

Processo: 08B4049
Nº Convencional: JSTJ000
Relator: CUSTÓDIO MONTES
Descritores: SEGURO DE GRUPO
ADERENTE
DEVER DE INFORMAÇÃO
Nº do Documento: SJ200901220040497
Data do Acórdão: 22-01-2009
Votação: UNANIMIDADE
Referência de Publicação: CJUSTJ, ANO XVII, TOMO I/2009, P. 78
Texto Integral: S
Privacidade: 1
Meio Processual: REVISTA
Decisão: CONCEDIDA REVISTA
Sumário :

1. Num seguro de grupo, em que um banco celebra com uma seguradora um contrato de seguro para garantir o pagamento do crédito concedido pelo referido banco, à data da adesão, pela pessoa segura – que recorre ao crédito e adere ao seguro –, esta é terceiro relativamente ao mencionado contrato por a ele aderir, não podendo tal contrato ser qualificado como contrato a favor de terceiro.
2. O contrato em causa é apenas um e não tantos quantos os aderentes.
3. O dever de informar as cláusulas do contrato cabe ao tomador que não à seguradora, nos termos do art. 4.º do DL 176/95, de 26.7, não havendo necessidade de recorrer ao princípio da boa fé nem às cláusulas contratuais gerais para definir a quem cabe esse dever, pois não há qualquer lacuna a preencher.
4. Sendo o risco coberto, para além da morte, a invalidez absoluta definitiva, mesmo não havendo especificação do conceito dessa invalidez, o declaratório médio e medianamente sagaz, não pode deixar de entender que a mesma se refere a todo e qualquer trabalho que não apenas ao trabalho habitual do segurado.

Decisão Texto Integral:

Relatório

AA e

BB

Intentaram contra

I... B... – C... de S..., S. A

Acção declarativa de condenação sob a forma ordinária

Pedindo

A condenação desta a pagar ao Banco M... I..., S.A, ou à instituição que o represente, o capital de €24.939,89, para amortização integral do empréstimo concedido aos autores.

Alegam que solicitaram um empréstimo de 5.000.000\$00 ao Banco M... I..., S.A, e que, como condição da aprovação e concessão de tal crédito, os autores contrataram com a aqui ré um seguro de capital equivalente ao mutuado, cobrindo o risco de morte e invalidez absoluta e definitiva dos autores, sendo beneficiário a instituição concedente do mútuo.

Que, posteriormente, lhe sobreveio doença que a incapacitou total e permanente para o trabalho, ocorrendo o risco coberto.

Contestou a R. por impugnação, referindo, designadamente que a A. não padece de incapacidade absoluta permanente, para toda e qualquer profissão, com necessidade da assistência de uma terceira pessoa para a realização dos ordinários actos da vida, como previsto nas condições especiais da apólice.

Houve **réplica**.

Efectuado o julgamento, foi a acção julgada improcedente.

Os AA. **apelaram**, com sucesso, revogando-se a decisão recorrida e “*condenando-se a ré Companhia a pagar ao Banco M... I..., S.A ou à Instituição que o represente ou lhe tenha sucedido no referido contrato de mútuo e com referência à apólice de seguros em discussão nos presentes autos, o capital seguro necessário para amortização do empréstimo concedido aos*

autores, pagando, por sua vez, aos autores a totalidade dos valores por estes pagos ao mesmo Banco ou Instituição a partir da data (Junho de 2002) da concretização do risco previsto na apólice, acrescidos de juros legais, valores esses a liquidar em execução de sentença.”

É agora a R., que inconformada, pede revista, terminando as suas alegações com as seguintes

