

Processo:
Relator:
Descritores:

6398/09.8TVLSB.L1-2
PEDRO MARTINS
SEGURO DE VIDA
SEGURO DE INVALIDEZ
CONTRATO DE MÚTUO
CLÁUSULA CONTRATUAL GERAL
DEVER DE COMUNICAÇÃO
DEVER DE INFORMAR
INCAPACIDADE PERMANENTE

Nº do Documento:
Data do Acórdão:
Votação:
Texto Integral:
Meio Processual:
Decisão:
Sumário:

RL
13-09-2012
UNANIMIDADE
S
APELAÇÃO
ANULAÇÃO DA SENTENÇA

Se o risco coberto for pura e simplesmente a invalidez - por exclusão de cláusulas contratuais gerais decorrente do art. 8 da LCCG -, basta para o preenchimento dele o estado de uma pessoa que a incapacite, completa e definitivamente, de exercer a sua profissão [como actividade remunerada].
(da responsabilidade do Relator)

Decisão Texto Parcial:
Decisão Texto Integral:

Acordam no Tribunal da Relação de Lisboa os juízes abaixo assinados:

“A” e “B” (= autores) instauraram a presente acção contra Companhia de Seguros “C”, SA (= seguradora), e “D”, SA (= banco), pedindo: a condenação da seguradora a reconhecer o direito dos autores accionarem as condições da apólice, pagando [a seguradora] ao banco o capital em dívida na data da atribuição à autora da incapacidade permanente por doença de 80% (68.188,91€); a condenação da seguradora a pagar à autora quantia não inferior a 1.500€ a título de indemnização por danos não patrimoniais; a condenação do banco a aceitar o pagamento do capital em dívida por parte da seguradora considerando extinta a dívida dos autores; a condenação do banco a reembolsar os autores no montante correspondente às prestações por este pagas desde a data de atribuição à autora da incapacidade permanente.

Para tanto alegam que em 08/08/2003 os autores celebraram com o banco um contrato de mútuo no valor de 82.100€ a pagar em 120 meses; associado a este contrato, por imposição do banco, foi celebrado um contrato de seguro de vida entre a seguradora e os autores; em 13/04/2006 a autora solicitou à seguradora que fosse accionado o seguro por lhe ter sido atribuída uma incapacidade permanente por doença de 80% conforme junta médica (mais à frente acrescentam que tal incapacidade é impeditiva do exercício da sua actividade profissional); nesse momento a dívida dos autores para com o banco era de 63.189,91€; a seguradora recusou-se a pagar por entender que a incapacidade não preenche os requisitos necessários para ser reconhecida como

invalidez total e permanente por doença; ora, aquando da celebração do contrato de seguro não foram prestados aos autores quaisquer esclarecimentos, nem foi entregue uma cópia do mesmo, apenas foi transmitido que, se por motivo de doença ou acidente, fosse atribuída por junta médica uma incapacidade superior a 66% poderia ser accionada a apólice; depois de nova troca de correspondência a seguradora diz que não assume a responsabilidade por não se ter verificado a condição prevista no n.º 5 do art. 2 das condições especiais da apólice (“ser reconhecida [a invalidez que afecta a autora] previamente pela instituição de segurança social pela qual a pessoa segura se encontra abrangida, pelo tribunal de trabalho ou por junta médica”); o contrato de seguro é um contrato de adesão sendo-lhe aplicável o disposto no Dec.-Lei 446/85 de 25/10 (com alterações posteriores) e, no caso em apreço, não foi respeitado o dever de comunicação e informação [invocam o ac. do TRL de 15/11/2005, publicado na CJ.2005.V, págs. 94 e segs], pelo que as condições que a seguradora refere devem ter-se por excluídas do contrato [arts. 5 e 8a) do Dec. Lei 446/85]. A recusa da seguradora causou aos autores angústia e preocupação.

A seguradora contestou dizendo ter elaborado uma nota informativa com todos os dados necessários ao esclarecimento das partes essenciais do contrato, que é distribuída em todos os locais de venda dos contratos de seguro e que é entregue aos interessados, para lerem e estarem conscientes dos direitos e deveres emergentes da apólice antes de assinarem as propostas de adesão; a adesão dos autores verificou-se nos balcões do banco, a quem incumbia prestar todas as informações e esclarecimentos necessários à formalização da adesão e entregar-lhes cópia de toda a documentação relacionada com a apólice e suas condições gerais e especiais, o que fez; no momento da escritura os empregados do banco certificaram-se dessa entrega; nos termos do art. 2.º das condições especiais para se considerar verificada a invalidez total e permanente têm que verificar-se simultaneamente cinco condições; ora, estas cinco condições não se verificam no caso em apreço: a alegação de determinada incapacidade não é suficiente para o efeito; e a junta médica da Caixa Geral de Aposentações também considera que a autora não se encontra totalmente incapaz, tendo por esse motivo indeferido o seu pedido de aposentação. Conclui pela improcedência da acção.

