

Processo:
Nº Convencional:
Relator:
Descritores:

1274/15.8T8GMR.S1
6.ª. SECCÃO
FONSECA RAMOS
CONTRATO DE SEGURO DO RAMO VIDA
SEGURO DE GRUPO CONTRIBUTIVO
EMPRÉSTIMO BANCÁRIO
CONTRATO DE ADESAO
ÓNUS DE INFORMAÇÃO
OMISSÃO
EXCLUSÃO DE CLÁUSULAS
INOPONIBILIDADE AO ADERENTE

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

29-11-2016
UNANIMIDADE
S
1
REVISTA
NEGADA A REVISTA

DIREITO DOS SEGUROS - CONTRATO DE SEGURO / RAMO VIDA - SEGURO DE GRUPO / ADERENTES.
DIREITO BANCÁRIO - ACTOS BANCÁRIOS EM ESPECIAL / CRÉDITO BANCÁRIO / MÚTUO.
DIREITO DO CONSUMO - CLÁUSULAS CONTRATUAIS GERAIS / DEVER DE INFORMAÇÃO.

Doutrina:

- Antunes Varela, Das Obrigações em Geral, 7.ª edição, 262.
- Galvão Telles, Direito das Obrigações, 6.ª edição, 75.
- Guilherme Machado Dray, “Breves Notas sobre o Ideal de Justiça Contratual e a Tutela do Contraente mais Débil”, nos Estudos em Homenagem ao Professor Doutor Inocêncio Galvão Telles, vol. I, 2002, 80, 81.
- Menezes Cordeiro, Direito dos Seguros, Almedina 2013, 731; Tratado de Direito Civil Português, I, Parte Geral, Tomo I, 379.
- Moitinho de Almeida, Contrato de Seguro, 23.
- Mota Pinto, por António Pinto Monteiro e Paulo Mota Pinto, Teoria Geral do Direito Civil, 4.ª edição, Maio de 2005, 124.
DL. 446/85, de 25 de Outubro

Legislação Nacional:

CÓDIGO CIVIL (CC): - ARTIGO 227.º.
CÓDIGO COMERCIAL (CCOM): - ARTIGO 427.º.
DECRETO-LEI N.º 176/95, DE 26-07: - ARTIGO 4.º.
DECRETO-LEI N.º 220/95, DE 31-08.
DECRETO-LEI N.º 446/85, DE 25-10: - ARTIGOS 5.º, 6.º, 8.º, 15.º, 16.º,
DECRETO-LEI N.º 72/2008, DE 16-06: - ARTIGO 3.º, N.º1.

Legislação Comunitária:

DIRECTIVA 93/13/CEE DO CONSELHO, DE 5 DE ABRIL: - ARTIGO 3.º, N.º1.

Jurisprudência Nacional:

ACÓRDÃOS DESTE SUPREMO TRIBUNAL DE JUSTIÇA:

-DE 14.4.2015, PROC. N.º 294/2002.E1.S1, IN WWW.DGSI.PT .
-DE 2.6.2015, PROC. N.º 109/13.0TBMLD.P1.S1, IN WWW.DGSI.PT .
-DE 5.4.2016 – PROC. N.º 36/12.0TBALD.C1-A.S1, E DE E DE 27.9.2016, PROC. N.º 240/11.7TBVRM.G1.S1, IN WWW.DGSI.PT .
-DE 13.9.2016, PROC. N.º 1445/13.1TVLSB.L2.S1, IN WWW.DGSI.PT .

Sumário :

I. Os artigos 15º e 16º do Decreto-Lei 446/85, de 25.10 – que proíbem a inserção em contratos de adesão de cláusulas contratuais gerais (*ccg*) contrárias à boa-fé, estabelecendo que devem ser ponderados os “valores fundamentais do direito relevantes na situação considerada”, assim como a confiança suscitada pelo sentido global das cláusulas, e o objectivo visado pelas partes e outros elementos atendíveis, – apela a *conceitos indeterminados* que relevam, em cada caso, sendo aplicáveis em contratos de adesão de seguro do ramo vida

que encerram uma *relação trilateral*: banco (mutuante), seguradora, e mutuário (aderente).

II. Nesta perspectiva, que é também um critério *valorativo*, importa ponderar que, no caso em apreço, o mutuário que é consumidor e aderente no contrato de seguro, visa realizar a ambição legítima de se tornar proprietário da sua habitação, o que implica que se pondere que o *mútuo de escopo* do consumidor almeja a realização de um objectivo individual e social ligado a um direito digno da maior tutela, a postular que o desequilíbrio contratual seja minorado, não só por essa consideração, mas também pela *confiança* que a parte mais fraca investe no comportamento da outra.

III. Sendo a boa fé e o desejável equilíbrio das partes no contrato, valores que não podem ser postergados, devendo buscar-se uma interpretação que acolha a *equação económica* negocial, tendo em vista os interesses nela supostos, cumpre indagar se, sendo o contrato de *seguro de grupo* um contrato de adesão, no caso contributivo, estando a parte mais fraca – os aderentes ao grupo – entre dois protagonistas muito mais fortes negocialmente (banco e seguradora) com quem tem lidar e, não podendo influir quanto a ambos, no conteúdo dos contratos, se uma interpretação que salvguarde a protecção do aderente, não será procurar à luz mais intensa da regra da boa fé e da finalidade social e económica da triangulação contratual.

IV. Se aos aderentes for oponível, pela seguradora, a omissão de informar violada pelo tomador do seguro – a entidade bancária – o contrato vale plenamente em relação aos aderentes, tal qualmente tivesse sido concluído com respeito total por aquele nuclear dever cujo incumprimento apenas poderia responsabilizar civilmente o tomador e beneficiário do seguro e não a seguradora em relação a quem o aderente está mais *próximo* contratualmente após a *adesão*, sendo que é à seguradora que o aderente paga o prémio por ela calculado.

V. Não se pode esquecer que, tratando-se de uma *relação negocial complexa*, imposta pelo interesse contratual do banco mutuante e da seguradora que, normalmente lhe está associada em ostensiva sinergia económica, o aderente fica entre dois colossos: não tem, como consumidor, protecção eficaz perante as duríssimas consequências advenientes de lhe ser oponível a violação contratual perpetrada pelo tomador e beneficiário do seguro.

VI. A posição jurídica do aderente que, não tendo sido informado das cláusulas de exclusão do seguro, se vê *surpreendido* pela actuação da seguradora que declina a responsabilidade assumida por via do contrato de seguro de grupo após a adesão, tem fraca protecção no direito que o aderente pode actuar contra o tomador do seguro se a indemnização que lhe puder exigir se reportar à reintegração, no seu

património, do valor dos prémios que despendeu – indemnização pelo interesse contratual negativo – podendo não lhe ter servido de quase nada a protecção do seguro, lá e quando, como no caso, uma incapacidade permanente e definitiva surge: como consumidor não se vislumbra onde a lei protege eficazmente o aderente.

VII. Se o banco mutuante, tomador do seguro, não deve ser considerado juridicamente agente, nem intermediário directo ou mediador da seguradora, muito embora exista uma ligação económica de grupo que, objectivamente faz do aderente “*cliente simultâneo*” do banco e da seguradora, esta circunstância evidencia que, em relação a estes sujeitos do contrato (trilateral), nenhum poder negocial detenha o segurado (o contrato principal não é de adesão entre o Banco e a Seguradora sendo apenas por eles negociado): a vinculação contratual fica acertada ao balcão do banco, sem liberdade de escolha em relação à entidade seguradora, em patente cerceamento da liberdade e autonomia negociais, que protecção pode ter o aderente.

VIII. A interpretação que protege o consumidor, como parte mais fraca, deverá considerar que, nos casos em que tiver sido demandada na acção a seguradora, mas nela tenha intervindo o Banco tomador do seguro, e não conseguindo este (nem aquela, diga-se) provar que cumpriu o *ónus de informar* o aderente do contrato de seguro de grupo, ante a dialéctica discussão, é oponível pelo aderente, que para nada contribuiu nem violou o contrato, a falta de cumprimento do ónus de informação, e, consequentemente, deve ser excluído o clausulado em relação ao qual o tomador do seguro violou o dever de informação.

IX. No preâmbulo do vigente diploma sobre o contrato de seguro – DL. 72/2008, de 16.6, se refere, numa lógica de protecção do aderente do contrato de seguro deste tipo, que – “*Nos contratos de seguro de grupo em que os segurados contribuem para o pagamento, total ou parcial, do prémio, a posição do segurado é substancialmente assimilável à de um tomador do seguro individual. Como tal, importa realçar que da nova regulamentação deste tipo de seguro resulta que o facto de o contrato de seguro ser celebrado na modalidade de seguro de grupo não constitui um elemento que determine um diferente nível de protecção dos interesses do segurado e que prejudique a transparência do contrato*”, o que, no nosso entendimento, e sob pena de o propósito do legislador nada valer, se deve considerar que não é oponível ao aderente, pela seguradora, a violação do dever de comunicação de cláusulas que deveriam ter sido informadas e esclarecidas.