Conclusões

1. Mesmo que se entenda que a Autora integra a situação prevista no contrato de seguro, a que os autos dizem respeito, por se considerar que a mesma está absoluta e definitivamente incapacitada, nunca a Ré podia ser condenada nos termos que constam do duto acórdão recorrido e que são os seguintes: « ... condenando-se a Ré ... a pagar ao Banco M... I..., SA, ou à instituição que o represente ou lhe tenha sucedido no referido contrato de mútuo e com referência à apólice de seguros em discussão nos presentes autos, o capital seguro necessário para amortização do empréstimo concedido aos autores, pagando por sua vez aos autores a totalidade dos valores por estes pagos ao mesmo Banco ou Instituição a partir da data (Junho de 2002) da concretização do risco previsto na apólice, acrescidos de juros legais, valores esses a liquidar em execução de sentença».
2. É que tal condenação vai para além do pedido, na medida em que condena sem qualquer limite de capital - e o pedido dos Autores, quer o inicial, quer o ampliado, contém-se dentro dos limites do capital seguro (24.939,98 €).
3. Assim, foi violado o art. 661.º do CPC, pelo que o duto acórdão recorrido deve ser revogado em conformidade com o exposto.
4. Mas mesmo que assim se não entenda, sempre o duto acórdão recorrido deve ser revogado, na medida em que condena para além do capital seguro - que é de 24.939,98 €.
5. Ou seja, a condenação - tal como se encontra proferida - ultrapassa ou pode ultrapassar o montante do capital seguro e a Ré apenas se responsabilizou dentro dos respectivos limites, pelo que
6. Foram violados os arts.427º do Cód. Com. e 397.º do Cód. Civil.
7. Nunca a Ré podia ser condenada a pagar qualquer quantia ao Banco Mello Imobiliário, SA ou à instituição que o representa ou substitui - contrariamente ao que consta do duto acórdão recorrido.
8. É que tal Banco não é parte na presente acção e não formulou nenhum pedido contra a Ré, pelo que não existe nenhuma acção de tal Banco contra a Ré.
9. Assim, foram violados os arts. 264º, 268º, 669º e 672º do CPC, pelo que o duto acórdão recorrido, na parte em que condena a pagar quantia a liquidar em execução de sentença ao Banco M... I..., SA, deve ser revogado.
10. Também a Ré não pode ser condenada a pagar qualquer quantia aos Autores, na medida em que eles não são beneficiários do seguro - o único beneficiário do seguro é o Banco M... I..., SA ou a instituição que o representa ou substitui.
11. Por isso, ao condenar a Ré a pagar aos Autores quantia a liquidar em execução de sentença, foram violados os arts. 426º e 427º do Com. Com., pelo que o duto acórdão recorrido deve ser revogado.
12. Mesmo que se entenda que os Autores são beneficiários do seguro, o certo é que eles não provaram que tenham pago qualquer quantia, que confira direito a serem ressarcidos pela Ré.
13. Não foi provado o pagamento por parte dos Autores - o que constitui facto constitutivo do seu direito, pelo que
14. Não está em causa o montante indemnizatório, mas, sim, o direito à indemnização.
15. Assim, ao condenar a Ré a pagar aos Autores em quantia a liquidar em execução de sentença, o Tribunal recorrido violou os arts. 342º do Cod. Civil e ainda 659º e 661 º do CPC - donde dever ser revogado o duto acórdão em recurso.
16. Atenta a natureza e os termos do contrato de seguro, a que os autos dizem respeito, não estamos perante um contrato de adesão nos termos estabelecidos no D.L. n.º 446/85, pois que o contrato foi todo ele negociado entre duas entidades (um Banco e uma Seguradora) com a mesma capacidade económica e negocial, pelo que
17. Não existe a obrigação de comunicar nos termos referidos no referido diploma legal.

18. E se assim for, a cláusula da invalidez absoluta e definitiva é de aplicação ao contrato de seguro sub judice

19. Mas mesmo que se entenda que tal obrigação in casu existe para a Ré e de que a mesma não foi cumprida, isso apenas determina que a cláusula de invalidez absoluta e definitiva, constante desse contrato de seguro sub judice, tenha de ser integrada de acordo com o regime do art. 2390 do Cód. Civil.

20. É o que resulta do art. 90 do citado D.L. n.º 466/85.

21. E de acordo com tal normativo legal, a cláusula da invalidez definitiva e absoluta tem de ser determinada, por via da integração, em tais termos que se considere que a Autora está totalmente incapacitada para toda e qualquer actividade profissional e que a Autora não pode praticar quaisquer actos da sua vida diária.

22. A integração de tal cláusula tem de ser feita em termos tais que a mesma tenha de ser entendida como significando que o mutuário vive, mas não tem autonomia.

23. Onde, não sendo essa (felizmente) a situação da Autora, não haver lugar ao pagamento de qualquer indemnização.

24. Condenando a Ré no pagamento, aos Autores e/ou ao Banco, de quantia a liquidar em execução, o Tribunal recorrido violou o disposto no art. 9.º do D.L. n.º 466/85 e ainda nos arts. 239.º do Cód. Civil e 4260 e 427.º do Cód. Com.