O banco contestou, no essencial impugnando tudo o alegado pelos autores, inclusive aquilo que diz respeito ao modo como foi obtida a adesão dos autores ao seguro; diz ainda que não impôs aos autores a celebração do contrato [mas refere-se ao de empréstimo, enquanto os autores se referiam ao de seguro] e que estes deixaram de pagar as prestações a que estavam obrigados desde Abril de 2008; é alheio às razões de não pagamento por

parte da seguradora; inexistente qualquer causa que obrigue o banco a devolver aos autores o montante das prestações que forem cobradas enquanto se mantiver em vigor o contrato de mútuo. Conclui pela improcedência do pedido.

Depois de realizado o julgamento, foi proferida sentença, julgando a acção improcedente e absolvendo os réus do pedido.

Os autores recorrem desta sentença – para que seja revogada e substituída por outra que declare a procedência da acção – terminando as suas alegações com as seguintes conclusões:

“2. A sentença, embora considerando que não foi cumprida pelo banco a obrigação de informar os autores sobre as circunstâncias que teriam de se verificar para que a seguradora considerasse estar perante uma invalidez total e permanente e procedesse ao pagamento solicitado pela autora, julgou improcedente a acção, por entender que a autora não provou não ter capacidade de ganho para pagar o crédito contraído;

3. Contrariamente ao decidido, verificaram-se os pressupostos necessários para que o seguro de incapacidade, associado ao crédito para compra da habitação, fosse accionado;

4. A verdade é que a autora se submeteu, em 12/04/2006, a junta médica da administração regional de saúde de Lisboa e Vale do Tejo que lhe atribuiu, de acordo com a tabela nacional de incapacidades, aprovada pelo Dec.-Lei 341/93, de 30/09, uma incapacidade permanente global de 80%, desde 2005 (nº 12 dos factos assentes);

5. Ora, tal incapacidade é impeditiva do exercício da sua actividade profissional, pois, exercendo a profissão de professora na Escola Básica 2/3 de ..., desde início de 2006 que não trabalha (nºs 25 e 26 dos factos assentes);

6. O art. 4.º das condições gerais do contrato de seguro dispõe que o contrato abrangerá “2. Coberturas complementares, garantindo em conjunto com a cobertura principal, riscos e danos corporais como a invalidez ou outros que possam afectar a vida humana”;

7. A autora provou, como lhe competia, ter, desde 2005, uma incapacidade permanente global de 80% que não lhe permite exercer a sua profissão;

8. Tal é prova bastante da sua impossibilidade de pagar o crédito contraído;

9. Aliás, não consta das “condições de exigibilidade das importâncias seguras”, previstas no art. 9.º das condições gerais, a necessidade de demonstração de tal incapacidade de ganho, para além da prova da sua incapacidade para exercer a profissão;

10. A autora provou a sua incapacidade permanente global de 80% e a impossibilidade de exercer a sua profissão, o que bastava;

11. E não existe no contrato (nem tal foi alegado) qualquer cláusula de exclusão que determine que a responsabilidade da

seguradora é excluída se a autora não demonstrar, expressamente, ter perdido a total capacidade de ganho que a impossibilite de pagar o crédito para compra da sua habitação; 12. De qualquer forma, tal exclusão de responsabilidade, configuraria uma cláusula contratual geral, pelo que sempre deveria ter sido comunicada, de forma adequada, aos autores, o que não aconteceu;

13. Assim, contrariamente ao decidido, têm os autores direito a accionar o seguro a que aderiram, seguro esse associado ao contrato de mútuo para compra da sua habitação, devendo em consequência, os réus ser condenados no pedido.”

Os réus contra-alegaram, defendendo a improcedência do recurso da autora.

As contra-conclusões da seguradora são as seguintes:

a) Os autores não provaram que a autora esteja totalmente incapaz.

b) A autora não deu cumprimento às condições da apólice que exigem atestado detalhado, passado por médicos que a trataram, indicando as circunstâncias, causas, início, natureza e evolução da pretensa invalidez.

c) O facto de se ter submetido a junta médica e lhe ser atribuída uma incapacidade de 80% nada releva para o efeito da apólice, porquanto a mesma entidade não a considerou totalmente incapaz para o serviço que desempenhava.

