

Processo: 6659/09.6TVLSB.L1.S1
Nº Convencional: 7ª SECÇÃO
Relator: GRANJA DA FONSECA
Descritores: CONTRATO DE SEGURO
REGIME APLICÁVEL
SEGURO DE VIDA
SEGURO FACULTATIVO
APÓLICE DE SEGURO
INTERPRETAÇÃO
BOA FÉ
CONTRATO DE ADESÃO
INCAPACIDADE
INCAPACIDADE PERMANENTE ABSOLUTA
CLÁUSULA CONTRATUAL GERAL
INVALIDADE
PRINCÍPIO DA PROPORCIONALIDADE
Data do Acórdão: 24-04-2014
Votação: UNANIMIDADE
Texto Integral: S
Privacidade: 1
Meio Processual: REVISTA
Decisão: CONCEDIDA A REVISTA

Área Temática:

**DIREITO DO CONSUMO - CLÁUSULAS CONTRATUAIS GERAIS.
DIREITO DOS SEGUROS - CONTRATO DE SEGURO / SEGURO DE VIDA .**

Doutrina:

- Almeida e Costa e Menezes Cordeiro, Cláusulas Contratuais Gerais, Anotação ao DL n.º 446/85, Coimbra, 1986, pp. 17, 39.
- Almeno de Sá, Cláusulas Contratuais Gerais e Directiva sobre Cláusulas Abusivas, pp. 261, 37 e 102 e seguintes.
- António Pinto Monteiro, Cláusulas Contratuais Gerais: da desatenção do legislador de 2001 à indispensável interpretação correctiva da lei, in Estudos de Homenagem ao Professor Doutor Heinrich Ewald Höster, 2012, pp. 141 a 150 (nota de rodapé n.º 10).
- Antunes Varela, “Das Obrigações em Geral”, 7.ª edição, pág. 262.
- Carlos Ferreira de Almeida, ..., pp. 146-147.
- Galvão Telles, Direito das Obrigações, 6.ª edição, p. 75.
- Joaquim de Sousa Ribeiro, O Problema do Contrato, as Cláusulas Contratuais Gerais e o Princípio da Liberdade Contratual, Almedina, 2003, pp. 570 e 579 583.
- José Manuel Araújo de Barros, in Cláusulas Contratuais Gerais, DL 446/85, anotado, Coimbra Editora, 2010, p. 172.
- José Vasques, Contrato de Seguro; Coimbra Editora, Coimbra, 1999, pp. 30-31, 102-110, 355.
- Moitinho de Almeida, Contratos de Seguro (Estudos) pp. 91, 97, 99; O Contrato de Seguro no Direito Português e Comparado, Livraria Sá da Costa, 1971, pp. 23-24.
- Oliveira Ascensão, Teoria Geral do Direito Civil, vol. III, p.364.
- Pedro Romano Martinez, Lei do Contrato de Seguro Anotada, Almedina, Coimbra, 2009, p. 26.

Legislação Nacional:

**LEI DA DEFESA DO CONSUMIDOR - LEI N.º 24/96, DE 31 DE JULHO: - ARTIGO 9º, N.OS 2 E 3.
REGIME JURÍDICO DAS CLÁUSULAS CONTRATUAIS GERAIS (RJCCG) - D.L. N.º 446/85, DE 25 DE OUTUBRO, COM AS ALTERAÇÕES INTRODUZIDAS PELO D.L. N.º 220/95, DE 31 DE OUTUBRO, QUE O REPUBLICOU, PELO D.L. N.º 249/99, DE 7 DE JULHO E PELO D.L. N.º 323/2001, DE 17 DE DEZEMBRO: - ARTIGOS 1.º, 2.º, 3.º, 12.º, 15.º, 16.º, 21.º, N.º1, AL. F).
REGIME JURÍDICO DO CONTRATO DE SEGURO, APROVADO PELO DL N.º 72/2008, DE 16 DE ABRIL: - ARTIGOS 2.º, N.ºS1 E 2, 4.º.
TABELA NACIONAL DE INCAPACIDADES - D.L. N.º 341/93, DE 30-09, ALTERADO PELO D.L. N.º 352/2007, DE 23-10.**

Legislação Comunitária:

DIRECTIVA N.º 93/13/CEE, DO CONSELHO, DE 5 DE ABRIL: - ARTIGO 3.º, N.º 1.

Jurisprudência Nacional:

**ACÓRDÃO DO SUPREMO TRIBUNAL DE JUSTIÇA:
-DE 7/10/2010, IN WWW.DGSI.PT .**

Sumário :

I - Ao contrato de seguro celebrado em 16-02-2004 e cujo sinistro ocorra antes de 01-01-2009, não é aplicável o regime do DL n.º 72/2008, de 16-04 (artigo 2.º, n.º 2).

II - O contrato de seguro é um contrato bilateral, oneroso, aleatório, de mera administração, consensual, formal, de execução continuada, típico, de boa-fé e de adesão, já que em regra uma das partes se limita a aderir aos termos que lhe são propostos, não ajustando o teor do contrato.

III - Enquanto contrato de adesão, as cláusulas que integram as denominadas condições gerais da apólice nos contratos de seguro são de qualificar como cláusulas contratuais gerais, nos termos previstos nos artigos 1.º, 2.º e 3.º do DL n.º 446/85, alterado pelo DL n.º 220/95, de 31-08, e pelo DL n.º 224/99, de 07-07.

IV - Se de acordo com as condições especiais da apólice – artigo 2.º, alínea a) – o conceito de invalidez total e permanente, é preenchido, logo que se verifiquem simultaneamente os requisitos enunciados no n.º 2 do artigo 3.º das ditas condições especiais – *haverá de corresponder a um grau de desvalorização igual ou superior a 60%, de acordo com a Tabela Nacional de Incapacidades por acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais, em vigor à data da emissão da apólice, contanto que seja precedida de uma incapacidade absoluta (completa impossibilidade física, clinicamente comprovada, de exercer ou ocupação principal) e durar mais de 180 dias consecutivas, e reconhecida instituição de Segurança Social pela qual a pessoa segura se encontre abrangida, ou pelo Tribunal de Trabalho ou por uma Junta Médica, visando-se, desse modo, que o reconhecimento seja feito por médicos que ofereçam, além da sua competência, a sua imparcialidade, dada a natureza das funções que desempenham, sem dependências da pessoa segura ou da seguradora* – a cláusula que faz depender o reconhecimento da situação de invalidez total e permanente também, por um médico da seguradora, sem intervenção de um médico da família do segurado, favorece excessiva e desproporcionadamente a posição da Seguradora, predisponente.

V - Este desequilíbrio contratual em detrimento do aderente infringe o princípio da boa-fé e altera as regras respeitantes à distribuição do risco, o que determina, por ser proibida, a nulidade da referida cláusula (artigos 15.º, 21.º, alínea f), e 12.º, todos da LCCG).

Decisão Texto Integral:

Acordam no Supremo Tribunal de Justiça

1.

AA intentou a presente acção declarativa de condenação, com processo ordinário, contra BB, pedindo a condenação da ré a pagar-

lhe a quantia de € 52.000, acrescida de juros vencidos, desde a data da participação da autora à ré e vincendos até integral pagamento.

Fundamentando a sua pretensão, alegou, em síntese, que autora e ré celebraram, no dia 16 de Fevereiro de 2004, com efeitos desde 1/02/2004, contrato de seguro, em que a primeira figurava como tomadora e pessoa segura e a segunda como seguradora, com o capital seguro de € 52.000.

A autora encontrava-se obrigada a efectuar o pagamento do prémio anual, no montante de € 213,72 e o seguro garantia o pagamento do capital contratado, em caso de morte da autora ou se, em consequência de doença ou acidente, esta ficasse em estado de invalidez total e permanente, para todo o trabalho, durante o período de vigência do contrato.

De harmonia com as condições especiais do contrato de seguro de vida referido, no que concerne à cobertura complementar de invalidez total e permanente, esta é caracterizada como: "Situação em que, em consequência de doença ou acidente, a pessoa segura fique total e definitivamente incapaz de exercer qualquer profissão compatível com os seus conhecimentos".

Por meio desta cobertura complementar (de acordo com o artigo 3º, nº 3.2), a Ré garantia o pagamento antecipado do capital seguro em caso de incapacidade permanente da Autora, desde que verificados cumulativamente os seguintes requisitos:

- "a) - Ser clinicamente constatada, com fundamento em elementos objectivos, por um médico da Seguradora, não sendo possível esperar qualquer melhoria do estado de saúde da pessoa segura;
- b) - Corresponder a um grau de desvalorização igual ou superior a 60%, de acordo com a Tabela Nacional de Incapacidade por Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais, em vigor à data da emissão da apólice;
- c) - Ser reconhecida previamente pela Instituição de Segurança Social pela qual a pessoa segura se encontra abrangida, pelo Tribunal de Trabalho ou por uma Junta Médica;
- d) - Ser precedida de uma incapacidade absoluta (completa impossibilidade física, clinicamente comprovada, de exercer a sua actividade ou ocupação principal) e durar mais de 180 dias consecutivos".

A autora sempre efectuou, pontualmente, o pagamento do prémio, mas esta deparou-se inesperadamente com uma doença que a afectou profundamente e, em Maio de 2008, decorridos mais de 4 anos desde a data de celebração do contrato de seguro em apreço, foi-lhe diagnosticado um Tumor da Mama direita e esvaziamento da axila

direita, concluindo a Médica Especialista, Dr.^a CC, pela verificação de um carcinoma ductal invasivo com 1 cm.