X. Na vigência do artigo 4º do DL. 176/95, de 26 de Julho, não tendo o Banco tomador e beneficiário do seguro, provado ter cumprido o ónus de informação “*sobre as coberturas exclusões contratadas*”, não pode a seguradora, demandada como Ré, e o Banco que na acção foi

interveniente principal, opor ao aderente do contrato de seguro de grupo do ramo vida, as cláusulas que não foram informadas, para se eximirem do pagamento do capital seguro, verificado o risco previsto.

R-568^[1]

Acordam no Supremo Tribunal de Justiça

AA e mulher **BB**, intentaram, em 19.2.2015, na Comarca de ..., Núcleo de ... – Instância Central – 2ª Secção Cível – acção declarativa de condenação, sob a forma de processo comum, contra:

SEGURO CC, S.A.

Pedindo que:

a) - Sejam as cláusulas referentes à exclusão das garantias referidas sob os artigos 27º e 28º das Condições Particulares do Seguro do Ramo Vida, apólice nº0.001.500 e 0.000.500, consideradas excluídas dos respectivos contratos singulares de seguro;

b) - Seja declarada a invalidez total e permanente do Autor marido, por doença;

c) - Seja a Ré condenada a liquidar à BANCO DD a quantia de € 22.957,26, ainda em dívida referente aos contratos de mútuo;

d) - Seja a Ré condenada a pagar aos AA. as prestações já pagas desde a data da declaração da invalidez total e permanente do Autor e até assunção por parte daquela do pagamento da quantia mutuada pela BANCO DD que até à presente data já perfaz a quantia de € 41.607,63;

e) - Aquela quantia da alínea d) acrescida de juros de mora à taxa legal de 4% ao ano desde a citação e até efectivo e integral pagamento.

Alegam, para o efeito, que celebraram com a BANCO DD, S.A., um contrato de mútuo com hipoteca e que, por imposição desta entidade bancária, celebraram com a Ré dois contratos de seguro do ramo vida, cobrindo o risco de morte por doença e acidente e de invalidez total e permanente de grau igual ou superior a 66,6% e titulados pelas apólices 5000.500 e 5001.500.

E alegam que o Autor foi acometido de doença súbita, em Abril de 2010, sendo-lhe diagnosticado uma displasia grave em lesão ulcerada do antro gástrico, tendo ademais sofrido um acidente doméstico que

lhe determinou a amputação da 2ª e 3ª falange do indicador e a imobilidade do polegar médio da mão esquerda, em consequência do que lhe foi atribuída uma IPG de 74%, com invalidez total e permanente.

Considerando tal situação, coberta pelos contratos de seguro em causa, os Autores participaram à Ré os aludidos sinistros, sendo que a Ré recusou o pagamento do valor do mútuo, invocando que a cobertura estava excluída desde o início e que, ainda que assim não fosse, se extinguiu quando o Autor fez os 60 anos de idade.

Mais dizem que nunca foram informados de tais cláusulas e que não lhes foi comunicada o fim da cobertura de invalidez aquando do atingimento dos 60 anos de idade pelo Autor, pois que os Autores se limitaram a assinar o clausulado tal como o mesmo lhes foi apresentado pela Ré, desconhecendo completamente aquelas condicionantes, sendo certo que não teriam contratado caso delas tivessem tido conhecimento, do que concluem pela responsabilização da Ré.

Regular e pessoalmente citada, a Ré apresentou-se a contestar a fls.49 e seguintes, adiantando, desde logo, estar-se perante seguros de grupo em que a BANCO DD é tomadora do seguro e beneficiária.

Prossegue, referindo que os Autores não cumpriram o ónus de apresentar documento emitido pela Segurança Social e comprovativo da invalidez e documento comprovativo da necessidade de acompanhamento por terceira pessoa, que o Autor é pensionista desde 2004, motivo pelo qual a Ré, desde logo, não aceitou a cobertura complementar de invalidez resultante de doença ou acidente. Acrescenta que, face à idade do Autor, tal cobertura de invalidez, caso não estivesse excluída, sempre teria cessado efeitos em 31 de Dezembro de 2007.

Mais alegou que era à BANCO DD que competia cumprir o ónus de informação previsto no Regime Jurídico das Cláusulas Contratuais Gerais, pelo que concluiu não poder ser-lhe imputável qualquer responsabilidade em consequência de eventual omissão dessa obrigação e pugnou pela improcedência da causa.

Os Autores responderam e deduziram incidente de intervenção principal provocada da BANCO DD S.A. como associada da Ré e contra ela dirigiram também os pedidos formulados nos autos.

Por despacho de fls. 109, **foi admitida a requerida intervenção da BANCO DD** e, citada a chamada, veio esta contestar defendendo que, em caso algum, poderá ser condenada em qualquer dos pedidos formulados, mais tendo impugnado a factualidade alegada pelos Autores.

Mais alegou que, aquando da subscrição das propostas dos contratos de seguro em apreço, os Autores foram informados pelo colaborador da BANCO DD S.A. de que o risco de cobertura de invalidez por doença só se manteria até o Autor perfazer os 60 anos de idade, tendo este ficado ciente disso, tanto mais que, nessa data, lhe foi também entregue um prospecto informativo que explicava o sentido das cláusulas essenciais do contrato, pelo que pugnou pela improcedência da acção no que a si diz respeito.

Dispensada a audiência prévia por despacho de fls. 130 e segs., foram afirmados os pressupostos da instância, fixado o objecto do litígio e elaborados os temas de prova.

Foi realizada a audiência de discussão e julgamento com observância do formalismo legal e gravação dos respectivos depoimentos.

Foi proferida sentença, em 2.6.2016 – fls. 197 a 211 verso –, que decretou:

“Pelo exposto, julgo a acção procedente e, em consequência, decido:

a) Absolver do pedido a Interveniente BANCO DD, S.A;

b) Considerar as cláusulas referentes à exclusão das garantias referidas sob os artigos 27º e 28º das Condições Particulares do Seguro do Ramo Vida, apólice nº 0.001.500 e 0.000.500, excluídas dos respectivos contratos singulares de seguro;

c) Condenar a Ré SEGURO CC, S.A., a pagar à BANCO DD, S.A., a quantia em dívida referente ao contrato de mútuo, referido em II.2 e que à data de 10 de Julho de 2012 ascende a € 8.524,04, bem como a quantia correspondente às prestações pagas pelos Autores à Interveniente, em cumprimento desse contrato de mútuo, desde 31 de Dezembro de 2010 até à referida data de 10 de Julho de 2012, esta acrescida de juros moratórios, vencidos e vincendos, calculados à taxa legal, desde 23 de Fevereiro de 2015 e até integral pagamento.

d) Condenar a Ré SEGURO CC, S.A., a pagar à BANCO DD, S.A., a quantia em dívida referente ao contrato de empréstimo referido em II.3 e que à data de 10 de Julho de 2012 ascendia a € 36.109,39, bem como a quantia correspondente às prestações pagas pelos Autores à Interveniente, em cumprimento desse contrato de empréstimo, desde 31 de Dezembro de 2010 até à referida data de 10 de Julho de 2012, esta acrescida de juros moratórios, vencidos e vincendos, calculados à taxa legal, desde 23 de Fevereiro de 2015 e até integral pagamento.”

Inconformada, recorreu, per saltum, a seguradora SEGURO CC que, alegando, formulou as seguintes **conclusões**:

1. O presente recurso versa, exclusivamente, sobre matéria de direito.
2. Os presentes autos respeitam a dois contratos de seguro de grupo, a saber: apólices 0.000.500 e 0.001.500 e o presente recurso respeita, unicamente à apólice 0.001.500, subscrita e aceite em 2004.
3. Os contratos dos autos merecem análise e tratamento distintos porquanto a apólice 0.000.500 foi subscrita e aceite em 1993, antes da entrada em vigor do DL. 176/95, de 26 de Julho (nomeadamente do disposto no n° 1 do seu art. 4°), enquanto a apólice 0.001.500, objecto deste recurso foi já aceite na vigência daquele DL.
4. Concretamente, resultando não provado que o tomador do seguro tenha cumprido o dever de informação das coberturas e exclusões do contrato de seguro de grupo celebrado, cumpre aferir se essa omissão do banco, do tomador/beneficiário, é oponível à seguradora.
5. Aquando da celebração do contrato de seguro titulado pela apólice n° 0 001 500, em 2004, o demandante/recorrido marido estava já na situação de pensionista/reformado, motivo pelo qual, a seguradora aceitou a adesão para a cobertura principal de morte, excluindo as coberturas complementares de Invalidez resultante de doença ou acidente e suas consequências, o que está de acordo com o espírito, fito e objectivo destes contratos.
6. Ou seja, a cobertura que se pretende fazer valer através da presente demanda (Cobertura Complementar de Invalidez Total Permanente por Doença) está expressamente excluída das coberturas do contrato em mérito.
7. Ademais, nos termos das condições particulares, a cobertura de Invalidez Total e Permanente por Doença cessa se a pessoa segura completa 60 anos de idade até final do ano civil: o demandante marido, nascido em 00/00/1947, tinha em 2010/2011, 63/64 anos de idade, com o que, nessa mesma data, mesmo que a cobertura de Invalidez Total e Permanente não estivesse excluída do âmbito das garantias contratuais desde o seu início, a cobertura em mérito já teria cessado os seus efeitos em 31/12/2007, pelo que já não produziria efeitos relativamente ao demandante marido, por verificação do termo (contratual) resolutivo.
8. Contudo, vieram os demandantes/recorridos alegar que tais exclusões não lhes foram explicadas ou, sequer, comunicadas.
9. Chamado aos autos o tomador de seguro, o mesmo não logrou provar ter prestado tais informações aos segurados, como lhe competia, nos termos do disposto nos n°s 1 e 2 do já transcrito art. 4° do DL. 176/95.