A seguradora requereu a ampliação do âmbito do recurso - ao abrigo, segundo diz, do art. 684-A/2 do CPC, para que seja corrigida a sentença na parte que considerou a cláusula excluída da apólice - terminando, nessa parte, as contra-alegações, com as seguintes conclusões:

“a) Os autores foram devidamente informados das condições contratuais com a entrega do folheto informativo onde constam todos os dados necessários ao esclarecimento das partes essenciais do contrato.

b) Tal nota informativa é distribuída em todos os locais de venda dos contratos de seguro.

c) E é entregue a todas as pessoas interessadas em aderir à apólice para lerem e estarem conscientes dos direitos e deveres emergentes antes de assinarem as propostas de adesão.

d) A adesão ao seguro verificou-se nos balcões do banco.

e) A seguradora emitiu os certificados de seguro.

f) E informou os aderentes do teor das coberturas.

g) E, anualmente, dava-lhes conta do valor seguro e dos prémios devidos pela anuidade seguinte.

h) Por isso, não ignoravam, não podiam ignorar, quais as condições necessárias para fazer desencadear os efeitos da apólice.

i) Designadamente, não podiam desconhecer que uma das condições era a invalidez total e permanente, desde que

verificados os requisitos previstos na apólice, tal como consta da alínea H da matéria de facto assente.

j) A cláusula correspondente ao art. 2.º das condições especiais não pode ser excluída da apólice, porque a mesma foi comunicada aos aderentes e eles tinham perfeito conhecimento da mesma.

k) Estes bem entenderam o seu significado e, enquanto durou a apólice, desde Janeiro de 2003, nunca os aderentes questionaram a seguradora sobre os riscos contratados e as condições da apólice que muito bem conheciam.”

Junto com as contra-alegações, o banco interpôs recurso subordinado. Este recurso não foi admitido, porque se entendeu que o banco apenas podia requerer a ampliação do âmbito do recurso (art. 684-A/1 do CPC). O banco não reclamou deste despacho nos termos legais (art. 688 do CPC). O que fez foi fazer uma exposição ao juiz e requerer que ele entendesse o recurso subordinado como um requerimento de ampliação do recurso. O que não pode ser: o juiz tomou uma posição expressa quanto ao recurso. Como desse despacho cabia uma reclamação para o tribunal de recurso, o banco não podia escolher requerer para o órgão autor do acto. Se existe um meio processual específico para reagir contra um despacho judicial, o interessado não pode escolher uma outra via. Assim, não há que conhecer do recurso subordinado (entretanto anota-se que este tem, no essencial, o mesmo conteúdo e objectivo do requerimento de ampliação do recurso feito pela seguradora... que vai ser apreciado mais à frente).

*

Questões que cumpre solucionar: por uma questão de precedência lógica, a primeira das questões a apreciar é a levantada pelo requerimento de ampliação do âmbito do recurso feito pela seguradora, ou seja, se a cláusula 2ª das condições especiais do contrato não devia ter sido excluída do contrato; e depois, no caso de resposta negativa a esta primeira questão, coloca-se a levantada pelos autores, ou seja, se a incapacidade permanente de 80% da autora preenche a hipótese de invalidez total e permanente exigida para o accionamento do seguro.

*

Estão dados como provados os seguintes factos [os sob alíneas vêm dos factos assentes e os sob números vêm das respostas aos quesitos]:

A) Em 08/08/2003 os autores e o banco acordaram que o segundo emprestava aos primeiros 82.100€, pelo prazo de 120 meses, e que, como garantia, era constituída hipoteca sobre a fracção designada pela letra UF correspondente ao 10.º E do prédio, denominado Lote C-1, sito na ..., n.º 2 a 2-A, 4 a 4-A, 6 a 6-E e 8 a 8-F, ..., Lisboa.

B) Entre a seguradora e o banco foi celebrado um contrato de

seguro do ramo vida titulado pela apólice ..., nos termos do qual a seguradora assumia a posição de seguradora e o banco a de tomador.

C) Aquando do empréstimo referido em A) os autores aderiram ao seguro referido em B).

D) Em 13/04/2006 a dívida dos autores para com o banco era de 63.188,91€.

E) Dispõe o art. 4.º das condições gerais sob a epígrafe “riscos seguráveis”:

“O contrato abrangerá, conforme o estipulado nas condições especiais e particulares:

[...]

2. Coberturas complementares, garantindo em conjunto com a cobertura principal, riscos de danos corporais como a invalidez ou outros que possam afectar a vida humana.”.

F) E o art. 9.º das condições gerais sob a epígrafe “condições de exigibilidade das importâncias seguras”:

“1. Relativamente a cada pessoa segura as importâncias seguras só poderão tornar-se exigíveis após a apresentação dos seguintes documentos, além de outros previstos nas condições especiais:

[...]

Risco de invalidez

Atestado detalhado, passado por médicos que tratam e/ou trataram a pessoa segura, indicando as circunstâncias, causas, início, natureza, evolução e provável duração da citada invalidez. Relatório circunstanciado sobre a actividade exercida pela pessoa segura na data da ocorrência do estado de invalidez.