Termina pedindo se conceda a revista, revogando-se a decisão recorrida e absolvendo-se a R. do pedido.

Foram oferecidas contra alegações, para pugnar pela manutenção da decisão recorrida.

Corridos os vistos legais, cumpre decidir.

Matéria de facto provada:

1. Em 1998 os autores solicitaram ao Banco Mello a concessão de um empréstimo de 5.000.000\$00 (€ 24.939,89), no âmbito imobiliário, que foi aprovado e concedido pela referida instituição bancária.

2. Como condição de aprovação e concessão desse empréstimo, os autores tiveram de contratar um seguro de vida com um capital seguro igual ao empréstimo de 5.000.000\$00 solicitado.

3. Esse seguro foi apresentado pelo próprio Banco M..., e contratado com a Companhia de S... I..., actualmente "Companhia de S... I...-B...", e consistiu na adesão dos autores a uma apólice de seguro de vida de grupo, a que correspondia o nº de apólice 2-1-09-09011906/07.

4. A "Companhia de S... I... emitiu, com data de Fevereiro de 1999, o certificado nº 3849, referente à apólice nº 2-1-09-09011906/07, em que é segurado Banco M... I..., SA, com início de adesão a 01 de Fevereiro de 1999, e válido desde 02 de Fevereiro de 1999, pelo qual declara que o autor BB se encontra abrangido como pessoa segura pela referida apólice, e que «os beneficiários constam na proposta de adesão e/ou nas condições particulares da apólice».

5. Do referido documento consta como capital da garantia base 5.000.000\$00 e como garantias complementares invalidez absoluta e definitiva por acidente e invalidez absoluta e definitiva por doença.

6. Encontra-se junto a fls. 10 dos autos o certificado individual de seguro emitido pela ré com data de 07 de Janeiro de 2003, referente ao ramo vida, apólice 11879017, certificado 09130360, sendo identificado como tomador de seguro BCP – Banco Comercial Português, e como pessoas seguras o autor e a autora, com data de início a 01 de Fevereiro de 1999 e termo a 01 de Fevereiro de 2014, sendo o capital seguro de € 22.483,12, e sendo o âmbito da cobertura o seguinte:

- cobertura principal :morte;

- cobertura complementar: invalidez absoluta definitiva, tudo conforme documento junto a fls. 10, que se dá aqui por reproduzido.

7. Encontra-se junto a fls. 7 dos autos como documento nº 2, que aqui se dá por reproduzido, o certificado individual de seguro, acta adicional, emitido pela ré, referente ao ramo vida, apólice nº 11879017, certificado nº 091303, sendo identificado como tomador de seguro BCP – Banco Comercial Português, e como pessoas seguras o autor e a autora, com início a 01 de Fevereiro de 1999 e termo a 01 de Fevereiro de 2014, sendo € 22.483,12 o capital seguro, e o âmbito de

cobertura o seguinte:

- cobertura principal: morte;
- cobertura complementar: invalidez absoluta definitiva.

8. Encontra-se junto a fls. 9 dos autos o documento denominado certificado individual de seguro, 2a via, emitido pela ré, referente ao ramo vida, apólice nº 11879017, certificado nº 09130360, sendo identificado como tomador de seguro BCP – Banco Comercial Português, como entidade pagadora o autor, como pessoas seguras o autor e a autora, com início a 01 de Fevereiro de 1999 e termo a 01 de Fevereiro de 2014, sendo € 22.483,12 o capital seguro, e o âmbito de cobertura o seguinte:

- cobertura principal: morte;
- cobertura complementar: invalidez absoluta definitiva.

9. Entre a ré, ao tempo denominada "Companhia de Seguros Império, SA, e o Banco M... I..., SA, ao tempo denominado União de Bancos P..., SA, foi celebrado em 1995 o contrato de seguro de grupo titulado pela apólice nº 090-11879/08, regido pelas condições constantes do documento de fls. 20 a 25, que aqui se dá por reproduzidas.

10. Nos termos do referido documento, era segurado e beneficiário das garantias da apólice o referido Banco M..., SA, garantindo a apólice o pagamento do montante de crédito concedido pelo referido Banco à data da adesão da pessoa segura, em caso de morte da pessoa segura, em consequência de doença ou acidente, e em caso de invalidez absoluta e definitiva, que, em caso de doença ou acidente, afecte a pessoa segura.