10. Cumpre, assim, aferir da possibilidade de opor ao segurador aquela omissão do tomador do seguro.

11. Cite-se o recente Ac. do Supremo Tribunal de Justiça de 05/04/2016, Proc. nº 36/12, que bem sintetiza a jurisprudência maioritária daquele Tribunal:

“É sobre o tomador do seguro de grupo que recai o dever de informar a pessoa segurada, nomeadamente quanto a coberturas e exclusões estabelecidas no contrato, não estando sujeita a tal obrigação a seguradora. No caso dos autos, a seguradora não estava onerada com o dever de comunicação da alteração que foi introduzida nas condições gerais dos contratos de seguro, não lhe podendo ser assacada qualquer omissão ilícita em decorrência da circunstância de não se mostrar que a alteração foi comunicada às pessoas seguradas.

Assim, nenhum direito indemnizatório têm os autores contra a seguradora, face à exclusão do âmbito de todas as coberturas do seguro a situação da pessoa segurada ser portadora de um grau de alcoolemia no sangue superior a 0,5 gramas por litro, e era precisamente o caso do segurado falecido.”

12. Salvo o devido respeito, que é muito, a interpretação que o Meritíssimo Julgador *a quo* faz do art. 4º do DL. 176/95, afastando-o, sem mais, para aplicar ao caso o regime das Cláusulas Contratuais Gerais é inadmissível.

13. Com o estipulado no art. 4º do DL. 176/95, o legislador quis, expressamente afastar o regime geral das Cláusulas Contratuais Gerais e regular especificamente os contratos de seguro de grupo.

14. Este diploma legal de carácter excepcional regula, concreta e suficientemente o caso dos autos, não se verificando qualquer lacuna ou razão justificativa que permita ao intérprete o recurso a analogias ou eventuais interpretações extensivas.

15. A tutela dos interesses dos segurados/consumidores há-de fazer-se com recurso a outras soluções, nomeadamente, a da responsabilização do tomador do seguro, parte incumpridora nesta relação contratual.

16. Em suma: Existindo norma especial que regula a relação contratual dos autos, não pode o intérprete socorrer-se de normas gerais, afastando, injustificada e injustamente, as normas de carácter excepcional que, pensadas para situações excepcionais, regulam o caso *sub judice*.

17. A omissão do dever de informação por parte do tomador de seguro não é oponível à seguradora/recorrente, pelo que não podem as cláusulas supra identificadas ser excluídas do contrato titulado pela apólice 0.001.500.

18. Assim sendo, devem as cláusulas de exclusão invocadas ser aplicadas ao caso *sub judice*, sendo esta recorrente absolvida do pedido quanto ao contrato titulado pelo apólice 0.001.500, reduzindo-se o valor da condenação ao valor do capital seguro do contrato titulado pela apólice 0.000.500.

Das normas jurídicas violadas:

19. A sentença em crise viola, entre outras, as normas previstas no art. 4º do DL. 76/95, de 26 de Julho e ainda as normas previstas nos arts. 9º, 10º e 11º do Código Civil.

Termos em que deve o presente recurso ser julgado procedente, sendo a recorrente absolvida do pedido quanto ao contrato titulado pelo apólice 0.001.500 e reduzindo-se o valor da condenação ao valor do capital seguro do contrato titulado pela apólice 0.000.500.

Os AA. contra-alegaram, pugnando pela confirmação da sentença recorrida.

Colhidos os vistos legais, cumpre decidir, tendo em conta que **a decisão recorrida operou com a seguinte matéria de facto:**

1. Factos Provados:

1. Por escritura pública de compra e venda, celebrada no dia 20 de Junho de 1991, no extinto Cartório Notarial de ..., a fls. 78 a 81, do Livro de escrituras diversas n.º078-B, adquiriram os AA.: o prédio urbano composto de uma casa de habitação, descrito na Conservatória de Registo Predial de ... sob o n.º0000/000091, inscrito na matriz sob o artigo 0013, pelo preço de Esc.4.500.000\$00/€ 22.500,00 (Vinte e dois mil e quinhentos euros); o prédio urbano composto de uma casa de habitação e comércio, descrito na Conservatória de Registo Predial de ... sob o n.º0000/000091, inscrito na matriz sob o artigo 0033, que proveio do artigo 0079, pelo preço de Esc. 2.200.000\$00/ € 11.000,00 (onze mil euros).

2. Para o efeito, os AA. celebraram com a BANCO DD, S.A. um contrato de mútuo com hipoteca, pelo prazo de 25 anos, em que declararam ter recebido a quantia de cinco mil novecentos e quarenta contos, a que acresceriam juros à taxa anual de 20,5%, tendo aí declarado que enquanto donos e legítimos possuidores daqueles prédios constituíam a favor daquela BANCO DD hipoteca sobre aqueles prédios como garantia do pagamento da dívida contraída, quer quanto ao capital emprestado, quer quanto aos juros estipulados, tendo ainda sido declarado que os AA. atribuíam aos imóveis hipotecados o valor de seis mil e setecentos contos.

3. Os AA. celebraram Contrato de Empréstimo com Hipoteca com a BANCO DD, S.A., por Escritura Pública outorgada em 12 de Outubro de 2004, no extinto Cartório Notarial de ..., a fls. 99 a 100, do Livro de escrituras diversas n.º004-A, no valor de € 76.000,00 (Setenta e seis mil euros) pelo prazo de 13 anos, em que declararam ter recebido aquela quantia, a que acresceriam juros à taxa correspondente à média aritmética simples das taxas Euribor 6 meses, apurada com referência ao mês imediatamente anterior ao do início de cada período semestral de vigência do contrato acrescida de um diferencial de 2,125%, com arredondamento para um quarto imediatamente superior, o que àquela data se traduzia numa taxa de juro de 4,375%.

4. Para garantia da obrigação constituída, os AA. declararam que enquanto donos e legítimos possuidores do prédio urbano composto de casa de habitação com terreno de logradouro junto, situado na Rua da ..., freguesia e concelho de ..., descrito na Conservatória do Registo Predial de ... sob o n.º00000/000096, inscrito na matriz sob o n.º0099, constituíam a favor daquela BANCO DD hipoteca sobre aquele prédio, tendo ainda atribuído ao imóvel hipotecado o valor de € 85.000,00.

5. Os AA. celebraram com a Ré dois seguros do ramo vida, tendo como coberturas (garantias): morte por doença e acidente; invalidez total e permanente de grau igual ou superior a 66,6% por doença e acidente ocorrido com as pessoas seguras, titulados pelas apólices n.ºs 0000500 e 0001500 do ramo vida, sendo simultaneamente a BANCO DD tomador de seguro e beneficiária em caso de morte e invalidez total e permanente, iniciando-se aqueles contratos de seguro, relativamente à apólice 0 000 500 em 20/06/1991 e pelo prazo de 25 anos e relativamente à apólice 0 001 500 em 12/10/2004 e pelo prazo de 13 anos.

6. Trata-se de dois contratos de seguro vida, na modalidade de seguros de grupo, titulados respectivamente pela apólice 0.000.500, a que aderiu em 08/07/1993, adesão esta aceite pela seguradora em 01/11/1993, e pela apólice n.º 0.001.500, a que aderiu em 18/08/2004, e que foi aceite pela seguradora em 28/09/2004.

7. Os AA. participaram à Ré a ocorrência dos factos, no sentido de accionar o seguro a fim de que aquela assumisse o pagamento do valor do mútuo em dívida.

8. No entanto, por cartas datadas de 01/03/2011 e 29/03/2011, referentes respectivamente às apólices n.ºs 0001500 e 0000500 tal pretensão foi-lhes recusada.