G) Dispõe o art. 1.º das condições especiais [cobertura complementar de invalidez total e permanente por doença – tipo B -] sob a epígrafe “garantia”:

“Relativamente a cada pessoa segura, a seguradora garante em caso de invalidez total e permanente em consequência de doença, o pagamento do capital desta cobertura complementar, de valor indicado nas condições particulares.”.

H) E o art. 2.º sob a epígrafe “definições”:

“Doença – entende-se por doença toda a alteração involuntária do estado de saúde da pessoa segura não causada por acidente e susceptível de constatação médica objectiva.

Invalidez total e permanente – Entende-se por invalidez total e permanente o estado que incapacite a pessoa segura, completa e definitivamente, de exercer a sua profissão ou qualquer outra actividade remunerada compatível com os seus conhecimentos e aptidões.

Para que seja considerada essa invalidez terão de verificar-se simultaneamente as seguintes condições:

1. Persistência da incapacidade total para o trabalho durante um período não inferior a seis meses sem interrupção; [...];

2. 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;

3. Perda definitiva da capacidade de ganho superior a 2/3;

4. Corresponder a um grau de desvalorização igual ou superior a 2/3, de acordo com a tabela nacional de incapacidade por acidentes de trabalho e doenças profissionais, não entrando para o cálculo quaisquer defeitos físicos pré-existentes;

5. Ser reconhecida previamente pela instituição de segurança social pela qual a pessoa segura se encontra abrangida, pelo tribunal de trabalho ou por junta médica”.

I) Dispõe o art. 1.º das condições particulares sob a epígrafe “tomador de seguro”: “o tomador de seguro do presente contrato é o banco.”

J) E o art. 5.º, sob a epígrafe “beneficiário”: “o beneficiário das garantias conferidas por este contrato é o banco.”

L) A autora nasceu em 24/09/1950.

3. A autora submeteu-se em 12/04/2006 a junta médica da administração regional de saúde de Lisboa e Vale do Tejo / sub-região de Lisboa que lhe atribuiu, de acordo com a tabela nacional de incapacidades aprovada pelo Dec.-Lei 341/93 de 30/09, uma incapacidade permanente global de 80% desde 2005.

4. Em data anterior a 01/06/2006, a autora solicitou por escrito à seguradora que fosse accionado o seguro a que se alude em B) e C).

5. A seguradora recusou-se a pagamento alegando que não se mostravam reunidos os requisitos previstos nas condições especiais da apólice. *[na sentença este ponto 5 corresponde à anterior redacção do quesito 4; trata-se de lapso manifesto, visto que o quesito 4 teve a resposta que já consta acima; o ponto 5 refere-se pois ao quesito 5, dado como provado].*

6. Este facto causou à autora angústia e preocupação.

8. A seguradora elaborou uma nota informativa com todos os dados necessários ao esclarecimento das partes essenciais do contrato.

9. Tal nota informativa é distribuída em todos os locais de venda dos contratos de seguro.

10. É entregue a todas as pessoas interessadas em aderir à apólice para lerem e estarem conscientes dos direitos e deveres emergentes antes de assinarem as propostas de adesão.

11. A adesão dos autores ao seguro verificou-se nos balcões do banco.

14. A seguradora emitiu os certificados de seguro.

15. Informou os aderentes do teor das coberturas.

16. Anualmente dava-lhes conta do valor seguro e dos prémios devidos pela anuidade seguinte.

17. Os autores não pagaram as prestações referentes ao empréstimo desde Novembro de 2007 inclusive.

18. A autora exerce a profissão de professora na Escola Básica

2/3 de

19. Desde início de 2006 que a autora não trabalha.

*

Da exclusão do art. 2 das condições especiais

A fundamentação da sentença, na parte que agora importa, é a seguinte:

“ Encontramo-nos perante um seguro de grupo, cujo contrato se forma em dois momentos: num primeiro momento é celebrado o contrato entre a seguradora e o tomador do seguro e, num segundo momento, concretizam-se as adesões dos membros do grupo. Como refere Paula Ribeiro Alves, *in* Intermediação de Seguros e Seguro de Grupo – Estudos de Direito dos Seguros, 2007, p. 291 e ss “(...) É com a adesão que surgem as pessoas seguras, visto que o tomador de seguro não tem essa qualidade. E, sem pessoas seguras, não há seguro”.

Existe, assim, uma relação triangular que envolve a entidade bancária (que assume simultaneamente a posição de tomadora e de beneficiária), a seguradora e o segurado.