11. Nos termos do artigo 2º do referido documento, são considerados candidatos a pessoas seguras todos os clientes do segurado com idade máxima de 69 anos à data do início da garantia e que tenham em empréstimo de crédito à habitação pelo regime geral.

12. Nos termos do artigo 1º do documento denominado cobertura complementar de invalidez absoluta e definitiva - condições especiais, junto aos autos a fls 24 e 25, pela referida cobertura complementar a seguradora garante o pagamento do capital indicado nas condições particulares, se a pessoa segura ficar com uma incapacidade total e definitiva de praticar toda e qualquer profissão, necessitando ainda da assistência de uma terceira para os actos ordinários da sua vida.

13. Através do adicional nº 2, referente à apólice nº 09011879/08, subscrito a 28 de Maio de 1998 pelo tomador e pela Companhia de S.... I..., SA, as partes acordaram que o artigo 2º das condições particulares da referida apólice passou a ter, desde o início (05 de Junho de 1995), a redacção que consta de fls. 27, que aqui se dá por integralmente reproduzido.

14. Através do adicional nº 3, referente à apólice nº 0901189/08, subscrito a 13 de Agosto de 1999 pelo tomador do seguro e pela Companhia de S... I..., SA, as partes acordaram que o artigo 2º das condições particulares da referida apólice passou a vigorar desde o início com a redacção que consta de fls 28, que aqui se dá por integralmente reproduzido.

15. A apólice nº 2-1-09-011906/07, referida em 4, corresponde presentemente à apólice nº 11879/08, referida em 6 a 14.

16. O certificado nº 3849, referido em 4, corresponde actualmente ao certificado nº 09130360, referido em 6, 7 e 8.

17. Os autores aderiram ao contrato de seguro de vida de grupo, nos termos referidos em 3- e 4-, em Julho de 1998, através dos documentos cujas cópias constam dos autos a fls. 35, 179 e 181.

18. Foi diagnosticado à autora AA um carcinoma na mama direita ...

19. Em consequência do que a autora foi sujeita a intervenções cirúrgicas e tratamentos.

20. A autora AA foi submetida a Junta Médica pela Autoridade Regional de Saúde do Norte, Sub-Região de Saúde do Porto, que, em Junho de 2002, atribuiu à autora incapacidade permanente global de 80%.

21. A autora trabalhava como empregada de limpeza, o que lhe exigia esforço físico.

22. A autora, de forma permanente, está incapaz de exercer a profissão referida em 21.

23. A autora necessita da assistência de terceiras pessoas para realizar a lida da casa, e lavar e passar a roupa.

O direito

Nas suas conclusões **Que delimitam o objecto do seguro, arts. 684.º, 3 e 690.º, 1 e 2 do CPC.**, a recorrente suscita as seguintes

Questões

- Foi violado o art. 661.º do CPC por a condenação ir além do pedido, por condenar sem limite de capital, sendo os limites do seguro **24.939,98€**;
- A A. não pode ser condenada a pagar qualquer quantia ao Banco porque este não é parte no processo;
- Mesmo que se entenda que os AA. são os beneficiários do seguro, não se provou que eles tenham pago qualquer quantia ao Banco que lhes confira o direito a serem ressarcidos pela R.
- O contrato não é um contrato de adesão, não lhe sendo aplicáveis as normas do DL 446/85;
- Inexiste a obrigação de comunicar e informação previstas nesse diploma legal;
- Não se verifica o risco coberto pelo seguro.

Analisemos.

Começamos por nos referir, ainda que de forma perfunctória, à caracterização do contrato de seguro em apreciação nestes autos, analisando, depois, o seu conteúdo.

As instâncias começaram por analisar os factos à luz do contrato a favor de terceiro, tendo a 1.ª instância rejeitado essa qualificação e a 2.ª instância aderido a ela.

Pensamos, salvo o devido respeito, que, para se tratar de contrato a favor de terceiro, teria que haver um terceiro “a favor de quem” tivesse sido convencionada a promessa, adquirindo, então, o direito à prestação “*independentemente de aceitação*”, como prescreve o art. 444.º, 1 do CC.

Ora, nem o segurado – a A. – é terceiro, porque adere ao contrato firmado entre a R. e o Banco, nem este o é também porque é parte no contrato aberto à adesão de quem vier a contrair empréstimo à habitação, nos seus balcões.