Face à gravidade da doença, a autora foi, no dia 31/05/2008, submetida a uma cirurgia, ("TUMORECTOMIA + CELULO-LÍNFADECTOMIA AXILAR HORMOLATERAL, por carcinoma ductal invasivo da mama direita"), conforme informação clínica prestada pelo cirurgião, Dr. DD.

Em 3 de Novembro de 2008, o Ministério da Saúde (Lisboa e Vale do Tejo), no âmbito de Junta Médica, atribuiu à autora uma incapacidade permanente global de 68%, de acordo com a Tabela Nacional de Incapacidades prevista no DL 341/93 de 30/09, alterado pelo DL 352/2007 de 23/10, certificando o estado de invalidez da autora.

Pela doença de que padece, ficou totalmente incapacitada para exercer a sua actividade profissional de contabilista, limitando-se a dar esparsas indicações e instruções de casa aos colaboradores da sociedade, da qual é sócia, utilizando para o efeito o telefone e o estado de saúde da autora agrava-se de dia para dia, não sendo expectável que haja melhoras.

A autora comunicou à ré toda a situação inerente à sua condição de invalidez, pugnando pelo pagamento, por antecipação, do capital seguro, o que a ré lhe negou, por carta de 12/05/2009.

Toda a medicação prescrita à autora no início da doença, provoca-lhe dores constantes e danos irreversíveis, nomeadamente, na parte inferior do corpo, situação esta que tenderá a agravar-se com o decurso dos anos.

O motivo determinante da contratação pela autora foi a de que, em caso de incapacidade de ganho, lhe valesse o seguro, sendo que, com a doença e tratamentos subsequentes de que foi vítima, a autora encontra-se totalmente incapaz de obter o ganho que vinha obtendo por força de qualquer relação laboral ou actividade profissional remunerada e não se vislumbram possibilidades, de acordo com os conhecimentos actuais de medicina, de esperar uma melhoria do estado de saúde, pela continuação do tratamento médico aplicável.

A autora perdeu a capacidade de ganho com que contou para a celebração do contrato de seguro, padece de uma doença incurável e foi - lhe fixado um grau de invalidez permanente de 68%.

A ré contestou, alegando, em síntese, que o pagamento do capital seguro não é devido, por não se verificarem os requisitos de que as condições especiais (complementar de invalidez total e permanente) do contrato de seguro de vida fazem depender o reconhecimento da invalidez.

A cobertura complementar de invalidez total e permanente subscrita

pela autora rege-se pelo disposto nas condições gerais, especiais (temporário anual renovável) e especiais (complementar de invalidez total e permanente).

A cobertura complementar de invalidez total e permanente garante, por antecipação, o pagamento do capital seguro em caso de morte, ou seja, do montante de € 52.000 se a pessoa segura, aqui autora, ficar em situação de invalidez total e permanente, por motivo de doença ou acidente.

Para efeitos da cobertura complementar de invalidez total e permanente, entende-se por invalidez total e permanente a situação em que, em consequência de doença ou acidente, a pessoa segura fique total e definitivamente incapaz de exercer qualquer profissão compatível com os seus conhecimentos e aptidões.

Nos termos e para os efeitos do disposto no artigo 3.2 das condições especiais (complementar de invalidez total e permanente), para que seja reconhecida a invalidez total e permanente é necessário que se verifiquem cumulativamente os seguintes requisitos:

- "a) - Ser clinicamente constatada, com fundamento em elementos objectivos, por um médico da Seguradora, não sendo possível esperar qualquer melhoria do estado de saúde da pessoa segura;
- b) - Corresponder a um grau de desvalorização igual ou superior a 60%, de acordo com a Tabela Nacional de Incapacidades por Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais, em vigor data da emissão da apólice;
- c) - Ser reconhecida previamente pela Instituição da Segurança Social pela qual a pessoa segura se encontra abrangida, pelo Tribunal de Trabalho, ou por uma Junta Médica;
- d) - Ser precedida de uma incapacidade absoluta (completa impossibilidade física, clinicamente comprovada, de exercer a sua profissão ou ocupação profissional) e durar mais de 180 dias consecutivos, sendo esse período alargado para dois anos, nos casos de alienação mental ou perturbações psíquicas".

Ao abrigo do disposto no artigo 7 das condições especiais (complementar de invalidez total e permanente), sobre a pessoa segura e aqui autora, impende:

- (i) - O ónus de declarar à Seguradora a doença ou acidente e fazer prova do carácter definitivo do seu estado de invalidez total e permanente;
- (ii) - Uma vez consolidada e clinicamente comprovada a invalidez total e permanente, o ónus de apresentar reclamação junto da Seguradora, acompanhada de relatório médico;

(iii) - A obrigação de fazer os exames que o médico designado pela seguradora entenda necessários para comprovação da invalidez total e permanente e autorizar o seu médico assistente, ou qualquer outro que a tenha examinado, a prestar à seguradora todas as informações necessárias.

A 21 de Abril de 2009, deu entrada na BB a participação de sinistro efectuada pela autora, na qual se indica doença, como causa de sinistro.

No dia seguinte, a BB remeteu uma carta à autora, na qual solicitava que se deslocasse aos seus escritórios para realização um exame médico, onde deveria apresentar os exames médicos já efectuados relacionados com a situação clínica em questão e considerando a avaliação clínica efectuada. A ré remeteu à autora carta, datada de 12 de Maio de 2009, na qual conclui que "a situação clínica de que V Exc^a padece não configura uma invalidez conforme definição do complementar de invalidez total e permanente da apólice, porque:

1 - O grau de invalidez atribuído no atestado multiuso não é definitivo, já que vai ser reavaliada em 2013;

2 - O atestado multiuso destina-se apenas a benefícios fiscais;

3 – V^a Exc^a encontra-se actualmente no desempenho da sua actividade profissional. Neste contexto, informamos V^a Exc^a que não haverá lugar ao pagamento de qualquer valor de indemnização, pelo que vamos encerrar o respectivo processo de sinistro".

Por não se encontrarem preenchidos os requisitos previstos no artigo 3.2 das condições especiais (complementar de invalidez total e permanente), para que fosse reconhecida a invalidez total e permanente, porquanto a invalidez total e permanente não foi clinicamente constatada por médico da Seguradora, tendo este último recusado a validade do sinistro, com o fundamento de que seria expectável uma melhoria do estado de saúde da autora, porquanto a doença oncológica de que padece deverá passar do estado agudo, para crónico, com a consequente melhoria do estado de saúde da autora.

Nos termos do artigo 4º do Decreto-Lei nº 202/96, de 23 de Outubro, a Junta Médica apenas deverá indicar data de novo exame, quando o grau de incapacidade arbitrado for susceptível de variação futura, atestado que apenas se destina à obtenção dos seguintes benefícios:

(i) à importação de veículos automóveis; (ii) à aquisição ou construção de casa para habitação; (iii) ao imposto sobre veículos; (iv) ao dístico de estacionamento de veículos; (v) subsídio de renda de casa; (vi) ao abono de família a descendente; (vii) ao abono complementar a crianças e jovens deficientes; (viii) às contribuições devidas pela entidade patronal à segurança social; (ix) ao subsídio mensal vitalício; (x) à assistência a terceira pessoa; (xi) ao imposto

sobre o rendimento de pessoa singular; (xii) ao depósito bancário.

No caso, considerando que a autora padece de um "tumor maligno sem metastização ou com invasão ganglionar regional", a tendência é precisamente para que o grau de desvalorização diminua.

Por outro lado, não foi comprovado pela autora que a sua (pretensa) invalidez total e permanente tenha sido precedida de uma incapacidade absoluta, tal como se encontra definida no artigo 3.2 das condições especiais

Conclui, pedindo a sua absolvição dos pedidos formulados.

Instruído o processo, realizou-se a audiência de discussão e julgamento, tendo, oportunamente, sido proferida a sentença que, julgando a acção improcedente, absolveu, em consequência, a ré dos pedidos.

Inconformada, a autora recorreu para o Tribunal da Relação de Lisboa que, por acórdão de 9/04/2013, na improcedência do recurso, confirmou a sentença, embora com voto de vencido.

De novo inconformada, recorreu de revista para o Supremo Tribunal de Justiça, finalizando as alegações com as seguintes conclusões:

1ª - Por ter voto de vencido é admissível a presente revista.

2ª - Em sede de esclarecimento (artigo 669º, n.ºs 1 e 3 por força do artigo 716º todos do CPC) entende a recorrente que a Relação conclui de forma contrária ao que invoca e alega em sede de matéria fáctica.

3ª - A fls. 18 do Acórdão recorrido, são transcritos depoimentos - não infirmados por outros - de pessoas que conhecem, e conheciam, a autora/recorrente e que esclareceram claramente as graves e sérias limitações da sua vida por ocorrência oncológica;

4ª - Apesar destas transcrições e aparente tomada em consideração do que foi aí vazado pelo Tribunal "a quo", vem julgar não verificado que a autora/recorrente esteja impedida de fazer qualquer actividade.

5ª - Obnubilando que tal não seria exigível pois, em termos contratuais, é equiparável a 100% de invalidade a que seja de 60% ou mais, isto é;

6ª - A conclusão do Tribunal "a quo" a fls. 20 é contraditória com o que se transcreve a fls. 18 do Acórdão, contradição essa que deve ser esclarecida.

7ª - Está provado e é facto assente que autora e ré celebraram um contrato de seguro com início em 1 de Fevereiro de 2004.

8ª - Esse contrato tem uma cobertura complementar de invalidez total e permanente caracterizada como "situação em que a pessoa segura

fique total e definitivamente incapaz de exercer qualquer profissão compatível com os seus conhecimentos".

9ª - Ou seja, e designadamente, aquela profissão que exerce à data em que celebrou o contrato.