O seguro em causa é um seguro de grupo contributivo uma vez que os segurados suportam o pagamento do prémio devido pelo tomador do seguro [art. 1º g) e h) do Dec.-Lei 176/95 de 25/07, entretanto revogado e substituído pelo Dec.-Lei nº 72/2008 de 16/04 que prevê a mesma matéria nos arts. 76 e 77 nºs 1 e 2]. Presentemente o Dec.-Lei 222/2009 de 11/09 prevê medidas de protecção do consumidor na celebração de contratos de seguro de vida associados ao crédito à habitação.

*

2. O contrato de seguro como contrato de adesão e a omissão do dever de informar.

Conforme se referiu supra os autores limitaram-se a aderir aos termos que lhe foram propostos não tendo havido qualquer ajuste acerca de todos os pontos do contrato.

Dispõe o art. 4º do Dec.-Lei 176/95 de 26/07, vigente à data da celebração do contrato de seguro em causa:

“1. Nos seguros de grupo, o tomador do seguro deve obrigatoriamente informar os segurados sobre as coberturas e exclusões contratadas, as obrigações e direitos em caso de sinistro e as alterações posteriores ocorram neste âmbito, em conformidade com um espécimen elaborado pela seguradora.

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

[...].

O mesmo resulta dos arts. 5º e 6º do Dec.-Lei 446/85 de 25/10, com as alterações introduzidas pelo Dec.-Lei 220/95 de 31/08, Dec.-Lei 249/99 de 07/07 e Dec.-Lei nº 323/2001 de 17/12, que aprovou o regime jurídico das cláusulas contratuais gerais.

Assim sendo, incumbia *ao banco* o ónus de alegar e provar que tinha cumprido a acima referida obrigação de informar os

segurados, designadamente as circunstâncias que teriam de verificar-se para que a *seguradora* considerasse estar perante uma invalidez total e permanente e procedesse ao pagamento solicitado.

In casu esta prova não foi feita.

Entendemos que as consequências da omissão do dever de comunicação por parte do banco ao segurado estendem-se à seguradora, i.e., a cláusula em causa não pode ser oponível por esta ao segurado, porque o banco age como mediador, por conta e em benefício daquela.

Com efeito, o acima referido art. 4º nº 2 do Dec.-Lei 176/95 tem como *ratio* apenas dirimir os eventuais conflitos entre a seguradora e o tomador e, uma vez que, no caso em apreço, os réus pertencem ao mesmo grupo económico não nos parece curial que a seguradora possa prevalecer-se de tal disposição para se ilibar ao pagamento do capital seguro. Neste sentido vide ac. TRG de 19/10/ 2010, in www.dgsi.pt, onde se lê “Ponderando que, no presente caso, como na grande maioria dos casos, as únicas entidades que têm o poder de conformar o contrato são a entidade bancária e a seguradora, que estabelecem, entre si, o programa contratual a que o segurado se limita a aderir, mal seria que a seguradora, invo-cando um ilícito contratual da entidade bancária, fizesse recair sobre o segurado, alheio a essa violação (do dever de informação), as consequências ou os efeitos do incumprimento”.

Pelo exposto, impõe-se considerar excluída tal cláusula do contrato de seguro – art. 2.º das condições especiais que prevê o conceito de invalidez total e permanente - mantendo-se o contrato e vigorando na parte afectada as normas supletivas aplicáveis com recurso, se necessário, às regras de integração dos negócios jurídicos [arts. 8.º a) e 9.º do RJCCG].”

*

Como decorre do que antecede, os recursos não põem em causa as conclusões da sentença quanto à natureza do contrato de seguro dos autos – contrato de seguro de grupo e contrato por adesão – nem as normas que são invocadas, nem mesmo o entendimento sobre as relações entre seguradora e banco e consequências destas. E tudo isto está bem fundamentado e decidido e tem apoio, para além de no acórdão do TRG invocado na sentença recorri-da, ainda, por exemplo, nos acórdãos do TRP de 11/09/2008 (0834361 – *este como os outros da base de dados do ITIJ*) [que invoca também o estudo de Paula Ribeiro Alves, *Intermediação de Seguros e Seguro de Grupo*, Almedina, 2007, pp. 31 e 32], do TRC de 09/01/2012 (27/10.4T2 AND.C1), do TRL de 03/05/2011 (CJ2011, III, págs. 85/88), e na posição de Jorge Morais de Carvalho, *Os contratos de consumo. Reflexão sobre a autonomia privada no direito do consumo*, Almedina, Maio de 2012 (e na jurisprudência por ele citada nas notas 514 e 515 da

pág. 188).

Aquilo que se discute é, assim, nesta parte, o cumprimento do dever de informação que, no seu requerimento de ampliação do âmbito do recurso, a seguradora já chama de comunicação.

Posto isto.