E terceiro, nas condições definidas pela lei, só o seriam os herdeiros, no caso de se verificar o risco coberto “morte”, porque então estes, que não haviam outorgado no contrato, teriam, eventualmente, direito à prestação devida ...do eventual excesso de capital seguro sobre o montante devido ao banco....”**Calvão da Silva, RLJ, Ano 136, pág. 160.**

A R. – como seguradora – e o Banco M... I..., S.A, ao tempo denominado União de Bancos P..., S. A, celebraram o contrato de seguro de grupo titulado pela apólice referida nos autos, nos termos da qual era “*garantido o pagamento do montante do crédito concedido pelo referido banco à data da adesão da pessoa segura, em caso de morte da pessoa segura, em consequência de doença ou acidente e em caso de invalidez absoluta e definitiva que, em caso de doença ou acidente, afecte a pessoa segura*”.**N.º 10 da matéria de facto.**

A R. é, pois, a seguradora e o banco em causa o tomador do seguro, sendo ainda “*beneficiário irrevogável, até ao limite do capital seguro, do montante em dívida à data do reconhecimento pela seguradora do direito de pagamento das importâncias seguras*”**Calvão da Silva, Loc. Cit..**

Portanto, sendo o banco o beneficiário **O principal beneficiário; o segurado também o é, relativamente ao risco nele previsto, menos, o da morte, claro: nesse caso serão os seus herdeiros os beneficiários, apenas na medida em que acima se deixou dito, sendo certo que essa previsão do contrato não pode, de forma alguma, na economia do contrato, servir para o qualificar como contrato a favor de terceiro.** do seguro e sendo, ao mesmo tempo, tomador do seguro, óbvio se torna que não é terceiro, como definido no art. 444.º, 1 do CC.

Nestes casos, conhecidos como “apólices Vida Risco-Crédito Habitação”, o contrato de seguro é um contrato de seguro de grupo, celebrado entre a R., como seguradora, e o banco, como tomador do seguro, para a ele aderirem todos os que com este contratassem empréstimo-habitação, com as garantias já referidas, no caso de ocorrer o risco nele previsto, como também já se disse.

O contrato vincula a seguradora e o tomador do seguro e quem a ele aderir, aceita-o, tal como foi definido pelas partes.

Com efeito, nas definições estatuídas no DL 176/95, de 26.7, aplicável ao caso dos autos, entende-se por “*apólice – documento que titula o contrato celebrado entre o tomador do seguro*

e a seguradora, de onde constam as respectivas condições gerais, especiais, se as houver, e particularidades acordadas”.

Portanto, o aderente ao seguro terá que aceitar esse contrato nas condições gizadas pelos respectivos outorgantes – a R., como seguradora e o banco, como tomador do seguro, já que é esse o contrato de seguro relativamente ao qual ocorre a adesão, não havendo tantos contratos de seguro quantos os aderentes, como se menciona na decisão recorrida **Como se diz no Ac. do STJ de 10.5.2007, itij, proc. n.º 07B1277, “os aderentes ao seguro de grupo não são partes no contrato...”**; são **“meros aderentes, nos termos da apólice e sujeitas aos riscos que, nos termos acordados, são objecto do contrato”**; neste sentido, ver também Calvão da Silva, loc cit..

O aludido DL 176/95, visou “*estabelecer regras de transparência para a actividade seguradora e disposições relativas ao regime jurídico dos contratos de seguro*”, elencando as definições no art. 1.º e, relativamente aos seguros de grupo, o legislador, no art. 4.º definiu a quem compete o ónus de informação, não havendo necessidade de recorrer aos princípios gerais da boa fé nem às disposições contidas nas cláusulas contratuais gerais – DL 446/85, de 25.10, por haver norma expressa para o efeito.

Dispõe, de facto, tal normativo que

1. 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.

2. O ónus da prova de ter fornecido as informações referidas no número anterior compete ao tomador do seguro.

E isto só não é assim, se o contrato previr “*que a obrigação de informar os segurados referida no n.º 1 seja assumida pela seguradora*” – n.º 4 do citado normativo.

Ora, 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.

Vem demonstrado que o risco coberto pelo seguro de grupo contratado era a

Cobertura principal: morte;

Cobertura complementar: invalidez absoluta definitiva.