10ª - Segundo a cláusula 3.2 do Contrato celebrado, aceite pelo Acórdão da Relação de Lisboa, a verificação da invalidez total e permanente ficaria dependente do reconhecimento clínico pelo médico da Seguradora.

11ª - Por via dessa cobertura, a ré Companhia de Seguros garantia o pagamento antecipado do capital seguro em incapacidade permanente da autora, desde que verificados cumulativamente os seguintes requisitos:

a) - Ser a dita incapacidade clinicamente constatada, por um médico da Seguradora, não sendo possível esperar qualquer melhoria do estado de saúde.

b) - Corresponder a um grau de desvalorização igual ou superior a 60% (equiparando-se esta à total).

12ª - No caso em apreço foi atribuído à autora pela Junta Médica do I. S. S. Lisboa e Vale do Tejo um grau de incapacidade de 68% de acordo com a tabela nacional de incapacidades prevista pelo DL 34/93 de 30 de Setembro, alterado pelo DL 352/2007 de 23 de Outubro "atestado médico de incapacidade multiuso".

13ª - O Acórdão não valorou correctamente a prova produzida, havendo como já se referiu, ambiguidade da decisão (artigo 669º, nº 1, alínea a) CPC) no que tange ao grau de incapacidade da recorrente.

14ª - Acresce que a cláusula contratual que faz depender o reconhecimento da situação de invalidez total e permanente, para além da sua declaração prévia pela Junta Médica do I. S. S., da sua validação por um médico da própria Seguradora, é manifestamente abusiva e por isso nula e de nenhum efeito - como bem decidiu o Exc.^{mo} Desembargador vencido;

15ª - Na medida em que coloca na inteira disponibilidade de uma das partes contratantes o cumprimento das obrigações contratuais assumidas.

16ª - Não pode ser a Seguradora, através do seu médico, a validar ou não a situação de invalidez do segurado.

17ª - Quando a própria Segurança Social já a reconheceu e declarou com todas as consequências, designadamente a atribuição da pensão de reforma por invalidez.

18ª - Sendo nula a cláusula, subsiste obviamente a obrigação de

cumprimento do contrato por parte da Seguradora, com o devido pagamento da indemnização pedida.

19ª - Nesta conformidade, deve declarar-se a nulidade da cláusula 3.2 do Contrato de Seguro celebrado.

A ré/recorrida contra – alegou, defendendo a confirmação do acórdão recorrido.

Em resultado das conclusões 2ª a 6ª, foram os autos remetidos ao Tribunal da Relação para pronúncia quanto ao peticionado esclarecimento requerido pela autora.

O Tribunal da Relação, conforme acórdão de fls. 381 a 389, decidiu nada mais haver a esclarecer e, consequentemente, manteve o decidido.

Colhidos os vistos legais, cumpre decidir:

2.

As instâncias consideraram provados os seguintes factos:

1º - Em 16 Fevereiro de 2004, a ré, na qualidade de seguradora, celebrou com a autora, na qualidade de tomador de seguro e pessoa segura, um acordo, denominado «CONTRATO SEGURO VIDA TEMPORÁRIO ANUAL RENOVÁVEL», titulado pela apólice nº ..., nos termos a que se referem os documentos n.ºs 1 a 4 juntos com petição inicial, cujo teor aqui se dá por integralmente reproduzido (alínea A).

2º - A autora encontrava-se obrigada a efectuar o pagamento do prémio anual no montante de € 213,72 conforme condições particulares, do referido acordo, o qual efectuou (alínea B).

3º - O seguro em questão garantia o pagamento do capital contratado de € 52,000, em caso de morte da autora ou de invalidez total e permanente, de acordo com o estipulado nas condições gerais, especiais e particulares e do referido acordo (alínea C).

4º - O acordo referido em 1) foi celebrado pelo período de um ano, com início a 1 de Fevereiro de 2004, sendo renovável automaticamente por iguais períodos, se não fosse denunciado pelas partes, com a antecedência de dois meses em relação ao termo do prazo, excepto quando haja lugar a um pagamento decorrente de sinistro, caso em que a apólice se tornará inválida e ineficaz (alínea D).

5º - Aquando da apresentação da proposta de seguro, a autora estabeleceu uma cláusula beneficiária a seu favor, caso o capital seguro seja pago em vida da autora e uma cláusula beneficiária a favor dos seus filhos, caso o capital seguro seja pago por morte da

autora (alínea E).

6º - O artigo 2.9 das condições gerais do acordo referido em 1) tem, nomeadamente, a seguinte redacção:

«A apólice é constituída pelos seguintes documentos, que dela fazem parte integrante:

As condições gerais estabelecidas no presente documento e as condições especiais próprias da modalidade de seguro e das coberturas complementares subscritas. As condições particulares que, tendo por base a proposta de seguro, enunciam todos os elementos individuais necessários à celebração do contrato. As actas adicionais eventualmente emitidas» (alínea F).

7º - A cobertura complementar de invalidez total e permanente subscrita pela autora junto da ré rege-se pelo disposto nas condições gerais, especiais (temporário anual renovável) e especiais (complementar de invalidez total e permanente), nos termos artigo 1.2, destas últimas (doc. 4, junto à petição inicial e cujo teor aqui se dá por integralmente reproduzido) (alínea G).

8º - De harmonia com as condições especiais do contrato seguro de vida referido, no que concerne à cobertura complementar de Invalidez Total e Permanente (artigo 2º, alínea a) sob a epígrafe «definições») esta é caracterizada como: *«INVALIDEZ TOTAL E PERMANENTE situação em que, em consequência de doença ou acidente, a pessoa segura fique total e definitivamente incapaz de exercer qualquer profissão compatível com os seus conhecimentos e aptidões»* (doc. 4 junto à petição inicial e cujo teor aqui se dá por integralmente reproduzido) (alínea H).

9º - Nos termos do artigo 7º das condições especiais (complementar de invalidez total e permanente), sobre a pessoa segura pende:

(i) - O ónus de declarar à Seguradora, e aqui ré, a doença ou invalidez e fazer prova do carácter definitivo do seu estado de invalidez total e permanente;

(ii) - Uma vez consolidada e clinicamente comprovada a invalidez total e permanente, o ónus de apresentar reclamação junto da Seguradora, acompanhada de relatório médico;

(iii) - A obrigação de fazer os exames que o médico designado pela seguradora entenda necessários para comprovação da invalidez total e permanente e autorizar o seu médico assistente, ou qualquer outro que a tenha examinado, a prestar à seguradora todas as informações necessárias (doc. 4, junto à petição inicial e cujo teor aqui se dá por integralmente reproduzido) (alínea I).

10º - Por meio desta cobertura complementar (de acordo com o artigo

3.2 das condições especiais complementar de invalidez total e permanente) a ré garantia o pagamento antecipado do capital seguro em caso de incapacidade permanente da autora, desde que verificados cumulativamente os seguintes requisitos:

- «a) - Ser clinicamente constatada, com fundamento em elementos objectivos, por um médico da Seguradora, não sendo possível esperar qualquer melhoria do estado de saúde da pessoa segura;*
- b) - Corresponder a um grau de desvalorização igual ou superior a 60%, de acordo com a Tabela Nacional de Incapacidade por Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais, em vigor à data da emissão da apólice;*
- c) - Ser reconhecida previamente pela Instituição de Segurança Social pela qual a pessoa segura se encontra abrangida, pelo Tribunal de Trabalho ou por uma Junta Médica;*
- d) - Ser precedida de uma capacidade absoluta (completa impossibilidade clinicamente comprovada, de exercer a sua actividade ou ocupação principal);*
- e) - Durar mais de 180 dias consecutivos, sendo esse período alargado para dois anos, nos casos de alienação mental ou perturbações psíquicas» (doc. nº 4, junto à petição inicial cujo teor aqui se dá por integralmente reproduzido) (alínea J).*

11º - A autora deparou-se inesperadamente com uma doença, em Maio de 2008, decorridos mais de 4 anos desde a data de celebração do acordo referido em A), tendo-lhe sido diagnosticado um tumor da mama direita e esvaziamento da axila direita, concluindo a Médica Especialista, Dr.^a CC, pela verificação de um «*Carcinoma ductal invasivo com 1 cm*», conforme atestado que constitui o documento nº 5 junto com a petição inicial e cujo teor aqui se dá por integralmente reproduzido (alínea L).

12º - Face à gravidade da doença, a autora foi, no dia 31/05/2008, submetida a uma cirurgia "*TUMORECTOMIA + CELULO-LINFADECTOMIA AXILAR HORMOLATERAL, por carcinoma ductal invasivo da mama direita*", conforme informação clínica prestada pelo cirurgião Dr. DD, que constitui documento nº 6, junto com a petição inicial e cujo teor aqui se dá por integralmente reproduzido (alínea M).

13º - Em 3 de Novembro de 2008, o Ministério da Saúde (Lisboa e Vale do Tejo), no âmbito de Junta Médica, atribuiu à autora uma incapacidade permanente global de 68%, de acordo com a Tabela Nacional de Incapacidades prevista no DL 341/93 de 30.9, alterado pelo DL 352/2007 de 23.10, conforme documento nº 7, intitulado «ATESTADO MÉDICO DE INCAPACIDADE MULTIUSO», junto com a petição inicial, cujo teor aqui se dá por integralmente

reproduzido (alínea N).

14º - No documento referido em 13) consta nomeadamente escrito o seguinte: *«Apresenta deficiências, conforme quadro seguinte, que de acordo com a Tabela Nacional de Incapacidades (...) lhe conferem uma Incapacidade permanente global de 68% (sessenta e oito por cento) desde Maio 2008, susceptível de reavaliação ao fim de 5 (cinco) anos (...))»* (alínea O).