*

Dos deveres de comunicação e de informação

Por força do art. 5/1 do regime jurídico das cláusulas contratuais gerais (do Dec.-Lei 446/85 = LCCG), sob a epígrafe de “comunicação” 1 - As cláusulas contratuais gerais devem ser comunicadas na íntegra aos aderentes que se limitem a subscrevê-las ou a aceitá-las. Esta comunicação, esclarece o n.º 2 do mesmo artigo, 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. A violação deste dever leva à exclusão das cláusulas contratuais gerais por força da al. a) do art. 8 da LCCG.

Por sua vez, o art. 6/1 da LCCG, sob a epígrafe de “dever de informação”, dispõe que o contratante que recorra a cláusulas contratuais gerais deve informar, de acordo com as circunstâncias, a outra parte dos aspectos nelas compreendidos cuja aclaração se justifique. A violação deste dever leva à exclusão das cláusulas contratuais gerais mas não por força da al. a) do art. 8 da LCCG, mas antes por força da sua al. b).

Como decorre desta separação entre estes deveres e da previsão de consequências para cada um deles, uma coisa é o dever de comunicação e outra é o dever de informação (neste sentido, Almeno de Sá, Cláusulas contratuais gerais e directiva sobre cláusulas abusivas, 2ª edição, Almedina, 2001, págs. 59 a 69; Pedro Caetano Nunes, Comunicação de cláusulas contratuais gerais, Estudos em homenagem ao Prof. Doutor Carlos Ferreira de Almeida, Vol. II, Almedina, 2011, págs. 529/530; e Jorge Morais de Carvalho, obra citada, especialmente págs. 178 a 191 e notas 516 e 517).

Para além disso, o cumprimento do dever de comunicação é um dever de comunicação, na íntegra, de todas as cláusulas contratuais gerais e tem de observar a série de exigências referidas no n.º 2 do art. 5 da LCCG.

Como diz Pedro Caetano Nunes:

“O art. 5 deve ser interpretado no sentido de onerar o predisponente com especiais exigências de comunicação que tornem saliente a presença das cláusulas contratuais gerais mais desfavoráveis para o aderente, contribuindo, de forma relevante, para a diminuição dos custos de investigação e da assimetria de informação do aderente” (estudo citado, págs. 529/530).

Tendo isto em conta e o que acima se disse sobre o teor das

contestações dos réus, logo se conclui que os réus nem sequer alegavam o cumprimento do dever de comunicação.

O banco, porque, apesar de, como resulta acima, a lei, a jurisprudência, a doutrina e a seguradora esclarecerem que era ele – como intermediário ou mediador (entre os autores e a seguradora) - que tinha que cumprir a comunicação e esclarecimento, disse ignorar, sem obrigação de conhecer, o que a esse propósito era alegado pelos autores...

A seguradora porque o que alegava só tinha a ver com o dever de informação, também dito de esclarecimento (Jorge Morais Carvalho, obra citada, págs. 188/189), e não com o dever de comunicação. É que do que a ré falava era de informação e esclarecimento, não de comunicação.

Assim, reparar-se-á desde logo, que a seguradora, apesar de tudo o que disse, nunca referiu, sequer, que tinha sido entregue aos autores, e com a antecedência necessária, uma cópia do contrato (como o contrato tinha que ser reduzido a escrito, a comunicação também tinha que feita por escrito – Jorge Morais Carvalho, obra citada, pág. 181), com todas as suas cláusulas gerais, especiais e particulares, para que estes pudessem ter delas conhecimento, nem disse que tinha dado conhecimento de todas elas aos autores, nem especificamente das do art. 2 (ou mesmo do art. 1) das condições especiais.

Por outro lado, o que referiu de aproveitável foi o que consta agora dos pontos 8 a 10, inclusive, dos factos provados, que só tem a ver com a prática rotineira e genérica da mesma, o que de modo algum equivale a dar como provado que tivesse de facto ocorrido no caso dos autos. Como se diz no ac. do TRP de 10/04/2008 (0831231, citado por Jorge Morais Carvalho, obra citada, pág. 184, nota 501): ‘a prova de que “era procedimento normal dos funcionários do banco informar os clientes das condições gerais, especiais e particulares da apólice” não resolve a questão de saber “se no caso específico isso aconteceu”’.

Para além de que o que consta do ponto 8 dos factos provados, não tem qualquer valor, dado ser absolutamente conclusivo e por isso ter-se-ia que se considerar como não escrito (por aplicação analógica do disposto no art. 646/4 do CPC) se tivesse algum relevo para o caso. Pois que, para se saber se a nota informativa continha todos os dados necessários ao esclarecimento das partes essenciais do contrato, teria que se saber primeiro quais eram as partes essenciais do contrato e depois qual era o conteúdo de tal nota informativa. Só depois, comparando aquelas com este, é que se poderia dizer que a nota informativa continha todos os dados necessários ao completo esclarecimento.