9. Por carta datada de 1 de Março de 2011 a Ré, relativamente à apólice 0 001 500, alegou que não poderia proceder ao pagamento da indemnização solicitada, uma vez que a cobertura accionada já estava

excluída desde o início do contrato e acrescentando que ainda que não estivesse excluída, a cobertura tinha-se extinguido quando o Autor atingiu os 60 anos de idade.

10. Em relação à apólice 0 000 500, a Ré por comunicação datada de 29 de Março de 2011, aduziu que não poderia pagar a indemnização pretendida pelos AA. uma vez que a activação da cobertura solicitada exigia o recurso e prova da necessidade do uso de assistência de 3ª pessoa na realização de actos normais de vida diária.

11. Em nenhuma das referidas comunicações da Ré, esta questionou a aludida incapacidade de 74% atribuída pela Junta Médica.

12. O contrato de seguro, titulado pela apólice nº 0000500, cobre como “cobertura complementar” a Invalidez Absoluta e Definitiva Por Doença.

13. Nos termos contratuais, entende-se por Invalidez Absoluta e Definitiva o estado que incapacite a pessoa segura, total e definitivamente de exercer qualquer profissão e necessite de recorrer, de modo contínuo, à assistência de terceira pessoa para efectuar os actos normais da vida diária.

14. Nos termos das condições gerais — cfr. art. 8º, 2.2., c2) “*Em caso de invalidez (é obrigação do Tomador do Seguro, Pessoa Segura e Beneficiário) – Documento comprovativo do reconhecimento da invalidez emitido pela Instituição de Segurança Social ou pelo Tribunal de Trabalho, bem como, em caso de Invalidez Absoluta e Definitiva, de documento comprovativo da necessidade da Pessoa Segura ser acompanhada por terceira pessoa por forma a efectuar as actividades diárias.*”.

15. Da apólice 0 001 500 consta a menção “*exclusão da invalidez resultante de doença ou acidente e suas consequências*” (cfr. documento de fls.9 1).

16. Aquando da celebração dos contratos de seguro, os AA. encontravam-se em plenas condições físicas, sendo pessoas saudáveis e activas, exercendo cada um a sua profissão.

17. O Autor foi acometido de doença súbita em Abril de 2010 tendo sido internado no Centro Hospitalar do ... em 28/06/20 10, com o diagnóstico de displasia grave em lesão ulcerada do antro gástrico, pelo que foi submetido a gastrectomia sub-total e gastrojejunostomia em Y de Roux e Esplenectomia.

18. O Autor marido, devido a um acidente doméstico que lhe provocou a amputação traumática da 2ª e 3ª falange do indicador e imobilidade do polegar e médio da mão esquerda, tem aquela mão esquerda afectada para as funções que lhe são próprias, sendo impossível àquela mão exercer força de preensão e em consequência

agarrar objectos.

19. Motivo pelo qual os actos da vida diária tais como vestir-se, fazer a higiene pessoal, alimentar-se e outros ficaram largamente comprometidos pelo défice de utilização daquela mão esquerda.

20. O Autor foi sujeito a Junta Médica, que veio a declará-lo inválido, atribuindo-lhe uma incapacidade permanente e definitiva de 74 %, reportada ao ano de 2010, em conformidade com a Tabela Nacional de Incapacidades, aprovada pelo Decreto-Lei nº352/2007 de 31/10.

21. O Autor é portador dessa incapacidade permanente e definitiva de 74% e necessita da ajuda de terceira pessoa para certas tarefas do dia-a-dia como apertar botões de camisas, cordões de sapatos, cortar alimentos duros, cortar as unhas e lavar as costas.

22. O Autor é pensionista desde 7 de Setembro de 1995.

II. Factos não provados:

1. Devido à idade do Autor, se lhes tivesse sido comunicado e explicado o fim da cobertura de invalidez aos 60 anos, os AA. não teriam celebrado o contrato de seguro.

2. Os AA. não remeteram à Ré documento comprovativo do reconhecimento da invalidez, emitido pela Segurança Social, nem documento comprovativo da necessidade de o Autor ser acompanhado por terceira pessoa.

3. Aquando da proposta de adesão ao seguro de grupo e que deu origem à apólice 0 001 500, o Autor foi informado pelo colaborador da BANCO DD que o atendeu e lhe entregou a proposta de adesão, para ele preencher e subscrever, que a cobertura do risco de invalidez total e permanente por doença só se manteria até ele perfazer 60 anos de idade.

4. Tendo o Autor ficado ciente disso, tal como ficou ciente das outras cláusulas do contrato que lhe foram esclarecidas aquando da adesão.

5. Para além desse esclarecimento verbal e presencial dos tipos de risco cobertos e o prazo de vigência de cada uma dessas coberturas, foi entregue ao Autor, na altura, um prospecto denominado “informações pré-contratuais” onde se assinalavam essas cláusulas e se explicava o significado dessas coberturas designadamente em que situações se considerava existir invalidez total e permanente e até quando perdurava essa cobertura.

6. Também em relação à adesão de 1993 o funcionário da BANCO DD esclareceu o Autor que a cobertura do risco de invalidez só funcionaria se o aderente necessitasse do auxílio de terceira pessoa para o seu dia a dia.

Fundamentação:

Sendo pelo teor das conclusões das alegações do recorrente que, em regra, se delimita o objecto do recurso – afora as questões de conhecimento oficioso – importa saber:

- num contrato de seguro de grupo contributivo, não tendo havido informação de certo clausulado aos segurados aderentes, a quem incumbe o ónus de tal informação: se ao tomador e beneficiário do seguro, ou à seguradora;
- quais as consequências da omissão desse dever de informação e são oponíveis pelo segurador ao aderente.

Não se discute que, entre a BANCO DD, enquanto mutuante, e os AA., como mutuários, foram celebrados dois contratos de empréstimo, garantidos por hipoteca, para a habitação (mútuo de escopo). Entre a Ré SEGURO CC e a BANCO DD foi celebrado um contrato de seguro a que os AA. aderiram.

Os contratos de seguro de vida e riscos complementares de invalidez estavam ligados a exigências contratuais do mutuante, funcionado como garantia do valor dos empréstimos.

Os AA. aderiram ao contrato de seguro de grupo titulado pelas Apólices 0 000 500, em 8.7.1993, adesão aceite pela Seguradora antes da vigência do DL. 176/95, de 26.7, através da apólice 0 001 5000, tendo a adesão, quanto a este, ocorrido em 18.8.2004.

A Recorrente não questiona a decisão no que respeita a uma das apólices como claramente resulta de fls. 218 das alegações – “*Os presentes autos respeitam a dois contratos de seguro de grupo, a saber: apólices 0.000.500 e 0.001.500. O presente recurso respeita, unicamente, à apólice **0.001.500**, subscrita e aceite em 2004. Os contratos dos autos merecem análise e tratamento distintos porquanto a apólice 0.000.500 foi subscrita e aceite em 1993, antes da entrada em vigor do DL 176/95, de 26 de Julho (nomeadamente do disposto no n.º 1 do seu art. 4º), enquanto a apólice **0.001.500**, objecto deste recurso, foi já aceite na vigência daquele DL, concretamente, resultando não provado que o tomador do seguro tenha cumprido o dever de informação das coberturas e exclusões do contrato de seguro de grupo celebrado, cumpre aferir se essa omissão do banco, do tomador/beneficiário, é oponível à seguradora.*”

Os AA. celebraram com a Ré dois contratos de seguro do ramo vida, tendo como coberturas (garantias): morte por doença e acidente; invalidez total e permanente de grau igual ou superior a 66,6% por doença e acidente ocorrido com as pessoas seguradas, titulados pelas apólices n.ºs 0 000 500 e 0 001500 do ramo vida, sendo simultaneamente a BANCO DD, tomador de seguro e beneficiária em

caso de morte e invalidez total e permanente dos AA., iniciando-se aqueles contratos de seguro, relativamente à apólice 0 000 500 em 20/06/1991, vigorando pelo prazo de 25 anos, e relativamente à apólice 0 001 500, em 12/10/2004, vigorando pelo prazo de 13 anos.

Ao contrato de seguro a que respeita a apólice 0 001 500, celebrado em 2001, aplica-se o regime jurídico do Dec.-Lei n.º 176/95, de 26.07, pelo que será à sua luz que se decidirá a controvérsia que opõe os recorridos à Recorrente seguradora.

Em relação a ambos os contratos não se aplica o DL.nº72/2008, de 16. 4, entrado em vigor no dia 1.1.2009, em função do seu regime transitório – art. 3º, nº1 – porque os contratos foram celebrados em datas anteriores, em 1.11.1993 e 28.9.2004.[\[2\]](#)

O contrato de seguro na definição de Moitinho de Almeida, in “Contrato de Seguro”, 23:

“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 prestações a realizar em data indeterminada”.

Os contratos de seguro, atenta a data em que foram celebrados, regiam-se pelas estipulações constantes da respectiva apólice, desde que não proibidas por lei e, na sua falta ou insuficiência, pelas disposições legais aplicáveis – art. 427º do C. Comercial.