15º - A 21 de Abril de 2009, deu entrada na BB participação de sinistro efectuada pela autora, na qual se indica doença, como causa de sinistro (doc. 2, junto com a contestação e cujo teor aqui se por integralmente reproduzido) (alínea P).

16º - A 22 de Abril de 2009, a ré remeteu uma carta à autora na qual solicitava que se deslocasse aos seus escritórios para realização de um exame médico onde deveria apresentar os exames médicos já efectuados relacionados com a situação clínica em questão (doc. 3, junto com a contestação e cujo teor aqui se dá por integralmente reproduzido) (alínea Q).

17º - O exame médico referido em 16) teve lugar no dia 5 de Maio de 2009 (doc. 4, junto com a contestação e cujo teor aqui se dá por integralmente reproduzido) (alínea R).

18º - Na sequência do exame médico referido em 16 foi efectuada avaliação clínica que concluiu pela não validade do sinistro, nos seguintes termos:

«Em 31/05/06 - Tumorectomia à direita + esvaziamento axilar no H. Particular de Lisboa/Dr. DD. Posteriormente, QT (6 sessões) e RT (30 sessões) H.S.Maria. Terminou no 1º terço Janeiro. Actualmente, com terapia hormonal Tamoxifeno 5 anos. Mantém vigilância no H.S.Maria /Prof. EE. Mantém algumas queixas com edema ao nível da mão sem edema do membro. Retomou a actividade a partir de Julho de 08. Ex. Objectivo: Uma manga no m.s.d. para drenagem linfática sem edema» (doc. 4, junto com a contestação e cujo teor aqui se dá por integralmente reproduzido) (alínea S).

19º - A ré remeteu então à autora uma carta, datada de 12 de Maio de 200 a na qual conclui:

«A situação clínica de que Vª Excª padece não configura uma Invalidez conforme definição do Complementar de invalidez Total e Permanente da apólice, porque:

1 - O grau de invalidez atribuído no atestado multiuso não é definitivo, já que vai ser reavaliada em 2013;

2 – O atestado multiuso destina-se apenas a benefícios fiscais;

3 - Vª Excª encontra-se actualmente no desempenho da sua

actividade profissional e neste contexto, informamos V^a Exc^a que não haverá lugar ao pagamento de qualquer valor de indemnização, pelo que vamos encerrar o respectivo processo de sinistro» (Cfr. doc. 8 junto com a petição inicial e cujo teor aqui se por integralmente reproduzido) (alínea T).

20º - Da Circular Normativa nº 03/ASN, da Direcção Geral de Saúde, consta escrito, nomeadamente, o seguinte:

«B - TUMOR MALIGNO SEM METASTIZAÇÃO OU COM INVASÃO GANGLIONAR REGIONAL.

B.1 -Até 5 (cinco) anos da data de diagnóstico - 60% de desvalorização total Cap. XVI - IV - nº 3 (0,26 - 0,60).

B.2 - Após 5 anos da data de diagnóstico, regime de vigilância clínica e sem evidenciar sintomatologia ou lesões.

Desvalorizar como doença oncológica crónica atribuindo uma incapacidade tendencialmente para valor mínimo do Intervalo 0,10 m 0,25 (previsto na TNI / Cap. XVI nº 2), à qual devem ser acrescidas as disfunções consequentes do tratamento do tumor maligno» (alínea U).

21º - A autora queixa-se de dores (resposta dada ao quesito 6º).

22º - A doença oncológica de que padece a autora é incurável, sendo expectável que, não havendo recidiva, passe de estado agudo para crónico (resposta aos quesitos 8º e 10º).

23º - A autora padece de um tumor maligno sem metastização ou com invasão ganglionar regional (resposta dada ao quesito 11º).

3.

Atendendo às conclusões da recorrente que afinal delimitam o objecto do recurso, salvo as de conhecimento oficioso, as questões a abordar são as seguintes:

1ª – A problemática do Contrato de Seguro;

2ª – Relação jurídica firmada pelas partes;

3ª - Se o sinistro se enquadra nas garantias compreendidas no contrato de seguro dos autos;

4ª – Se a cláusula consubstanciada na alínea a) do artigo 3.2. será nula por abusiva;

5ª – Se a ré deve ser condenada a pagar à autora os valores peticionados.

4.

4.1.

A problemática do Contrato de Seguro:

O regime do contrato de seguro achava-se, até há pouco, contido nos artigos 425º e seguintes do Código Comercial, encontrando-se diversos aspectos regulados em diplomas avulsos atinentes à actividade seguradora, merecendo particular destaque, no que ao contrato e ao consumidor de seguros respeita, o Decreto-Lei n.º 176/95, de 28 de Julho.

Entretanto, entrou em vigor o Regime Jurídico do Contrato de Seguro, aprovado pelo DL n.º 72/2008, de 16 de Abril, o qual se aplica aos contratos de seguro celebrados após a entrada em vigor deste diploma, assim como ao conteúdo de contratos de seguro celebrados anteriormente que subsistam à data da sua entrada em vigor, com as especificidades dos artigos seguintes (artigo 2º, n.º 1).

Nos termos do n.º 2 do mesmo artigo 2º, este regime jurídico não se aplica aos sinistros ocorridos entre a data da entrada em vigor do referido diploma (1/01/2009) e a data da sua aplicação ao contrato de seguro em causa.

O legislador não definiu o contrato de seguro, deixando ao intérprete a tarefa de deduzir esse conceito a partir dos seus elementos integradores.

Moitinho de Almeida, depois de recordar a definição do artigo 1538º do Código Civil de 1867 e de registar diversas noções doutrinárias e legais estrangeiras, identifica os elementos essenciais que do seu ponto de vista caracterizam o contrato de seguro, para deles extrair a seguinte definição:

O contrato de seguro é “aquele em que uma das partes, o segurador, compensando segundo as leis da estatística um conjunto de riscos por ele assumidos, se obriga, mediante o pagamento de uma soma determinada a, no caso de realização de um risco, indemnizar o segurado pelos prejuízos sofridos, ou, tratando-se de evento relativo à pessoa humana, entregar um capital ou renda ao segurado ou a terceiro, dentro dos limites convencionalmente estabelecidos, ou a dispensar o pagamento dos prémios tratando-se de pretensão a realizar em data determinada^[1]”.

A partir do seu enquadramento nas categorias e classificações doutrinárias, “o contrato de seguro é normalmente caracterizado como bilateral, oneroso, aleatório, de mera administração, consensual, formal, de execução continuada, de adesão, típico e de boa-fé^[2]”.

Não olvidando os demais aspectos do contrato de seguro, importará salientar que a lei impõe que o mesmo deve ser reduzido a escrito num documento, que constituirá a apólice (proémio do artigo 426º do

Código Comercial). A lei impõe, assim, a forma escrita, que é um requisito ad substantiam, dependendo por isso a sua validade da redução a escrito do “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 particulares acordadas^[3]”, ou seja, da apólice.

É um contrato de adesão.

Os contratos de adesão são aqueles cujas cláusulas contratuais gerais foram elaboradas sem prévia negociação individual, e que proponentes ou destinatários indeterminados se limitam a subscrever ou aceitar.

Por isso mesmo, uma característica central do contrato de seguro é ser ele considerado um contrato de adesão, porque uma das partes se limita a aderir aos termos que lhe são propostos, não ajustando as partes todos os termos do contrato.

É, pois, a Seguradora quem estabelece as cláusulas a que o contrato de seguro há-de obedecer, vertendo-as na respectiva apólice e a que o interessado se subordinará, caso queira aderir à sua subscrição.

O facto de as cláusulas serem predispostas por apenas uma das partes não afasta o carácter contratual, não havendo distinção, sob esse ponto de vista, entre a adesão e a aceitação em qualquer outro tipo de contrato.

Tratando-se, como se trata, de um negócio formal, o contrato de seguro é essencialmente regulado pelas disposições particulares e gerais constantes da respectiva apólice, não proibidas por lei, e na sua falta ou insuficiência pelas disposições aplicáveis da LCS, ou na falta de previsão destas, pela aplicação dos regimes gerais previstos no Código Comercial (artigo 427º) e no Código Civil (vide artigo 4º da LCS).

4.2.

Relação jurídica firmada entre as partes:

Atendendo aos factos considerados provados, constata-se que, em 16 de Fevereiro de 2004, a Ré, na qualidade de seguradora, celebrou com a autora, na qualidade de tomador de seguro e pessoa segura, um acordo, denominado «*CONTRATO DE SEGURO DE VIDA TEMPORÁRIO ANUAL RENOVÁVEL*», titulado pela apólice nº ..., nos termos a que se referem os documentos n.ºs 1 a 4 juntos com a petição inicial.

Por via de tal acordo, a autora vinculou-se a efectuar o pagamento do prémio anual no montante de € 213,72, conforme condições particulares, do referido acordo (pagamento que efectuou) e a ré

obrigou-se a garantir o pagamento do capital contratado, de € 52.000, ou em caso de morte da Autora ou em caso de invalidez total e permanente, de acordo com o estipulado nas condições gerais, especiais e particulares do referido acordo.

Tal acordo foi celebrado pelo período de um ano, com início a 1 de Fevereiro de 2004, sendo renovável automaticamente por iguais períodos, se não fosse denunciado pelas partes, com a antecedência de dois meses em relação ao termo do prazo, excepto quando haja lugar a um pagamento decorrente de sinistro, caso em que a apólice se tornará inválida e ineficaz.

Aquando da apresentação da proposta de seguro, a Autora estabeleceu uma cláusula beneficiária a seu favor, caso o capital seguro fosse pago em vida desta, e uma cláusula beneficiária a favor dos seus filhos, caso o capital seguro fosse pago por morte da mesma.