Por fim, os quesitos 12 e 13 (“os empregados do banco prestaram aos autores todas as informações e esclarecimentos pedidos? No momento da escritura os empregados do banco certificaram-se de que foi entregue aos autores toda a documentação da apólice?”),

que eram essenciais ao cumprimento do ónus da prova por parte dos réus (art. 5.º/3 da LCCG) – ónus da prova que naturalmente tem sido estendido ao cumprimento do dever de informação embora esteja previsto no n.º 3 do artigo dedicado ao dever de comunicação, o que, no caso dos contratos de seguro de grupo até tem suporte legal (o referido, pela sentença, n.º 2 do art. 4.º do Dec.-Lei 176/95 de 26/07,) – foram naturalmente dados como não provados (nem podia ser de outro modo, já que o banco, como referido acima, tinha impugnado tudo aquilo que tinha a ver com a adesão ao contrato, como se não tivesse obrigação de conhecer; ora, se o banco negava saber o que se tinha passado aquando da adesão, como é que o banco podia ter dado cumprimento a tais deveres antes da adesão?).

*

E perante esta falta de prova – dos quesitos 12 e 13 – é surpreendente que a seguradora distorça o sentido do facto 8, na conclusão a) do seu recurso, introduzindo-lhe precisamente os factos dados como não provados.

Poderá a seguradora argumentar dizendo que está também a recorrer da decisão da matéria de facto – mas, se o está, é evidente que não cumpriu o mínimo de requisitos para o efeito [especificando, a), os concretos pontos de facto que considera incorrectamente julgados; e, b), os concretos meios probatórios, constantes do processo ou de registo ou gravação nele realizada, que impunham decisão sobre os pontos da matéria de facto impugnados diversa da recorrida – art. 685-B/1].

Poderá ainda a seguradora argumentar que a impugnação da resposta se baseia apenas em presunções naturais, tendo em conta a prova dos factos 8 a 10, mas, como resulta das conclusões do recurso, não disse nem uma coisa nem outra, e, de qualquer modo, já se viu acima que a invocação de uma prática rotineira não apontaria, de modo algum, para a prova de que assim tivesse sido no caso concreto, ou seja, não apontaria para a prova dos quesitos 12 e 13.

*

Por outro lado, como o cumprimento do dever de informação (de esclarecimento) dos aspectos compreendidos nas cláusulas pressupõem que as cláusulas já tenham sido comunicadas (neste sentido, Jorge Morais Carvalho, obra citada, nota 516), não tendo sequer sido alegado o cumprimento do dever de comunicação de tais cláusulas, obviamente que também nunca poderia ter sido devidamente cumprido.

Note-se que os pontos 14 a 16 dos factos provados nada têm a ver com o cumprimento de tais deveres – pois que dizem respeito à fase posterior à celebração do contrato, ou seja, dizem respeito àquilo que foi feito pela seguradora depois da adesão ao contrato pelos autores, não aquando da adesão.

Assim, quer por violação do dever de comunicação, quer por

violação do dever de informação/esclarecimento de todas as cláusulas contratuais gerais de que os réus se queiram aproveitar ou que possam ser aproveitadas em benefício dos réus, elas têm que se ter como excluídas do contrato [alíneas a) e b) do art. 8 da LCCG].

Conclui-se, assim, pela total falta de razão das conclusões do requerimento da seguradora de ampliação do âmbito do recurso, estando certa a sentença recorrida ao entender que o dever de informação não foi cumprido (embora, mais do que isso, nem sequer tenha sido cumprido o dever de comunicação).

*

Da exclusão do art. 2 das condições especiais... e não só

A sentença faz decorrer, do que antecede, a exclusão do art. 2 das condições especiais do contrato.

Mas a argumentação anterior (quer a da sentença quer a deste acórdão), justifica a exclusão de qualquer cláusula contratual geral (quer se lhe chame geral, especial ou particular) que possa ser invocada pela seguradora para evitar o accionamento do seguro e não apenas a de uma qualquer concreta cláusula contratual geral.

Assim, a consequência da fundamentação que antecede deve ser, não a exclusão apenas do art. 2 das condições especiais, mas sim a de qualquer cláusula do contrato que sirva para os fins da seguradora evitar o pagamento, ou seja, de qualquer cláusula contratual de cujo conteúdo a seguradora se pretenda prevalecer para esse efeito, ou que possa ser aproveitada para esse efeito. Pelo que a sentença não está errada quanto à exclusão do art. 2 mas sim quanto ao facto de não ter ido mais longe na exclusão de qualquer cláusula contratual que tenha o mesmo efeito que aquele art. 2.

Como a exclusão do art. 2 não é uma decisão da sentença recorrida que possa ser revogada ou não, mas uma parte da fundamentação da decisão recorrida, é só a este nível que a questão deve ser colocada, ou seja, ao nível da fundamentação da decisão a tomar nestes autos.