Os seguros causa, seguros de grupo do ramo vida, são contratos de adesão sendo que a sua peculiar natureza e processo de formação postulam uma *relação trilateral* que se constitui em dois momentos: “Num primeiro momento, é celebrado um contrato entre a seguradora e o tomador do seguro e, num segundo momento, concretizam-se as adesões dos membros do grupo. O contrato de seguro é predisposto pela seguradora e pelo tomador e são estas entidades que modelam o seu conteúdo: o segurado, por virtude de um vínculo que o liga ao tomador, limita-se a aderir ao contrato objecto de predisposição” – Acórdão deste Supremo Tribunal de Justiça, de 14.4.2015 – Proc. 294/2002.E1.S1 – Relatora Maria Clara Sottomayor – in www.dgsi.pt.

No caso, os contratos integravam o *complexo negocial* que, num primeiro momento envolveu a BANCO DD, enquanto mutuante aos Recorridos AA e mulher enquanto mutuários de crédito hipotecário para habitação, a Ré SEGURO CC, sendo os mutuários, por *imposição* da mutuante, aderentes num contrato de seguro de grupo

contributivo, em que a entidade bancária é tomadora e beneficiária do seguro, sendo seguradora a recorrente SEGURO CC.

Contrato de adesão – “É aquele 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” – Antunes Varela, “Das Obrigações em Geral”, 7ª edição, 262.

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” – Galvão Telles, “Direito das Obrigações” – 6ª edição, 75.

Nos contratos de adesão, o aderente apenas tem a possibilidade de aceitar ou rejeitar em bloco o conteúdo contratual que lhe é apresentado pelo proponente: tem uma posição negocial de inquestionável debilidade não podendo influenciar o objecto contratual a não ser nas cláusulas individuais essenciais à perfeição do contrato.

Daí que o regime das *ccg* – DL. 446/85, de 25 de Outubro – estabeleça deveres de informação a cargo do predisponente; acentue a sua obrigação de agir de boa fé e de preservar a confiança contratual do aderente, a par de regras especiais no que respeita à integração das lacunas negociais, ao critério hermenêutico de interpretação das declarações de vontade, e à sanção para os vícios de que enferme o contrato ou o processo pré negocial.

Os contratos de adesão correspondendo as necessidades de contratação em massa e a interesses de entidades fornecedoras de bens ou serviços de grande dimensão económica e preponderância no mercado, superam o modelo tradicional de *proposta-aceitação*, em que as partes estavam, senão em plano de estrita igualdade, pelo menos num patamar em que se não diferenciavam de modo acentuado, em virtude de uma negociação cláusula a cláusula.

Pedra angular do regime jurídico dos contratos de adesão é o dever de informação a cargo predisponente, assim como o dever de agir de boa fé, densificados no diploma que rege as *ccg*, como meio de protecção do contraente mais débil – o aderente.

Mota Pinto, in “Teoria Geral do Direito Civil” – 4ª edição – Maio de 2005, por António Pinto Monteiro e Paulo Mota Pinto – pág. 124 – sobre o princípio da boa-fé:

“A boa fé é hoje um princípio fundamental da ordem jurídica, particularmente relevante no campo das relações civis e, mesmo, de todo o direito privado. Exprime a preocupação da ordem jurídica pelos valores *ético-jurídicos* da comunidade, pelas particularidades da

situação concreta a regular e por uma *juridicidade social e materialmente fundada*.

A consagração da boa fé corresponde, pois, à superação de uma perspectiva positivista do direito, pela abertura a princípios e valores extra-legais e pela dimensão *concreto-social* e material do jurídico que perfilha (...).

Significa o que acabamos de dizer que o princípio da boa fé se ajusta a — e contribui para — uma visão do direito em conformidade com a que subjaz ao *Estado de Direito Social* dos nossos dias, intervencionista e preocupado por corrigir desequilíbrios e injustiças, para lá das meras justificações formais.

Como já dissemos, o princípio da boa fé tem um âmbito muito vasto, invadindo todas as áreas do direito. Mas ele assume uma importância muito grande no domínio dos contratos, em permanente diálogo e contraponto com um outro princípio fundamental, já analisado, e que é o da autonomia privada. De todo o modo, ao fazermos estas afirmações estamos a perspectivar o princípio da boa fé como *critério normativo*, e, portanto, num sentido *objectivo*. “

As regras de conduta postuladas pela actuação leal, prudente e que contempla os interesses das partes, deve ser apanágio dos contratos em que se negoceia em pé de igualdade e onde a liberdade contratual está por regra assegurada; com mais rigor deve ser exigida em contratos em que tal igualdade não existe, ou seja, naqueles em que a liberdade negocial está cerceada pela patente disparidade entre os contratantes como é o caso dos contratos de adesão sujeitos a cláusulas contratuais gerais.

Aqui a lei intervém em favor do aderente, adoptando critérios de maior exigência em salvaguarda dos seus interesses como parte contratual, não sendo alheios, todavia, motivos de ordem pública, sopesada a finalidade do contrato, sobretudo, nos contratos de *mútuo de escopo*, em função do tipo de contratação padronizada.

Como ensina Antunes Varela, o conceito de boa-fé *existente há séculos*, não conhece matizes, é uma regra civilizacional no mundo jurídico, um padrão ético inspirador da confiança, norteador por critérios de lisura, lealdade e de protecção dos interesses daqueles com quem se negoceia, demandando maior rigor no que respeita aos contratos de adesão.

O art. 15º do diploma que rege as *ccg* estabelece a proibição das cláusulas contratuais gerais contrárias à boa-fé, enunciando, de modo dispensável, que também esta forma de contratação deve respeitar tais regras.

Na concretização desse enunciado, o art. 16º estatui:

“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”.

Os artigos 15º e 16º do Decreto-Lei 446/85, de 25.10 – que proíbem a inserção em contratos de adesão de cláusulas contratuais gerais (ccg) contrárias à boa-fé, estabelecendo que devem ser ponderados os “valores fundamentais do direito relevantes na situação considerada”, assim como a confiança suscitada pelo sentido global das cláusulas, e o objectivo visado pelas partes e outros elementos atendíveis, – apela a *conceitos indeterminados* que relevam, em cada caso, sendo aplicáveis em contratos de adesão de seguro do ramo vida que encerram uma *relação trilateral*: banco (mutuante), seguradora, e mutuário (aderente)

Nesta perspectiva, que é também um critério *valorativo*, importa ponderar que, no caso em apreço, o mutuário que é consumidor e aderente no contrato de seguro, visa realizar a ambição legítima de se tornar proprietário da sua habitação, o que implica que se pondere que o *mútuo de escopo* do consumidor almeja a realização de um objectivo individual e social ligado a um direito digno da maior tutela, a postular que o desequilíbrio contratual seja minorado, não só por essa consideração, mas também pela *confiança* que a parte mais fraca investe no comportamento da outra.

Os arts. 15º e 16º do regime das ccg implicam a consideração dos limites impostos pelo abuso do direito, ao proibirem cláusulas abusivas contrárias à boa-fé.

No Estudo de Guilherme Machado Dray, “Breves Notas sobre o Ideal de Justiça Contratual e a Tutela do Contraente mais Débil”, publicado no Estudos em Homenagem ao Professor Doutor Inocêncio Galvão Telles, vol. I, 2002, pág. 80 – pode ler-se:

“Actualmente, é relativamente pacífico o afastamento do dogma da autonomia da vontade enquanto fenómeno de produções contratuais necessariamente justas e equilibradas, atento o desequilíbrio negocial patenteado – por vezes – pelas partes contratantes. A célebre fórmula de Fouillée (1838-1912) “*quem diz contratual, diz justo*”, encontra-se hoje manifestamente desajustada da realidade. A desigualdade das partes contratantes, por vezes, é inequívoca”.

Mais adiante, pág. 81, prossegue: “A inferioridade do consumidor nas relações contratuais estabelecida e a premência da sua protecção ganharam acuidade, por outro lado, quando se constatou que em muitos casos a sua liberdade jurídica se cinge à livre submissão a esquemas negociais pré-estabelecidos, consistentes na utilização pelos sujeitos mais poderosos de cláusulas contratuais gerais.

A utilização generalizada desta modalidade contratual entre particulares (designadamente nas operações bancárias, de seguro, de venda a crédito ou nos contratos de arrendamento), tratando-se de uma consequência inevitável das relações contratuais de massa, que apelam à rapidez de processos e à repetição de esquemas negociais pré-elaborados, reforçou a inferioridade daqueles que a elas se submetem, tornando premente a necessidade intervenção jurídica nesta área.”