Aceite que o contrato de seguro é aquele pelo qual uma pessoa se obriga, mediante o pagamento, por outra, de determinado prémio, a indemnizá-la ou a terceiro pelos prejuízos decorrentes da verificação de certo evento de risco, é inequívoco que estamos perante um contrato de seguro, mais concretamente de um contrato de seguro do ramo vida, porquanto o segurador cobre a morte ou a sobrevivência da pessoa segura, se verificadas as respectivas cláusulas.

Aliás, neste ponto, não há qualquer dissenso entre a autora e a ré relativamente à caracterização do contrato em questão, que rege as relações entre ambas, como contrato de seguro.

Anote-se que, tendo ocorrido o sinistro ainda antes da entrada em vigor do diploma que aprovou o regime jurídico dos contratos de seguro, acima referido, este não é aplicável ao caso dos autos, nos termos definidos no citado n.º 2 do artigo 2º do Decreto – Lei n.º 72/2008^[4], de 16 de Abril, pelo que há a considerar o regime legal precedentemente em vigor.

4.3.

Se o «sinistro» se enquadra ou não nas garantias compreendidas no contrato de seguro dos autos.

Considerou a sentença, a que o acórdão recorrido deu acolhimento, que não estão reunidas todas as condições especiais acordadas entre as partes para que a Autora, enquanto tomadora do seguro em causa, possa receber o capital previsto na apólice em caso de invalidez total e permanente.

Com esta decisão não se conforma a Autora, importando então apurar se a situação objecto da participação do sinistro em causa determina (ou não) que a ré satisfaça à autora o valor do capital objecto do seguro contratado.

Analizando:

De acordo com as condições particulares da apólice, encontrava-se garantida pelo seguro, nomeadamente, a cobertura complementar de invalidez total e permanente (cfr. documento de fls. 21).

Para efeito da referida cobertura complementar, o artigo 2º das condições especiais da referida apólice elenca várias definições, entendendo-se por:

- a) - INVALIDEZ TOTAL E PERMANENTE - Situação em que, em consequência de doença ou acidente, a pessoa segura fique total e definitivamente incapaz de exercer qualquer profissão compatível com os seus conhecimentos e aptidões.
- b) – DOENÇA – Qualquer alteração do estado de saúde da Pessoa Segura diagnosticada e confirmada por um médico.
- c) – ACIDENTE – Acontecimento súbito, anormal e fortuito, decorrente de causa exterior e alheia à vontade da Pessoa Segura, que nela provoque lesões corporais.
- d) – MÉDICO – Todo o licenciado em Medicina, inscrito na Ordem dos Médicos, excluindo a Pessoa Segura ou qualquer membro da sua família.

Estabelece, por sua vez, o artigo 3º das mesmas condições especiais, com a epígrafe garantias:

(...).

3.2 - É condição necessária e suficiente para o reconhecimento da invalidez a verificação simultânea dos seguintes requisitos:

- a) - Ser clinicamente constatada, com fundamento em elementos objectivos, por um médico da Seguradora, não sendo possível esperar qualquer melhoria do estado de saúde da pessoa segura;
- b) - Corresponder a um grau de desvalorização igual ou superior a 60%, de acordo com a Tabela Nacional de Incapacidade por Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais, em vigor à data da emissão da apólice;
- c) - Ser reconhecida previamente pela Instituição de Segurança Social pela qual a pessoa segura se encontra abrangida, pelo Tribunal de Trabalho ou por uma Junta Médica;
- d) - Ser precedida de uma incapacidade absoluta (completa impossibilidade física, clinicamente comprovada, de exercer a sua actividade ou ocupação principal) e durar mais de 180 dias consecutivos, sendo esse período alargado para dois anos, nos casos de alienação mental ou perturbações psíquicas.

3.3. - Sempre que não seja possível definir com precisão o coeficiente de desvalorização, será considerada em estado de Invalidez Total e

Permanente a pessoa que, em consequência de doença ou acidente, fique incapaz de exercer qualquer ocupação remunerada.

3.4. - Ao fixar-se o grau de desvalorização proveniente de acidente serão tomadas em consideração as deficiências de que a pessoa segura já era portadora em qualquer membro ou órgão, correspondendo aquele à diferença entre a invalidez já existente e a que passou a existir.

Por seu turno, nos termos do artigo 7º das condições especiais (complementar de invalidez total e permanente), sobre a pessoa segura impende:

(i) - O ónus de declarar à Seguradora a doença ou acidente e de fazer prova do carácter definitivo do seu estado de invalidez total e permanente;

(ii) - Uma vez consolidada e clinicamente comprovada a invalidez total e permanente, o ónus de apresentar reclamação junto da Seguradora, acompanhada de relatório médico;

(iii) - A obrigação de fazer os exames que o médico designado pela seguradora entenda necessários para comprovação da invalidez total e permanente e autorizar o seu médico assistente, ou qualquer outro que a tenha examinado, a prestar à seguradora todas as informações necessárias.

Tomando em conta os factos provados, a autora deparou-se inesperadamente com uma doença e, em Maio de 2008, foi-lhe diagnosticado um tumor da mama direita e esvaziamento da axila direita, concluindo a Médica Especialista, Dr.^a CC, pela verificação de um Carcinoma ductal invasivo com 1 cm.

Face à gravidade da doença, a Autora foi, no dia 31/05/2008, submetida a uma cirurgia - "TUMORECTOMIA + CELULO-LINFADECTOMIA AXILAR HORMOLATERAL, por CARCINOMA DUCTAL INVASIVO da MAMA DIREITA", conforme informação Clínica prestada pelo Cirurgião Prof. DD.

Na sequência, em 3 de Novembro de 2008, o Ministério da Saúde (Lisboa e Vale do Tejo), no âmbito de Junta Médica, atribuiu à Autora uma incapacidade permanente global de 68%, de acordo com a Tabela Nacional de Incapacidades prevista no DL 341/93 de 30/09, alterado pelo DL 352/2007 de 23/10, aí constando referido:

«...Apresenta deficiências, conforme quadro seguinte, que de acordo com a Tabela Nacional de Incapacidades (...) lhe conferem uma incapacidade permanente global de 68% (sessenta e oito por cento) desde Maio 2008, susceptível de reavaliação ao fim de 5 (cinco) anos.

A 21 de Abril de 2009, a autora participou "sinistro" à ré indicando como causa justificativa doença.

A 22 de Abril de 2009, a ré remeteu uma carta à Autora, na qual solicitava que se deslocasse aos seus escritórios para realização um exame médico, onde deveria apresentar os exames médicos já efectuados relacionados com a situação clínica em questão, vindo o exame a ter lugar em 5 de Maio de 2009 e, na sequência deste, foi efectuada avaliação clínica - que concluiu pela não validade do sinistro - nos seguintes termos:

"Em 31.05.08 - Tumorectomia à direita # esvaziamento axilar no H Particular de Lisboa - Dr. DD. Posteriormente, OT (6 secções) e RT (30 sessões) H.S.Maria. Terminou no 1º terço de Janeiro. Actualmente, com terapia hormonal Tamoxifeno 5 anos. Mantém vigilância no H.S.M/ Prof. EE. Mantém algumas quebras com edema ao nível da mão sem edema do membro. Retomou a actividade a partir de Julho de 08. Ex. Objectivo: Uma manga no m.s.d para drenagem linfática sem edema".

A ré remeteu então à autora uma carta, datada de 12 de Maio de 2009, na qual conclui pela não verificação das condições de cobertura, por entender que a situação clínica da autora (não configura uma Invalidez conforme definição do Complementar de Invalidez Total e Permanente da apólice, porque:

«1-O grau de invalidez atribuído no atestado multiuso não é definitivo, já que vai ser reavaliada em 2013;

2 - O atestado multiuso destina-se apenas a benefícios fiscais;

3 - V Exc^a encontra-se actualmente no desempenho da sua actividade profissional»).

Na actualidade, apurou-se que a autora se queixa de dores, que a doença oncológica de que padece a autora é incurável, sendo expectável que, não havendo recidiva, passe de estado agudo para crónico, tendo um *"tumor maligno sem metastização ou com invasão ganglionar regional"*.

Perante estes factos, considerou a sentença, com acolhimento maioritário do acórdão recorrido, pois houve um voto de vencido, que a situação de incapacidade da autora não se enquadra no conceito contratual de invalidez total.

Começando, por salientar que muito embora, ao contrário do que foi pugnado pela ré, se mostre verificado o requisito da alínea b) do artigo 3.2 das condições especiais da apólice, “pois, na realidade, por tal previsão contratual, apenas se exige a verificação de um grau de desvalorização igual ou superior a 60%”, também se encontra preenchido o requisito enunciado na alínea c) correspondente, pois que esse grau de desvalorização foi atestado e reconhecido em junta médica.

Uma vez que nada se exige sobre a «qualidade» ou «peso» do reconhecimento que se faça da incapacidade correspondente, considera a sentença que pode, claramente, ser admitido, também para efeitos de apresentação à ré, o vulgarmente conhecido «atestado de incapacidade multiuso», pois, de contrário, estar-se-ia a admitir a possibilidade de a ré, unilateralmente, efectuar uma estipulação não contratualmente gizada.

“Mas, não obstante”, continua, “certo é que o médico da ré - cujo procedimento, diagnóstico e avaliação não foi, aliás, contestado pela autora, (como poderia ter sido nos expressos termos previstos no artigo 7º das condições especiais da apólice, pela autora - avaliou clinicamente a autora considerando que «o sinistro deve considerar-se não válido» (cfr. documento de fls. 87).

“Assim, não demonstrado está, logo, o requisito - um dos quatro cumulativamente exigidos nos termos da apólice de seguro - consignado na alínea a) do artigo 3.2. das condições especiais da apólice”.

