro seja devido a: .. ./ ... o) Doenças neurológicas (incluindo epilepsia) e psiquiátrica (de qualquer natureza), de que a pessoa segura seja portadora. (E)
13. O capital seguro é anualmente revisto a fim de coincidir com o valor que, de ano para ano, vai estando em dívida ao banco nos termos do mútuo hipotecário celebrado entre o banco (tomador de seguro) e o seu cliente (pessoa segura). (11º)

14. O valor do prémio de seguro pago anualmente tinha em atenção a diminuição do capital seguro em conformidade com a diminuição do valor em dívida no contrato de mútuo. (12º)

15. Em Outubro de 2004, o capital seguro relativo às duas adesões ao seguro de grupo subscritas pelo autor ascende ao valor total de € 97.254,84. (13º).

4. - Mérito do recurso.

4. 1. - A situação que se apresenta é a de um “Seguro Vida Crédito à Habitação”, na modalidade de seguro de grupo, em que o Autor foi Aderente e Segurado, foi Tomador e Beneficiário o mutuante Banco ... e Seguradora a Ré, vindo já decidido, sem oposição, que o sinistro se encontra abrangido pela cobertura da apólice em virtude da exclusão do contrato da cláusula que o afastava, mantendo--se o contrato válido e eficaz na parte não afectada, como consequência do incumprimento do dever de comunicação dessa cláusula ao Autor-aderente.

Depois de se reconhecer que era sobre o Banco, Tomador do seguro, que impedia o dever de comunicar ao Autor as coberturas contratadas e provar que fez a comunicação, no acórdão impugnado, mediante invocação do dever de boa fé do utilizador de cláusulas contratuais gerais, da natureza tripartida do contrato de seguro de grupo e da actuação da instituição bancária como intermediária da seguradora, decidiu-se, no acórdão impugnado, que a seguradora não pode opor ao aderente a omissão de comunicação cometida pelo banco tomador, devendo as consequências da exclusão das cláusulas não comunicadas ser dirimidas entre o banco e a seguradora, que tem de indemnizar nos termos contratuais.

Contra tal solução se insurge, com os argumentos transcritos, a Recorrente.

4. 2. - “Seguro de grupo” é, na definição legal, aquele em que um conjunto de pessoas ligadas entre si e ao tomador por um vínculo de interesse comum – art. 1º-g) do DL n.º 176/95, de 26/7 (Regime Jurídico do Contrato de Seguro).

No caso, um conjunto de mutuários de crédito à habitação concedido pelo Banco tomador e beneficiário, cobrindo riscos de incumprimento das prestações de amortização do crédito decorrentes de morte ou certas incapacidades desses mutuários.

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.

De notar que, no caso, o Segurado não assume directamente a titularidade dos direitos do contrato, mesmo não ocorrendo a sua

morte, sendo essencialmente o objecto do risco. Por isso, e bem, a pretensão do Autor consistia, como peticionou, na entrega pela Seguradora ao Banco do capital em dívida no contrato de mútuo.

Relativamente a esta espécie de seguros, dispõe o art. 4º-1 do referido DL 176/95 que «o tomador do seguro deve obrigatoriamente informar os segurados sobre as coberturas e exclusões contratadas (...) em conformidade com um espécimen elaborado pela seguradora», acrescentando o n.º 2 que o ónus da prova de ter fornecido as informações referidas no número anterior compete ao tomador do seguro».

Desse incumprimento, pelo Banco, resultou a exclusão do contrato de seguro de cláusula das Condições Gerais da Apólice, oposta pela Ré, a qual excluía do pagamento das importâncias seguras o sinistro devido a doenças neurológicas e psiquiátrica de que a pessoa segura fosse portadora (al. o) das CGA)), por aplicação do Regime Jurídico das Cláusulas Contratuais Gerais (DL n. 446/85 – arts. 5º e 8º-a) e b)).

Não prevê a lei as consequências da omissão dos deveres de informação, designadamente quando, como agora ocorre, o contrato de seguro fica amputado de alguma das suas cláusulas.

4. 3. - A questão que se coloca prender-se-á, a nosso ver, com a formação do contrato, do ponto de vista da sua aceitação.

Com efeito para que as cláusulas pré-estabelecidas em vista dum contrato devam considerar-se parte integrante dele é sempre necessária a respectiva aceitação pela outra parte, o que só pode ocorrer se esta tiver conhecimento dessas componentes da proposta negocial. A não ser assim, não pode falar-se de uma livre, consciente e correcta formação de vontade, nomeadamente isenta dos vícios a que se alude nos arts. 246º, 247º e 251º C. Civil.