Na parte final do Estudo, o tratadista, refere que a rigidez das ccg e a inerente desigualdade entre as partes não encontrou protecção eficaz através do recurso aos princípios da boa-fé, dos bons costumes, da ordem pública e do regime dos negócios usurários, afirmando que a protecção dos contraentes mais débeis surgiu no espaço comunitário *com a Directiva n.º 93/13/CEE, de 5 de Abril, e com ela a criação nos vários Estados-membros de legislação especificamente dirigida ao fenómeno das cláusulas contratuais gerais.*

Aduzindo: “O fito do legislador – na esteira, aliás, da aludida directriz comunitária – não suscita quaisquer dúvidas: trata-se acima de tudo de tentar limitar a autonomia privada do contraente mais forte, de forma a tentar reequilibrar a relação contratual em causa e a evitar que a posição dominante do predisponente de cláusulas contratuais gerais redunde numa completa e total obnubilação da autonomia privada do contraente mais débil – o aderente.

Está em causa, mais uma vez, a prossecução de um ideal de justiça contratual comutativa, realizada através de um fenómeno de *heterolimitação* da autonomia privada”.

A exigência de actuação de boa-fé constava já do art. 3.º, nº1, da Directiva 93/13/CEE do Conselho, de 5 de Abril – transposta para o direito interno nacional pelo Decreto-Lei n.º 220/95, de 31 de Agosto – que procedeu à 1ª alteração ao Regime das Cláusulas Contratuais Gerais, segundo a qual: “*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*”.

Menezes Cordeiro, in “Tratado de Direito Civil Português” – I – Parte

Geral – Tomo I – pág. 379, a propósito do citado art. 16.º, escreve:

“O núcleo do diploma é dado pela proibição de cláusulas contrárias à boa fé – artigo 15.º; o artigo 16.º procura precisar um pouco essa remissão indeterminada, ainda que com cuidado, para não contundir com a evolução futura do conceito.

Desde logo o artigo 16.º, no seu corpo, apela para os “*valores fundamentais do direito, relevantes em face da situação considerada*”.

Não há, pois, qualquer remissão para uma boa fé subjectiva ou para uma “equidade” concreta ou um “equilíbrio equitativo”. Trata-se, de acordo com a actual Ciência do Direito civil, da boa fé objectiva que exprime, em cada decisão jurídica, as exigências do próprio sistema. A esta luz, a concretização da boa fé passa pelo (re)conhecimento das disposições supletivas que as partes pretenderam afastar e pela ponderação do seu papel concreto à luz do sistema.

O artigo 16.º, nas suas duas alíneas, sublinha, ainda, os princípios mediante a concretização da boa fé: a tutela da confiança e a primazia da materialidade subjacente.

O primeiro é decisivo em todo o processo: a raiz da tutela dispensada pela LCCG reside na necessidade de acautelar a posição do aderente que, pretendendo adquirir certo produto e confiante na seriedade e na idoneidade do processo que lhe é proposto, se entrega nas mãos do utilizador.

A confiança geral na contratação e no mercado e a confiança especial nas cláusulas e no contrato singular são primordiais”.

Após estas considerações sobre os contratos de adesão e a filosofia das ccg, mormente o nodal princípio da boa fé, vejamos em que medida são aplicáveis aos contratos de seguro de grupo como contratos de adesão, face ao ónus de informação completa e esclarecida sobre o conteúdo do contrato e respectivas exclusões em vista da protecção do aderente, questão que constitui a pedra angular do recurso.

O artigo 4.º, n.º1, do DL n.º176/95, de 26 de Julho, coloca o *dever de informação* a cargo do tomador do seguro, dispondo: “*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*”.

O n.º2 estabelece: “*O ónus de prova de ter fornecido as informações referidas no número anterior compete ao tomador de seguro.*

O n.º3 – “*Nos seguros de grupo contributivo, o incumprimento*

referido no n.º1 implica para o tomador de seguro a obrigação de suportar de sua conta a parte do prémio correspondente ao segurado, sem perda de garantias por parte deste, até que se mostre cumprida a obrigação.”

O n.º4 – *“O contrato poderá prever que a obrigação de informar os segurados referida no n.º1 seja assumida pela seguradora.*

O n.º5 – *“Nos seguros de grupo a seguradora deve facultar, a pedido dos segurados, todas as informações necessárias para a efectiva compreensão do contrato.”*

Menezes Cordeiro, in “Direito dos Seguros”, Almedina 2013, 731, ensina: “O contrato de seguro de grupo cobre os riscos de um conjunto de pessoas, ligadas ao tomador do seguro por um vínculo que não seja o de segurar. Temos, pois, uma construção jurídica deste tipo: uma relação entre os participantes no grupo (os segurados) e o tomador: trata-se de uma relação de natureza discutida, mas que desemboca na figura da prestação de serviço e do mandato; uma relação de seguro, entre o tomador e o segurador.”

No douto Acórdão deste Supremo Tribunal de Justiça, de 13.9.2016 – Proc. 1445/13.1TVL.SB.L2.S1 – in www.dgsi.pt – de que foi Relator o Conselheiro Júlio Gomes, estando em causa um contrato de seguro de grupo contributivo, relacionado com um contrato de empréstimo para habitação, depois de se aludir à diversa caracterização doutrinal de tal contrato, pode ler-se com relevância que se colhe para o caso em apreciação:

“ [...] A situação presente nos autos é a de um seguro de grupo contributivo que desempenha, como se disse, uma função de garantia, a qual é, obviamente, conhecida do segurador. Aliás este admite expressamente, nas Conclusões do seu recurso, a relação existente entre o contrato de mútuo e o contrato de seguro.

O aderente não pode ser concebido, nestes casos, como um mero terceiro totalmente alheio à relação contratual entre as partes do contrato de seguro, como resulta, aliás, de várias considerações: em primeiro lugar, e ainda que esta não seja a mais importante, porque das próprias declarações desses terceiros é que resultará o complexo de riscos assumidos pelo segurador, já que são eles as pessoas seguras; em segundo lugar, porquanto a própria actuação do segurador desempenha um papel relevante na formação do vínculo entre o tomador do seguro e o aderente, como resulta hoje muito claro do artigo 86.º da LCS (que, em todo o caso, só entrou em vigor a 1 de Setembro de 2009); e, finalmente, e sobretudo, do facto de que no seguro de grupo contributivo é o “terceiro” aderente quem assume o dever de pagar, no todo ou em parte, o prémio.”

Numa estrita interpretação do ónus *de prova da informação ao*

aderente, tal como prevista no citado nº2 do art. 4º, entende a jurisprudência, que cremos maioritária, deste Supremo Tribunal de Justiça – por mais recentes os doutos Acórdãos de 5.4.2016 – Proc. 36/12.0TBALD.C1-A.S1, e de e de 27.9.2016 – Proc. 240/11.7TBVRM.G1.S1 – in www.dgsi.pt – ambos do Relator José Ráinho – que incumprido esse ónus de informação, que impende sobre o tomador e beneficiário do seguro (*in casu* a BANCO DD), tal omissão e as suas consequências não são oponíveis à seguradora que, se demandada pelos aderentes, pode opor a estes a sua não responsabilidade na omissão daquele dever fulcral.

“É de entender, face ao que se dispunha no art. 4º do DL 176/95, que era sobre o tomador de seguro, e não sobre a seguradora, que competia obrigatoriamente comunicar ao aderente ao seguro de grupo as coberturas e exclusões constantes das condições gerais e especiais do contrato” – ponto VI do sumário deste último aresto.

Sendo a boa fé e o desejável equilíbrio das partes no contrato, valores que não podem ser postergados, devendo buscar-se uma interpretação que acolha a *equação económica* negocial, tendo em vista os interesses nela supostos, cumpre indagar se, sendo o contrato de *seguro de grupo* um contrato de adesão, no caso contributivo, estando a parte mais fraca – os aderentes ao grupo – entre dois protagonistas muito mais fortes negocialmente (banco e seguradora) com quem tem lidar e, não podendo influir quanto a ambos, no conteúdo dos contratos, se uma interpretação que salvaguarde a protecção do aderente, não será procurar à luz mais intensa da regra da boa fé e da finalidade social e económica da triangulação contratual.

Não deve negligenciar-se que, a partir do momento em que se dá a adesão, constitui-se uma *relação trilateral*: tomador do seguro, seguradora e aderente, sendo que este é aquele cuja posição contratual, mais fraca, não se coloca no mesmo patamar daqueloutros,

Se a omissão do dever de informar for oponível pela seguradora ao aderente, por se considerar que sobre ela não recai qualquer sanção em virtude da omissão do dever de informação competir ao tomador do seguro, a posição jurídica do aderente sofre duro revés.

Se aos aderentes for oponível, pela seguradora, a omissão de informar violada pelo tomador do seguro – a entidade bancária – o contrato vale plenamente em relação aos aderentes, tal qualmente tivesse sido concluído com respeito total por aquele nuclear dever cujo incumprimento apenas poderia responsabilizar civilmente o tomador e beneficiário do seguro e não a seguradora em relação a quem o aderente está mais *próximo* contratualmente após a *adesão*, sendo que é à seguradora que o aderente paga o prémio por ela calculado.