“Mas”, acrescenta, “ainda que se considerasse que a autora estava em situação de *«invalidéz»*, (notando-se que é apenas este o conceito que as várias alíneas do artigo 3.2. das condições especiais da apólice visam concretizar), não ficou demonstrado que a mesma tenha ficado, em face da doença de que padece, *«total e definitivamente incapaz de exercer qualquer profissão compatível com os seus conhecimentos e aptidões»*.

“Com efeito, as questões constantes dos artigos 1º) a 4º) da base instrutória colocadas a respeito desta matéria receberam resposta negativa, não se tendo demonstrado, pois, sequer a total incapacitação da autora para a sua actividade profissional”.

E, assim, conclui que “o sinistro verificado - a reforma de invalidez do autor, originada pelas doenças supra referidas -, não tem cobertura pelas garantias definidas na apólice”.

Salvo o devido respeito, cremos que a sentença, confirmada embora nos moldes sobreditos pelo Tribunal da Relação, não terá feito uma correcta interpretação das cláusulas contratuais, acima referidas, insertas no artigo 3º das condições especiais.

Embora a alínea a) do artigo 2º das condições especiais da apólice defina o conceito de invalidez total e permanente, esse conceito é preenchido, logo que se verifiquem simultaneamente os requisitos enunciados no n.º 2 do artigo 3º das ditas condições especiais e serão esses requisitos que a segurada estará obrigada a demonstrar.

Assim, a incapacidade da pessoa segura haverá de corresponder a um grau de desvalorização igual ou superior a 60%, de acordo com a Tabela Nacional de Incapacidades por acidentes de Trabalho e

Doenças Profissionais, em vigor à data da emissão da apólice, contanto que seja precedida de uma incapacidade absoluta (completa impossibilidade física, clinicamente comprovada, de exercer ou ocupação principal) e durar mais de 180 dias consecutivas.

E essa incapacidade terá de ser reconhecida pela Instituição de Segurança Social pela qual a pessoa segura se encontre abrangida, ou pelo Tribunal de Trabalho ou por uma Junta Médica, visando-se, desse modo, que o reconhecimento seja feito por médicos que ofereçam, além da sua competência, a sua imparcialidade, dada a natureza das funções que desempenham, sem dependências da pessoa segura ou da seguradora.

4.4.

Se a cláusula da alínea a) do n.º 2 do artigo 3º das condições especiais da apólice deverá ser considerada nula por abusiva.

A recorrente, escudando-se no voto de vencido, considera que é manifestamente abusiva e, por isso, nula a mencionada cláusula contratual que faz depender o reconhecimento da situação de invalidez total e permanente, para além da validação prévia pela Junta Médica do Instituto da Segurança Social, da sua posterior validação / confirmação por um médico da própria seguradora.

A recorrente alicerça essa nulidade na violação do regime das cláusulas contratuais gerais, mais concretamente nos artigos 15º e 21º, alínea f) do Decreto – Lei 446/85, de 25 de Outubro.

Vejamos:

A disciplina das cláusulas contratuais gerais (LCCG) impõe a observância de requisitos formais e materiais, conformes com os princípios da boa-fé, da proibição do abuso do direito e da protecção da parte mais fraca, funcionando como guardião da protecção de quem as utiliza como destinatário.

E o afloramento destes princípios estão espelhados nos seus artigos 15º e 16º, onde como princípio geral se consideram proibidas as cláusulas contratuais gerais contrárias à boa-fé, sendo que, na sua aplicação se devem ponderar os valores fundamentais do direito, especialmente, a confiança suscitada, nas partes, pelo sentido global das cláusulas em causa, pelo processo de formação do contrato singular celebrado, pelo teor e ainda por quaisquer outros elementos atendíveis, bem como ainda, o objectivo que as partes visam atingir negocialmente, procurando-se a sua efectivação à luz do tipo de contrato utilizado.

A par daquele princípio geral, importa considerar o disposto nos artigos 17º e seguintes, quanto às proibições absolutas e relativas, mais concretamente, no que para o caso concreto importa, o disposto

no artigo 21º, alínea f) do citado diploma, onde se considera que “são em absoluto proibidas, designadamente, as cláusulas contratuais gerais que (...) alterem as regras respeitantes à distribuição do risco”.

Do exposto resulta que são duas as questões que importa resolver: A primeira é a de saber se a cláusula em questão é contrária ao princípio da boa-fé e a segunda é a de saber se aquela cláusula altera as regras respeitantes à distribuição do risco, pois que, a verificar-se alguma dessas situações, a cláusula será nula (artigo 12º da LCCG).

Quanto à primeira questão, defende a Seguradora que o artigo 3.2 das condições especiais não é contrário ao princípio da boa – fé, porquanto o contrato de seguro em apreço nos autos e melhor identificado na alínea A) da matéria de facto assente, foi celebrado ao abrigo da autonomia privada, sabendo a recorrente em que termos se verificaria cada uma das coberturas compreendidas naquela contrato de seguro.

Parece poder depreender-se desta argumentação que a Seguradora começa por questionar se as cláusulas constantes das condições gerais e das condições especiais da apólice constituirão verdadeiramente cláusulas contratuais gerais, submetidas, nessa medida, ao regime jurídico do DL n.º 446/85, de 25 de Outubro.

Vejamos:

Às chamadas cláusulas contratuais gerais aplica-se o DL 446/85, de 25 de Outubro, com as alterações introduzidas pelo DL 220/95, de 31 de Outubro, que o republicou, pelo DL 249/99, de 7 de Julho e pelo DL nº 323/2001, de 17 de Dezembro.

São cláusulas contratuais gerais, de acordo com a definição proposta pelo artigo 1º do sobredito diploma legal, aquelas que são elaboradas sem prévia negociação individual, que proponentes ou destinatários indeterminados se limitem, respectivamente, a subscrever ou a aceitar, e aquelas que são inseridas em contratos individualizados, mas cujo conteúdo previamente elaborado o destinatário não pode influenciar.

Com base neste preceito e em fontes doutrinárias, as cláusulas contratuais gerais têm sido caracterizadas em função de três elementos cumulativos: pré – elaboração, indeterminação e rigidez^[5]. Parece todavia mais rigoroso atribuir-lhe apenas as duas características seguintes: predisposição unilateral e generalidade^[6].

“A rigidez (no sentido de inalterabilidade, de mera possibilidade de aceitação ou de recusa das cláusulas em bloco) não constitui requisito jurídico essencial, mas sim uma característica tendencial, embora com elevada probabilidade fáctica. Conforme resulta do artigo 7º, o aderente pode provocar a eliminação ou a modificação de alguma ou

de algumas cláusulas, prevalecendo aquelas que tenham sido especialmente negociadas, sem afastar, quanto às restantes, a natureza e o regime legal próprios das cláusulas contratuais gerais”.

“Predisposição unilateral inclui a ideia de pré – elaboração, isto é, de elaboração anterior ao contrato, mas completa-a com mais duas ideias: a iniciativa da elaboração (ou de adopção de cláusulas elaboradas por outrem – cfr. artigo 2º, in fine) é unilateral, porque cabe apenas a uma das partes, sem prévia negociação com a outra^[7] e é programada quanto à intenção de inserir tais cláusulas em futuros contratos”.

“A preferência por generalidade (em vez de indeterminação) justifica-se como meio de afastar a ideia de que o instituto exige indeterminação do número e da identidade de potenciais contraentes. A indeterminação a que se refere o texto português deve ser interpretada de modo a bastar-se com a «multiplicidade» dos contraentes potenciais e a sua indiferenciação no que respeita ao recorte e à negociação prévia do clausulado contratual”.

“Podem assim definir-se cláusulas contratuais gerais como proposições destinadas à inserção numa multiplicidade de contratos, na totalidade dos quais se prevê a participação como contraente da entidade que, para o efeito, as pré – elaborou ou adoptou”.

A Directiva n.º 93/13/CEE, do Conselho, de 5 de Abril, relativa a cláusulas abusivas nos contratos celebrados com consumidores tem por objectivo cláusulas contratuais que não tenham sido objecto de negociação individual (artigo 3º, n.º 1), independentemente de essas cláusulas merecerem ou não a qualificação de cláusulas contratuais gerais. A Directiva comunitária aplica-se portanto a todos os contratos de adesão (desde que celebrados com consumidores), abrangendo não só contratos padronizados através de cláusulas contratuais gerais como também contratos individualizados contendo cláusulas especificamente concebidas por uma das partes para aplicação em determinado contrato.

O controlo de cláusulas abusivas em contratos de adesão celebrados com consumidores, mesmo que individualizados, passou a integrar o sistema jurídico português pelo menos a partir da entrada em vigor da segunda Lei da Defesa do Consumidor (Lei n.º 24/96, de 31 de Julho) que, no artigo 9º, n.ºs 2 e 3, sujeita ao “regime das cláusulas contratuais gerais” a proibição de incluir, em contratos singulares pré – elaborados, cláusulas que originem significativo desequilíbrio em detrimento do consumidor^[8].

A transposição completa da Directiva far-se-ia mais tarde por alteração complementar ao diploma legal que, até então, dispunha sobre cláusulas contratuais gerais.

Daí, conforme resulta do preâmbulo do DL n.º 224/99, de 7 de Julho, o aditamento do preceito que foi integrado como n.º 2 do artigo 1º do DL 446/85:

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

Resulta do que se deixou dito que os contratos em que um dos contraentes, não tendo a menor participação na preparação das respectivas cláusulas, se limita a aceitar o texto que o outro contraente oferece, em massa, ao público interessado, designam-se de contratos de adesão^[9], os quais costumam ser caracterizados por uma defesa exaustiva dos interesses do emitente, e um desinteresse marcado pelo que respeita ao aderente^[10].