Por outro lado, como resulta do n.º 12 da matéria de facto, “*nos termos do artigo 1.º do documento denominado cobertura complementar de invalidez absoluta e definitiva - condições especiais, junto aos autos a fls 24 e 25, pela referida cobertura complementar a seguradora garante o pagamento do capital indicado nas condições particulares, se a pessoa segura ficar com uma incapacidade total e definitiva de praticar toda e qualquer profissão, necessitando ainda da assistência de uma terceira para os actos ordinários da sua vida*”.

Portanto, os riscos cobertos pela apólice são o risco “morte” e a “invalidez absoluta definitiva”, com a explicitação definida na matéria de facto.

(Anotar-se ainda que, mesmo que não se demonstrasse a mencionada explicitação, o risco coberto seria a “invalidez absoluta definitiva”, que, à luz dum declaratório médio e medianamente sagaz – art. 236.º do CC – não pode deixar de ser entendido como incapacidade absoluta e permanente para qualquer actividade e não apenas para o trabalho habitual da A., pois, doutro modo, ter-se-ia explicitado tal restrição).

A A. alegou que não assinou o contrato com aquela explicitação de definição de “invalidez absoluta definitiva” e a decisão recorrida, contrariamente ao entendimento vertido na sentença, considerou que a seguradora tinha o dever de informação, à luz do princípio da boa fé – art. 762.º do CC – e da defesa do direito de consumidor, mas, como vimos, a lei define a quem cabia, no caso, o dever de informar e, não cabendo à R. esse dever, mas ao tomador do seguro, não vemos como é que se pode dizer que ela não procedeu de boa fé quer no cumprimento da obrigação quer no exercício do direito correspondente, conforme determina o art. 762.º, 2 do CC.

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.

Assim, o risco coberto pelo seguro de grupo em causa era, para além da morte, o da invalidez absoluta definitiva, com a explicitação mencionada – n.º 12 da matéria de facto.

Ora, tendo sido questionado se “*a A. está totalmente incapaz de continuar a trabalhar*” – n.º 9.º da BI – e se “*tal incapacidade é permanente*” – n.º 10.º - o tribunal respondeu restritivamente a essas duas questões de forma restritiva: “*provado que a autora, de forma permanente, está incapaz de exercer a profissão referida em 7.º e 8.º*” “**A A. trabalhava como empregada de limpeza....” O tribunal baseou-se no exame médico realizado e esclarecimentos prestados, sendo certo que os peritos atribuíram à A. uma incapacidade permanente geral (IPG) fixável em 10%, esclarecendo que “as sequelas são, em termos de rebate profissional, impositivas do exercício da actividade profissional habitual, sendo. No entanto compatíveis com outras profissões da área da sua preparação técnico profissional desde que não envolvam esforços violentos com o membro superior direito”; o tribunal, no entanto, apenas de a resposta que acima se mencionou, reportada à profissão exercida pela A.**

Porque o trabalho que exercia lhe “exigia esforço físico”, “*a autora necessita da assistência de terceiras pessoas para realizar a lida da casa e lavar e passar a roupa*” – resposta restritiva aos n.º 7 e 8 da BI.

Embora não se discuta a gravidade da incapacidade de que a A. ficou a padecer, da matéria de facto resulta apenas que ela ficou incapacitada, de forma permanente, para exercer a sua profissão, mas o que não pode é dizer-se que ela ficou incapacitada total e definitivamente para praticar toda e qualquer profissão, necessitando ainda da assistência de uma terceira pessoa para “*os actos ordinários da sua vida*” **Apesar de na audiência de julgamento, ao se determinar exame medico-legal à A., se tivesse formulado o quesito 5.º: “a autora necessita da assistência de terceiras pessoas para realizar a lida da casa, e lavar e passar a roupa e demais actos ordinários da sua vida, esta última parte do quesito não foi dado como provado..**

Ora, essa matéria de facto não preenche o risco coberto pelo contrato de seguro de grupo a que a A. aderiu.

Por isso, procede o recurso, ficando prejudicadas as demais questões suscitadas pela recorrente.

Decisão

Pelo exposto, concede-se a revista, revogando-se a decisão recorrida e mantendo a decisão da 1.ª instância, absolvendo-se a R. do pedido.

Custas, aqui e nas instâncias, pelos AA.

Lisboa, 22 de Janeiro de 2009

Custódio Montes (Relator)

Mota Miranda

Alberto Sobrinho