Não se pode esquecer que, tratando-se de uma *relação negocial complexa*, imposta pelo interesse contratual do banco mutuante e da

seguradora que, normalmente lhe está associada em ostensiva sinergia económica^[3], o aderente fica entre dois colossos: não tem, como consumidor, protecção eficaz perante as duríssimas consequências advenientes de lhe ser oponível a violação contratual perpetrada pelo tomador e beneficiário do seguro.

A sanção é desproporcionada para a violação do dever de informar o conteúdo contratual, mormente as cláusulas de exclusão, no confronto com as consequências da violação e os efeitos dela decorrentes para o proponente que, nos termos do art. 4º, nº3, do DL. 176/95, apenas terá que suportar a parte dos prémios que corresponde ao segurado.

Decorre do preâmbulo do diploma de 1995 que se “*estabelece(m) regras de transparência para a actividade seguradora e disposições relativas ao regime jurídico do contrato de seguro*, e aí se afirma: “*A importância da informação do consumidor no novo quadro da actividade seguradora torna, porém, aconselhável que a regulamentação agora publicada contemple, desde já, certos aspectos do regime contratual que se encontram intimamente associados àquela informação*”.

No contexto da definição do regime jurídico do contrato de seguro de grupo, a protecção do consumidor era já naquele diploma preocupação do legislador.

A posição jurídica do aderente que, não tendo sido informado das cláusulas de exclusão do seguro, se vê *surpreendido* pela actuação da seguradora que declina a responsabilidade assumida por via do contrato de seguro de grupo após a adesão, tem fraca protecção no direito que o aderente pode actuar contra o tomador do seguro se a indemnização que lhe puder exigir se reportar à reintegração, no seu património, do valor dos prémios que despendeu – indemnização pelo interesse contratual negativo – podendo não lhe ter servido de quase nada a protecção do seguro, lá e quando, como no caso, uma incapacidade permanente e definitiva surge: como consumidor não se vislumbra onde a lei protege eficazmente o aderente.

Se o banco mutuante, tomador do seguro, não deve ser considerado juridicamente agente, nem intermediário directo ou mediador da seguradora, muito embora exista uma ligação económica de grupo que, objectivamente faz do aderente “*cliente simultâneo*” do banco e da seguradora, esta circunstância evidencia que, em relação a estes sujeitos do contrato (trilateral), nenhum poder negocial detenha o segurado (o contrato principal não é de adesão entre o Banco e a Seguradora sendo apenas por eles negociado): a vinculação contratual fica acertada ao balcão do banco, sem liberdade de escolha em relação à entidade seguradora, em patente cerceamento da liberdade e autonomia negociais, que protecção pode ter o aderente.

A interpretação que protege o consumidor, como parte mais fraca,

deverá considerar que, nos casos em que tiver sido demandada na acção a seguradora, mas nela tenha intervindo o Banco tomador do seguro, e não conseguindo este (nem aquela, diga-se) provar que cumpriu o *ónus de informar* o aderente do contrato de seguro de grupo, ante a dialéctica discussão, é oponível pelo aderente, que para nada contribuiu nem violou o contrato, a falta de cumprimento do ónus de informação, e, consequentemente, deve ser excluído o clausulado em relação ao qual o tomador do seguro violou o dever de informação.

De notar que, no preâmbulo do vigente diploma sobre o contrato de seguro – DL. 72/2008, de 16.6, se refere, numa lógica de protecção do aderente do contrato de seguro deste tipo, que – *“Nos contratos de seguro de grupo em que os segurados contribuem para o pagamento, total ou parcial, do prémio, a posição do segurado é substancialmente assimilável à de um tomador do seguro individual. Como tal, importa realçar que da nova regulamentação deste tipo de seguro resulta que o facto de o contrato de seguro ser celebrado na modalidade de seguro de grupo não constitui um elemento que determine um diferente nível de protecção dos interesses do segurado e que prejudique a transparência do contrato”*, o que, no nosso entendimento, e sob pena de o propósito do legislador nada valer, se deve considerar que não é oponível ao aderente, pela Seguradora, a violação do devedor de comunicação de cláusulas que deveriam ter sido informadas e esclarecidas.

Seria, assim, aplicável o art.5.º, n.º1, do DL 446/85, de 25 de Outubro, que prevê, para o dever de comunicação, que: *“As cláusulas contratuais gerais devem ser comunicadas na íntegra aos aderentes que se limitem a subscrevê-las ou a aceitá-las”*, e que de acordo com subsequente o n.º2, *“a comunicação deve ser realizada de modo adequado e com a antecedência necessária para que, tendo em conta a importância do contrato e a extensão e complexidade das cláusulas, se torne possível o seu conhecimento completo e efectivo por quem use de comum diligência”*, e que *“O ónus da prova da comunicação adequada e efectiva cabe ao contraente que submeta a outrem as cláusulas contratuais gerais.”* - (n.º 3 do art. 5.º).

O art. 6º do mencionado diploma impõe ao proponente um dever de informação de acordo com as circunstâncias do contrato, ou seja, tendo em conta o seu conteúdo e complexidade.

O art. 8º al. a) estabelece a sanção para as cláusulas que não tenham sido objecto de comunicação, nos termos do n.º5 antes referido, consignando que se consideram excluídas dos contratos singulares.

A al. b) do DL. 446/85, de 25.10, fulmina com a mesma sanção – *“As cláusulas comunicadas com violação do dever de informação, de molde que não seja de esperar o seu conhecimento efectivo”*.

Nos termos do art. 8º das *ccg* – “*Consideram-se excluídas dos contratos singulares a) as cláusulas que não tenham sido comunicadas nos termos do artigo 5º; b) as cláusulas comunicadas com violação do dever de informação, de molde que não seja de esperar o seu conhecimento efectivo [...],*”

No Acórdão deste Supremo Tribunal de Justiça, de 14.4.2015 – Proc. 294/2002.E1.S1 – in www.dgsi.pt, pode ler-se:

“Mas significará tal disposição [artigo 4.º, n.º 1 do DL n.º 176/95, de 26 de Julho] que nos contratos em que está em causa uma relação tripartida, como o caso dos contratos de seguro de grupo, apenas o banco tomador de seguro está vinculado a esta obrigação de comunicar integralmente as cláusulas do contrato ao segurado?

Os deveres de comunicação e esclarecimento, na íntegra, do conteúdo negocial estão previstos nos arts. 5.º e 6.º do DL 446/85 e resultam directamente do princípio da boa fé contratual consagrado no art. 227.º do Código Civil, estendendo-se a todas as partes dos contratos que tenham poder de impor cláusulas negociais ao consumidor.

No caso concreto, a fonte do dever de informação da seguradora, para além do princípio da boa fé, é a lei – artigos 5.º e 6.º do DL n.º 446/85, de 25 de Outubro – em virtude de o segurado praticar um acto de adesão, limitando-se a aceitar ou a rejeitar em bloco o contrato.

Este acto de adesão do segurado é uma manifestação de vontade do aderente, o que significa que, nos contratos de seguro de grupo, em que existe um acto de adesão do segurado, estamos perante um contrato individual entre cada aderente e a seguradora. Sendo assim, é aplicável ao caso o DL n.º 446/85, de 25/10 para regular as relações entre o segurado e a seguradora.

O facto de o legislador ter fixado, no art. 4.º, n.º1 do DL n.º 176/95, de 26 de Julho, deveres de informação a cargo do tomador de seguro, não significa que tenha querido onerar exclusivamente o banco com estes deveres e exonerar a seguradora, perante o aderente, dos deveres que já decorriam dos arts 5.º e 6.º do DL n.º 446/85, de 25 de Outubro.

[...] Ora, o contexto em que a norma foi elaborada e a razão de ser da lei – o aumento da protecção do consumidor e das garantias de transparência – indicam claramente a funcionalização da relação jurídica entre o Banco e a Seguradora à protecção dos interesses da parte mais fraca do contrato, conforme resulta do Preâmbulo do diploma (DL n.º 176/95, de 26-07), que afirma “*A importância da informação do consumidor no novo quadro da actividade seguradora*”.

A prossecução deste objectivo implica necessariamente um reforço da

protecção do aderente e não a sua diminuição, pelo que não podemos considerar o DL n.º 176/95 como uma lei especial que derroga o diploma que fixa o regime das cláusulas contratuais gerais, enquanto lei geral ou comum. Até porque não se pode considerar que o DL n.º 446/85 seja lei geral ou comum, sendo antes uma lei especial em relação ao regime comum dos contratos e que o derroga. Estaríamos, então, apenas perante duas leis especiais em relação ao regime geral dos contratos e cuja interpretação e aplicação deve ser harmonizada, sem que nenhuma delas afaste a outra.”.