Tais contratos contêm por via de regra “cláusulas preparadas genericamente para valerem em relação a todos os contratos singulares de certo tipo que venham a ser celebrados nos moldes próprios dos chamados contratos de adesão”^[11], designadas de cláusulas contratuais gerais, sujeitando-as ao regime do DL n.º 446/85, de 25-10^[12], comunmente designado de RJCCG – artigo 1º, n.º 1.

Como se referiu, uma característica central do contrato de seguro é ser ele considerado um contrato de adesão, porque uma das partes se limita a aderir aos termos que lhe são propostos, não ajustando as partes todos os termos do contrato.

Aliás, “as cláusulas abusivas são normalmente associadas ao contrato de adesão e ao contrato de seguro. Esta associação fica a dever-se ao facto de o contrato de seguro ser, provavelmente, o mais antigo contrato de adesão, a comportar uma extensa enunciação de condições, frequentemente redigidas e impressas de forma que dificulta a sua legibilidade e compreensão^[13]”.

Assim, se decidiu no acórdão do STJ de 7/10/2010, disponível em www.dgsi.pt, que o regime das cláusulas contratuais gerais é aplicável aos contratos de seguro. O controlo prévio do clausulado nos seguros por banda do Instituto de Seguros de Portugal não subtrai o contrato de seguro ao regime das cláusulas contratuais gerais.

Resulta do exposto que o contrato celebrado assume-se como um verdadeiro contrato de adesão, já que as suas cláusulas foram elaboradas sem prévia negociação individual e que proponentes ou destinatários se limitaram a subscrever, o que nos remete para o regime das cláusulas contratuais gerais e assim para a apreciação da validade das concretas cláusulas insertas no contrato sub judice, designadamente, a que faz depender a concessão da indemnização

contratada do reconhecimento pelo próprio médico da seguradora da situação de incapacidade.

E a cláusula em questão afrontará o princípio da boa – fé?

No citado DL 446/85, dá-se particular importância às chamadas cláusulas abusivas, pretendendo-se evitar que os proponentes fiquem sujeitos a empresas em situação de força no mercado, que facilmente se podem fazer valer da sua posição dominante para inserir cláusulas abusivas nos contratos que celebram.

As cláusulas abusivas caracterizam-se por a sua aplicação (i) resultar numa limitação ou supressão de obrigações a cargo predisponente, com alteração da relação de equivalência; (ii) favorecer excessiva ou desproporcionadamente a posição contratual do predisponente e prejudicar inequitativa e danosamente a do aderente; (iii) implicar uma incompatibilidade com os princípios legais essenciais^[14].

Teve, pois, o legislador como objectivo central a proibição absoluta ou relativa de cláusulas injustas, inconvenientes ou inadequadas.

Como princípio geral, e de acordo com o artigo 15º do sobredito decreto-lei, são proibidas as cláusulas contrárias á boa-fé.

E o artigo 16º do mesmo diploma concretiza:

“Na aplicação da norma anterior devem ponderar-se os valores fundamentais do direito relevantes em face da situação considerada e, especialmente:

a) – A confiança suscitada, nas partes, pelo sentido global das cláusulas contratuais em causa, pelo processo de formação do contrato singular celebrado, pelo teor deste e ainda por quaisquer outros elementos atendíveis;

b) – O objectivo que as partes visam atingir negocialmente, procurando-se a sua efectivação à luz do tipo de contrato utilizado”.

A boa-fé tida em vista neste diploma é a boa-fé objectiva, exprimindo um princípio normativo que não fornece ao julgador uma regra apta a aplicação imediata, mas apenas uma proposta ou plano de disciplina, “ficando aberta deste modo a possibilidade de atingir todas as situações carecidas de uma intervenção postulada por exigências fundamentais de justiça^[15]”.

Assim, quem tem o poder de pré-estabelecer os termos dos negócios jurídicos na área onde exerce a sua actividade, antecipadamente à própria determinação da contraparte, deve sopesar também os interesses previsíveis dos aderentes, em ordem a atingir um equilíbrio para cuja avaliação as soluções dispositivas ou supletivas constituem um padrão de referência^[16].

Deste modo, poder-se-á concluir que uma cláusula contratual que não tenha sido objecto de negociação individual é considerada abusiva quando, a despeito da exigência de boa-fé, der origem a um desequilíbrio significativo em detrimento do consumidor, entre os direitos e obrigações das partes decorrentes do contrato. Ou seja, "uma cláusula será contrária à boa-fé se a confiança depositada pela contra parte contratual naquele que a predispôs for defraudada em virtude de, da análise comparativa dos interesses de ambos os contraentes, resultar para o predisponente uma vantagem injustificável^[17]".

Escreve, a este propósito, Almeno de Sá^[18]:

"A consecução de um adequado equilíbrio contratual de interesses aparece como o objectivo último desse controlo, objectivo que seguramente não será atingido se o utilizador procurar garantir, de antemão, os seus exclusivos propósitos negociais, sem atender, de forma minimamente adequada, aos interesses da parte contrária. O imperativo do respeito pelo interesse do outro flui directamente da própria intencionalidade que atravessa o princípio da boa-fé, pelo que somos assim levados à necessidade de um" ponderação de interesses. (...) Nesta ponderação, haverá de concluir-se por um" violação do escopo da norma singular de proibição, se a composição de direitos e deveres resultantes da conformação do contrato, considerado no seu todo, e tendo em conta o quadro negocial padronizado, não corresponder "à medida" do equilíbrio, pressuposto pela ordem jurídica, verificando-se, ao invés, uma desrazoável perturbação desse equilíbrio, em detrimento da contraparte do utilizador (...) Torna-se manifesto que, nesta contraposição de interesses igualmente legítimos, está naturalmente reservado um lugar de destaque para o princípio da proporcionalidade, numa incessante sopesagem e comparação de vantagens, custos, compensações e riscos".

Saliente-se que o controlo da natureza abusiva de uma cláusula deve ser feito em concreto, considerando-se quaisquer elementos atendíveis, que incluem as circunstâncias que rodearam a celebração do contrato, importando ter em consideração, na apreciação do desequilíbrio das prestações gravemente atentatório da boa-fé, todas as circunstâncias que envolvem o contrato, que devem ser apreciadas objectivamente, na perspectiva de um observador razoável e com referência, não ao momento da celebração do contrato, mas daquele em que é feita valer a nulidade da cláusula. Sendo, ainda, certo que, na apreciação da natureza abusiva de uma cláusula, se deve ponderar a finalidade do contrato, e, assim, quando em resultado de tais cláusulas, de exclusão ou limitativas, a cobertura fique aquém daquilo que o tomador ou o segurado pudessem de boa-fé contar, tais cláusulas devem considerar-se nulas^[19].

Como atrás se disse, no contrato de seguro em análise foi estipulada

uma cláusula segundo a qual para a atribuição da indemnização contratada em caso de invalidez total ou permanente essa invalidez terá de ser reconhecida por médico da seguradora.

Com efeito, face ao disposto no artigo 3.2 das cláusulas especiais, para que a invalidez total e permanente se verifique, não bastam, nos termos da apólice, os três requisitos atrás especificados cuja verificação ficou demonstrada e comprovada nas instâncias, não merecendo oposição das partes.

Nos termos da apólice, é ainda indispensável a verificação cumulativa do requisito consubstanciado na alínea a) desse artigo 3.2 das cláusulas especiais.

Ou seja, a pessoa segura, depois de consolidada e clinicamente comprovada a invalidez total e permanente, tem o ónus de apresentar reclamação junto da Seguradora, acompanhada de relatório médico, (vide artigo 7.3), para que o médico da seguradora constate, com fundamento em elementos objectivos, que não será possível esperar qualquer melhoria do estado de saúde da pessoa segura, confirmando ou infirmando, se assim o entender, a decisão da Junta Médica, ou do Tribunal de Trabalho, ou da Segurança Social.

Ou seja, o relatório médico, onde se descreva com pormenor a data de início, evolução, causas e natureza da invalidez, bem como qual a conclusão clínica, que a segurada teve de obrigatoriamente apresentar à Junta Médica, para que esta emitisse a sua decisão, terá de ser novamente apresentado perante o médico da seguradora, pois a este compete, em suma, analisar se, segundo o seu critério, a Junta Médica decidiu bem ou mal e confirmar ou infirmar essa a decisão, se assim o entender.

Em contrapartida, nenhum médico que seja membro da família do segurado poderá intervir na apreciação da incapacidade deste, conforme resulta da definição de médico que o artigo 2º das condições especiais oferece.

E é precisamente esta cláusula que, em nosso entender, se assume contrária à boa-fé, por implicar um desequilíbrio desproporcionado e, a final, uma penalização gravosa para a autora.

Na verdade, conhecedora da existência de um contrato de seguro de que era beneficiária, designadamente em caso de invalidez total e permanente, a autora adquiriu a confiança de que, caso se viesse a encontrar em tal situação, teria direito a receber a indemnização contratada. Pode, por isso, afirmar-se que a confiança depositada pela autora no referido contrato de seguro foi defraudada, sendo que da análise comparativa dos interesses de ambos os contraentes resulta para a seguradora uma vantagem injustificável, já que lhe compete decidir se o beneficiário seguro está ou não em condições de

efectivamente receber a indemnização contratada, o que se reveste de um certo arbítrio, acabando a mesma por assumir o papel de juiz em causa própria.

Entende-se, assim, desproporcionada esta cláusula contratual que faz depender o reconhecimento da situação de invalidez total e permanente, depois da sua confirmação pela Junta Médica da Segurança Social, da sua validação por um médico da própria Seguradora, colocando na inteira disponibilidade de uma das partes contratantes o cumprimento das obrigações contratuais assumidas.