Como também o art. 232º C. Civil previne, não pode falar-se em conclusão de um contrato se não estiver assegurada coincidência entre a aceitação e a oferta relativamente aos elementos relevantes do negócio, o que nos contratos de adesão supõe que se garanta ao aderente um cabal e efectivo conhecimento do clausulado que integra o projecto ou proposta negocial.

Quer isto dizer que o Autor, ao serem-lhe omitidas certas cláusulas do contrato de seguro, apenas aderiu e se tornou parte no contrato cujo clausulado corresponde ao comunicado e que na decisão recorrida se julgou válida e eficaz na parte não afectada, ao abrigo do disposto no art. 9º do RJCCG.

4. 4. - Acontece, porém, que o Banco Tomador não foi demandado na acção, apesar de sobre ele recair o ónus de comunicação, de que decorreu a exclusão da cláusula e responsabilização da Seguradora,

bem como o de demonstrar que cumpriu o dever omitido.

Assim, sendo certo que entre o Banco e a Recorrente Seguradora, enquanto empresas, não é aplicável o regime das Cláusulas Contratuais Gerais, nomeadamente no tocante ao cumprimento dos deveres de comunicação e de informação e das consequências da respectiva violação, parece ter de concluir-se que não pode estabelecer-se uma relação de identidade entre o conteúdo do contrato de seguro celebrado entre a Ré e o Banco e o daquele a que o Autor, numa segunda fase, efectivamente aderiu, pois que a aceitação se circunscreveu à sua parte não afectada pela violação do dever de comunicação

Não está em causa, note-se, o clausulado do contrato celebrado entre a Seguradora e o Tomador-beneficiário, sua validade e eficácia nos exactos termos em que foi negociado, formalizado em apólice e entrou em execução entre essas Partes após o início das adesões, ao que tudo foi completamente alheio o “Segurado”.

O que acaba por se nos deparar é que, por causa estranha à Seguradora e imputável ao Tomador-beneficiário, aquela ficou com o risco coberto acrescido e, no âmbito desse acréscimo de risco excluído das Condições contratadas viu verificado um sinistro.

Com efeito, a Seguradora ao contratar com o Banco, sem que aqui se possa falar de contrato de adesão, não aceitou o contrato nos termos em que esta instituição o veio propor ao Autor-aderente e em que passou a valer, este sim, um verdadeiro contrato de adesão a que é aplicável o regime das CCG.

O vício na formação do contrato, como incidência no seu objecto, está na adesão, por irregularidade da proposta contratual dirigida ao Autor, que não é parte no contrato de seguro (mas apenas aderente), pelo Banco, não demandado neste processo.

O Banco não só não foi diligente como incumpriu um dever legalmente imposto com repercussão no objecto do contrato quanto ao âmbito dos riscos cobertos (por eliminação de exclusão), o que conduz directamente à sua culpa na formação do contrato e responsabilidade para com os segurados (art. 227º C. Civil; cfr. acs. de 18/4/2006 e de 3/3/2009, procs. 06A818 e 09A0145)

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 – nº 4 do art. 4º cit..

Porém, aqui, não há notícia de tal acordo pelo que apenas sobre o Banco impendia esse ónus.

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.

Parece, também aqui, dever afirmar-se, acompanhando o acórdão deste Tribunal de 22/01/2009 (proc. 08B4049), também convocado pela Recorrente, que *“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 impedia esse dever”*.

4. 5. - Conclui-se, pois, respondendo à questão inicialmente enunciada, que não estando no processo o Banco responsável pela violação e não podendo a demonstrada omissão, com influência modificativa no âmbito de coberturas do contrato de seguro, ser imputada à Recorrente Seguradora, não se encontra fundamento para manter a condenação desta a pretexto de lhe estar vedado opor ao aderente a actuação ilícita e culposa do tomador do seguro e suas consequências em sede de responsabilidade.

Na verdade, divergindo, como do já expendido decorre, da argumentação vertida no acórdão recorrido, pensa-se que não é a Seguradora, mas o Banco tomador, como parte no contrato de seguro e não como intermediário ou representante da seguradora, quem tem intervenção na abertura à adesão e na admissão dos aderentes, utilizando as cláusulas contratuais gerais, constantes duma apólice, que reflecte o resultado das negociações entre duas empresas do ramo financeiro e segurador.

Procedem, assim, no essencial, as conclusões do recurso, não podendo manter-se (ao menos neste processo), a condenação da Recorrente.

5. - Decisão.

Em conformidade com o exposto, acorda-se em:

- Conceder a revista;
- Revogar o acórdão impugnado;
- Absolver, em consequência, a Ré-recorrente da condenação proferida; e,
- Condenar o Recorrido nas custas.

Lisboa, 17 Junho 2010

Alves Velho (relator)
Moreira Camilo
Urbano Dias