Deste modo concluímos, como ali (ut. sumário), que: “O acto de adesão do segurado em relação às condições do contrato de seguro consubstancia uma manifestação de vontade de que é contraparte a seguradora, o que permite atribuir ao aderente uma protecção equivalente à do segurado num contrato de seguro individual, aplicando-se o DL n.º 446/85, de 25/10 para regular as relações entre o segurado e a seguradora e que os deveres de comunicação e esclarecimento, na íntegra, do conteúdo negocial estão previstos nos arts. 5.º e 6.º do DL 446/85 e resultam directamente do princípio da boa fé contratual consagrado no art. 227.º do Código Civil, estendendo-se a todas as partes dos contratos que tenham poder de impor cláusulas negociais ao consumidor.

Neste entendimento consideramos que, na vigência do artigo 4º do DL. 176/95, de 26 de Julho, não tendo o Banco tomador e beneficiário do seguro, provado ter cumprido o ónus de informação “sobre as coberturas exclusões contratadas”, não pode a seguradora, demandada como Ré, e o Banco que na acção foi interveniente principal, opor ao aderente do contrato de seguro de grupo do ramo vida, as cláusulas que não foram informadas, para se eximirem do pagamento do capital seguro, verificado o risco previsto.

Sumário – art. 663º, nº7, do Código de Processo Civil:

- *Contrato de seguro do ramo vida - Seguro de grupo contributivo - Empréstimo bancário - Contrato de adesão - Ónus de informação – Omissão - Exclusão de cláusulas - Inoponibilidade ao aderente*

I. Os artigos 15º e 16º do Decreto-Lei 446/85, de 25.10 – que proíbem a inserção em contratos de adesão de cláusulas contratuais gerais (ccg) contrárias à boa-fé, estabelecendo que devem ser ponderados os “valores fundamentais do direito relevantes na situação considerada”, assim como a confiança suscitada pelo sentido global das cláusulas, e o objectivo visado pelas partes e outros elementos atendíveis, – apela a *conceitos indeterminados* que relevam, em cada caso, sendo aplicáveis em contratos de adesão de seguro do ramo vida que encerram uma *relação trilateral*: banco (mutuante), seguradora, e mutuário (aderente)

II. Nesta perspectiva, que é também um critério *valorativo*, importa

ponderar que, no caso em apreço, o mutuário que é consumidor e aderente no contrato de seguro, visa realizar a ambição legítima de se tornar proprietário da sua habitação, o que implica que se pondere que o *mútuo de escopo* do consumidor almeja a realização de um objectivo individual e social ligado a um direito digno da maior tutela, a postular que o desequilíbrio contratual seja minorado, não só por essa consideração, mas também pela *confiança* que a parte mais fraca investe no comportamento da outra.

III. Sendo a boa fé e o desejável equilíbrio das partes no contrato, valores que não podem ser postergados, devendo buscar-se uma interpretação que acolha a *equação económica* negocial, tendo em vista os interesses nela supostos, cumpre indagar se, sendo o contrato de *seguro de grupo* um contrato de adesão, no caso contributivo, estando a parte mais fraca – os aderentes ao grupo – entre dois protagonistas muito mais fortes negocialmente (banco e seguradora) com quem tem lidar e, não podendo influir quanto a ambos, no conteúdo dos contratos, se uma interpretação que salvguarde a protecção do aderente, não será procurar à luz mais intensa da regra da boa fé e da finalidade social e económica da triangulação contratual.

IV. Se aos aderentes for oponível, pela seguradora, a omissão de informar violada pelo tomador do seguro – a entidade bancária – o contrato vale plenamente em relação aos aderentes, tal qualmente tivesse sido concluído com respeito total por aquele nuclear dever cujo incumprimento apenas poderia responsabilizar civilmente o tomador e beneficiário do seguro e não a seguradora em relação a quem o aderente está mais *próximo* contratualmente após a *adesão*, sendo que é à seguradora que o aderente paga o prémio por ela calculado.

V. Não se pode esquecer que, tratando-se de uma *relação negocial complexa*, imposta pelo interesse contratual do banco mutuante e da seguradora que, normalmente lhe está associada em ostensiva sinergia económica, o aderente fica entre dois colossos: não tem, como consumidor, protecção eficaz perante as duríssimas consequências advenientes de lhe ser oponível a violação contratual perpetrada pelo tomador e beneficiário do seguro.

VI. A posição jurídica do aderente que, não tendo sido informado das cláusulas de exclusão do seguro, se vê *surpreendido* pela actuação da seguradora que declina a responsabilidade assumida por via do contrato de seguro de grupo após a adesão, tem fraca protecção no direito que o aderente pode actuar contra o tomador do seguro se a indemnização que lhe puder exigir se reportar à reintegração, no seu património, do valor dos prémios que despendeu – indemnização pelo interesse contratual negativo – podendo não lhe ter servido de quase nada a protecção do seguro, lá e quando, como no caso, uma

incapacidade permanente e definitiva surge: como consumidor não se vislumbra onde a lei protege eficazmente o aderente.

VII. Se o banco mutuante, tomador do seguro, não deve ser considerado juridicamente agente, nem intermediário directo ou mediador da seguradora, muito embora exista uma ligação económica de grupo que, objectivamente faz do aderente “*cliente simultâneo*” do banco e da seguradora, esta circunstância evidencia que, em relação a estes sujeitos do contrato (trilateral), nenhum poder negocial detenha o segurado (o contrato principal não é de adesão entre o Banco e a Seguradora sendo apenas por eles negociado): a vinculação contratual fica acertada ao balcão do banco, sem liberdade de escolha em relação à entidade seguradora, em patente cerceamento da liberdade e autonomia negociais, que protecção pode ter o aderente.

VIII. A interpretação que protege o consumidor, como parte mais fraca, deverá considerar que, nos casos em que tiver sido demandada na acção a seguradora, mas nela tenha intervindo o Banco tomador do seguro, e não conseguindo este (nem aquela, diga-se) provar que cumpriu o *ónus de informar* o aderente do contrato de seguro de grupo, ante a dialéctica discussão, é oponível pelo aderente, que para nada contribuiu nem violou o contrato, a falta de cumprimento do ónus de informação, e, consequentemente, deve ser excluído o clausulado em relação ao qual o tomador do seguro violou o dever de informação.

IX. No preâmbulo do vigente diploma sobre o contrato de seguro – DL. 72/2008, de 16.6, se refere, numa lógica de protecção do aderente do contrato de seguro deste tipo, que – “*Nos contratos de seguro de grupo em que os segurados contribuem para o pagamento, total ou parcial, do prémio, a posição do segurado é substancialmente assimilável à de um tomador do seguro individual. Como tal, importa realçar que da nova regulamentação deste tipo de seguro resulta que o facto de o contrato de seguro ser celebrado na modalidade de seguro de grupo não constitui um elemento que determine um diferente nível de protecção dos interesses do segurado e que prejudique a transparência do contrato*”, o que, no nosso entendimento, e sob pena de o propósito do legislador nada valer, se deve considerar que não é oponível ao aderente, pela seguradora, a violação do devedor de comunicação de cláusulas que deveriam ter sido informadas e esclarecidas.

X. Na vigência do artigo 4º do DL. 176/95, de 26 de Julho, não tendo o Banco tomador e beneficiário do seguro, provado ter cumprido o ónus de informação “*sobre as coberturas exclusões contratadas*”, não pode a seguradora, demandada como Ré, e o Banco que na acção foi interveniente principal, opor ao aderente do contrato de seguro de grupo do ramo vida, as cláusulas que não foram informadas, para se eximirem do pagamento do capital seguro, verificado o risco previsto.

Decisão:

Nega-se a revista

Custas pelo Recorrente.

Supremo Tribunal de Justiça, 29 de novembro de 2016

Fonseca Ramos – Relator

Fernandes do Vale

Ana Paula Boularot

[1] **Relator – Fonseca Ramos.**

Ex.mos Adjuntos:

Conselheiro Fernandes do Vale.

Conselheira Ana Paula Boularot.

[2] “Nos contratos de seguro com renovação periódica, o regime jurídico do contrato de seguro aplica-se a partir da primeira renovação posterior à data de entrada em vigor do presente decreto-lei, com exceção das regras respeitantes à formação do contrato, nomeadamente as constantes dos artigos 18.º a 26.º, 27.º, 32.º a 37.º, 78.º, 87.º, 88.º, 89.º, 151.º, 154.º, 158.º, 178.º, 179.º, 185.º e 187.º do regime jurídico do contrato de seguro.”

[3] “O fenómeno designado por “bancassurance” traduz-se na ligação e colaboração entre os Bancos e as Companhias de Seguros, para o desenvolvimento de sinergias e economias de sistema, designadamente, na produção-comercialização de “produtos” concorrentes (seguros de vida, que vencem juros e capitalizam) ou “produtos” complementares (seguros de vida para garantia de empréstimos bancários)” – Acórdão deste Supremo Tribunal de Justiça, de 2.6.2015 – Proc. 109/13.0TBMLD.P1.S1 – in www.dgsi.pt