Não pode ser a Seguradora, através do seu médico, a validar ou não a situação de invalidez do segurado, quando a própria Segurança Social já a reconheceu e declarou com todas as consequências, designadamente a atribuição de reforma por invalidez.

Não oferece, pois, qualquer dúvida que esta cláusula contratual favorece excessiva ou desproporcionadamente a posição contratual do predisponente e prejudica inequitativa e danosamente a do aderente.

Entende-se, por isso, em suma, que a referida cláusula, inserta na cláusula da alínea a) do n.º 2 do artigo 3º das condições especiais da apólice, dado este significativo desequilíbrio, é abusiva nos termos dos artigos 15º e 16º do DL 446/85, de 25 de Outubro, ficando a cobertura do contrato de seguro, aquém daquilo que o autor podia de boa-fé contar, tendo em consideração o objecto e a finalidade do acordo firmado.

E, sendo abusiva, terá de ser declarada a sua nulidade, nos termos gerais do direito, subsistindo obviamente a obrigação de cumprimento por parte da Seguradora.

Ao contrário do entendimento da Recorrida, a Circular Normativa transposta para a alínea U da matéria de facto assente não terá o mérito que se lhe pretende emprestar.

A Seguradora entra em contradição, quando com apoio nessa Circular defende, por um lado, que “apenas se poderá aquilatar da incapacidade da recorrente, decorridos cinco anos a partir da data de diagnóstico, em regime de vigilância clínica e sem evidenciar sintomatologia ou lesões”, e, por outro lado, não questiona o procedimento da Junta Médica nem, em parte alguma, refere que a reclamação da autora tenha sido intempestiva, sendo certo que, em conformidade com artigo 7.2 das condições especiais, a reclamação perante a Seguradora só poderá ser efectuada, depois de consolidada e clinicamente comprovada pela Junta Médica, ou pelo Tribunal de Trabalho, ou pela Segurança Social, a invalidez total e permanente por que a pessoa segura se encontra afectada, bastando, nos termos da alínea c) do artigo 3.2, que seja “precedida de uma incapacidade absoluta (completa impossibilidade física, clinicamente comprovada,

de exercer a sua profissão ou ocupação principal) e durar mais de 180 dias.

Verificada a nulidade da cláusula citada por ser abusiva nos termos dos artigos 15º e 16º do DL 446/85, de 25 de Outubro, fica prejudicada a segunda questão acima equacionada: a eventual alteração das regras respeitantes à distribuição do risco por aquela cláusula.

4.5.

Se a ré deve ser condenada a pagar à autora os valores peticionados.

Sendo nula a referida cláusula, é condição necessária e suficiente para o reconhecimento da invalidez, tal como se encontra definida na alínea a) do artigo 2º das condições especiais da apólice, a verificação cumulativa dos requisitos consagrados nas alíneas b), c) e d) do n.º 2 do artigo 3º, porquanto foi possível definir com precisão pela Junta Médica o coeficiente de desvalorização (vide artigo 3.3).

Verificados tais requisitos, como se demonstrou, tendo presentes as considerações antes produzidas, não pode deixar de obter procedência o pedido de condenação da ré seguradora a pagar à autora o valor do capital seguro (e dos juros peticionados).

5.

Concluindo:

I - Ao contrato de seguro celebrado em 16-02-2004 e cujo sinistro ocorra antes de 1-01-2009, não é aplicável o regime do DL n.º 72/2008, de 16-04 (artigo 2º, n.º 2).

II - O contrato de seguro é um contrato bilateral, oneroso, aleatório, de mera administração, consensual, formal, de execução continuada, típico, de boa - fé e de adesão, já que em regra uma das partes se limita a aderir aos termos que lhe são propostos, não ajustando o teor do contrato.

III - Enquanto contrato de adesão, as cláusulas que integram as denominadas condições gerais da apólice nos contratos de seguro são de qualificar como cláusulas contratuais gerais, nos termos previstos nos artigos 1.º, 2.º e 3.º do DL n.º 446/85, alterado pelo DL n.º 220/95, de 31-08, e pelo DL n.º 224/99, de 07-07.

IV - Se de acordo com as condições especiais da apólice – artigo 2.º, alínea a) – o conceito de invalidez total e permanente, é preenchido, logo que se verifiquem simultaneamente os requisitos enunciados no n.º 2 do artigo 3.º das ditas condições especiais – *haverá de corresponder a um grau de desvalorização igual ou superior a 60%, de acordo com a Tabela Nacional de Incapacidades por acidentes de*

Trabalho e Doenças Profissionais, em vigor à data da emissão da apólice, contanto que seja precedida de uma incapacidade absoluta (completa impossibilidade física, clinicamente comprovada, de exercer ou ocupação principal) e durar mais de 180 dias consecutivas, e reconhecida instituição de Segurança Social pela qual a pessoa segura se encontre abrangida, ou pelo Tribunal de Trabalho ou por uma Junta Médica, visando-se, desse modo, que o reconhecimento seja feito por médicos que ofereçam, além da sua competência, a sua imparcialidade, dada a natureza das funções que desempenham, sem dependências da pessoa segura ou da seguradora – a cláusula que faz depender o reconhecimento da situação de invalidez total e permanente também, por um médico da seguradora, sem intervenção de um médico da família do segurado, favorece excessiva e desproporcionadamente a posição da Seguradora, predisponente.

V - Este desequilíbrio contratual em detrimento do aderente infringe o princípio da boa-fé, o que determina, por ser proibida, a nulidade da referida cláusula (artigos 15º e 12º, todos da LCCG).

6

Pelo exposto, concedendo a revista, revoga-se o acórdão recorrido, considerando-se a acção procedente por provada e, em consequência, decide-se:

- a) – Condenar a Ré a pagar à Autora a quantia de € 52.000 (cinquenta e dois mil euros), correspondente ao capital em dívida;
- b) – Condenar a Ré a pagar à Autora juros vencidos e vincendos, desde a data da participação da Autora à Ré até integral pagamento;
- c) – Custas do recurso e nas instâncias a cargo da ré.

Lisboa, 24 de Abril de 2014

Granja da Fonseca (Relator)

Silva Gonçalves

Pires da Rosa

[1] Moitinho de Almeida, O contrato de Seguro no Direito Português e Comparado, Livraria Sá da Costa, 1971, página 23-24.

[2] José Vasques, Contrato de Seguro, página 102-110.

[3] Condições gerais são as que se aplicam a todos os contratos de seguro de um mesmo ramo ou modalidade. Condições especiais são as que, completando ou especificando as condições gerais, são de aplicação generalizada a determinados contratos de seguro do mesmo tipo. Condições particulares são as que se destinam a responder em cada caso às circunstâncias específicas do risco a cobrir (vide José Vasques, Contrato de Seguro; Coimbra Editora, Coimbra, 1999, páginas 30-31).

[4] Vide Pedro Romano Martinez, Lei do Contrato de Seguro Anotada, Almedina, Coimbra, 2009, página 26.

- [5] Ver Almeida e Costa e Menezes Cordeiro, *Cláusulas Contratuais Gerais*, Anotação ao DL n.º 446/85, Coimbra, 1986, página 17.
- [6] Carlos Ferreira de Almeida, *Obra Citada*, página 146-147.
- [7] O que se presume, salvo prova em contrário, nos termos do artigo 1º, n.º 3 (aditado, como n.º 2, na redacção de 1995)
- [8] Vide Almeno de Sá, *Cláusulas Contratuais Gerais*, página 37 e 102 e seguintes.
- [9] Antunes Varella, “Das Obrigações em Geral”, 7.ª edição, pág. 262.
- [10] Oliveira Ascensão, *Teoria Geral do Direito Civil*, vol. III, pág.364.
- [11] Galvão Telles, *Direito das Obrigações*, 6.ª edição, página 75.
- [12] Diploma que foi modificado, a fim de ficar em conformidade plena com a Directiva 93/13/CE, do Conselho, de 5 de Abril de 1993, pelo DL n.º 220/95, de 31-08, e pelo DL nº 249/99, de 7/07, e para o qual se consideram efectuadas as demais remissões sem menção expressa de origem.
- No sentido da aplicação do regime instituído pelo DL n.º 446/85 a todos os contratos de adesão, cf. António Pinto Monteiro, *Cláusulas Contratuais Gerais: da desatenção do legislador de 2001 à indispensável interpretação correctiva da lei*, in Estudos de Homenagem ao Professor Doutor Heinrich Ewald Höster, 2012, páginas 141 a 150 (nota de rodapé n.º 10).
- [13] José Vasques, *Contrato de Seguro*, página 355.
- [14] José Vasques, *Contrato de Seguro*, página 355.
- [15] Mário Júlio de Almeida e Costa e António Menezes Cordeiro, in *Cláusulas Contratuais Gerais*, anotação ao DL n.º 446/85, de 15 de Outubro, 1986, página 39.
- [16] Joaquim de Sousa Ribeiro, *O Problema do Contrato, as Cláusulas Contratuais Gerais e o Princípio da Liberdade Contratual*, Almedina, 2003, páginas 570 e 579 583.
- [17] Vide José Manuel Araújo de Barros, in *Cláusulas Contratuais Gerais*, DL 446/85, anotado, Coimbra Editora, 2010, página 172.
- [18] *Cláusulas Contratuais Gerais e Directiva sobre Cláusulas Abusivas*, página 261.
- [19] Vide Moitinho de Almeida, *Contratos de Seguro (Estudos)* páginas 91, 97, 99. Ac. STJ de 7/10/2010, in www.dgsi.pt.