Assim, o que verdadeiramente importa é a questão colocada no recurso dos autores, isto é, se se verifica ou não o risco coberto, que se passa a apreciar.

*

Da verificação do risco coberto – invalidez total

O risco coberto, na parte que importa aos autos e segundo as condições gerais, era o da invalidez [factos E), F)].

No art. 1.º das condições especiais fala-se em invalidez total e permanente.

E no art. 2.º das condições especiais diz-se que se entende por invalidez total e permanente o estado que incapacite a pessoa segura, completa e definitivamente, de exercer a sua profissão ou qualquer outra actividade remunerada compatível com os seus

conhecimentos e aptidões [factos G) e H)].

E depois, para que seja considerada essa invalidez, o art. 2.º das condições especiais diz que terão de verificar-se simultaneamente as seguintes cinco condições já transcritas acima.

Assim, o risco coberto, tendo em conta estas cláusulas contratuais gerais das condições especiais, é a invalidez total, entendendo-se por esta a incapacidade, completa e definitiva, de a pessoa segura exercer a sua profissão ou qualquer outra actividade remunerada compatível com os seus conhecimentos e aptidões.

Como resulta das condições 3 e 4, esta invalidez não corresponde a uma incapacidade de 100%, podendo corresponder a uma perda definitiva da capacidade de ganho de 2/3 e a uma desvalorização de 2/3. De qualquer modo, tem que se verificar uma incapacidade, total e definitiva, para o exercício da profissão do segurado, ou para qualquer outra actividade remunerada compatível com os seus conhecimentos e aptidões.

Ora, no caso dos autos não está provada esta incapacidade, definida nestes termos. O máximo que está provado é que desde início de 2006 que a autora não trabalha (facto 19). Mas nem sequer se diz que este facto seja um dos efeitos da incapacidade. Assim, se não houver exclusão destas cláusulas contratuais gerais, pode-se concluir que o risco coberto de facto não se verificou.

*

Invalidez

Mas se estas cláusulas contratuais gerais constantes das condições especiais do contrato fossem excluídas, o que é que se teria que entender por invalidez, com recurso, se necessário, às regras de integração dos negócios jurídicos (arts. 9/1 da LCCG e 239 do Código Civil)?

Invalidez tem, na linguagem comum, o significado de “estado de uma pessoa que tem capacidade de trabalho reduzida ou que está impossibilitada de exercer uma profissão, uma actividade..., por razões de saúde” (Dicionário da língua portuguesa contemporânea da Academia das Ciências de Lisboa, Verbo, 2001).

Mas, para efeitos de ser um risco coberto por seguro, não pode bastar uma qualquer redução da capacidade de trabalho, nem uma impossibilidade de exercer qualquer actividade se esta não for remunerada, pois que se assim fosse não se considerariam os interesses da seguradora mas apenas os interesses da pessoa segurada. O risco coberto seria desmesurado. A seguradora não teria aceite celebrar o seguro para todo esse risco, nem a boa fé o imporia.

Assim, invalidez, para efeitos de risco coberto por um seguro, tem que ser um estado de uma pessoa que a incapacite, completa e definitiva-mente, de exercer a sua profissão (entendida esta como actividade remunerada).

*

Invalidez total e invalidez absoluta

Só se lhe for acrescentado o qualificativo de ‘total’ é que pode assumir um significado mais grave: uma “invalidez total” já terá que ser vista como o estado de uma pessoa que a incapacite, completa e definitivamente, de exercer a sua profissão ou qualquer outra actividade remunerada compatível com os seus conhecimentos e aptidões. Ou talvez se pudesse ir mais longe, se não se soubesse que ainda há um outro qualificativo, absoluto, de tal estado. Ou seja, se não houvesse a invalidez absoluta, talvez se pudesse dizer que uma invalidez total era o estado de uma pessoa que a incapacite, completa e definitivamente, de exercer qualquer actividade remunerada. Mas, havendo o estado de invalidez absoluta, o acabado de descrever assenta-lhe melhor.

E assim temos três situações de gravidade crescente: invalidez (= estado de uma pessoa que a incapacite, completa e definitivamente, de exercer a sua profissão [como actividade remunerada]), invalidez total (= estado de uma pessoa que a incapacite, completa e definitivamente, de exercer a sua profissão ou qualquer outra actividade remunerada compatível com os seus conhecimentos e aptidões) e invalidez absoluta (= estado de uma pessoa que a incapacite, completa e definitivamente, de exercer qualquer actividade remunerada).

Ora, era apenas o primeiro estado – de invalidez - que estava em causa quando os autores aderiram ao contrato de seguro. Não lhes foi comunicado, nem foram informados de que era necessária a invalidez total nem, muito menos, a invalidez absoluta.

Assim, se estiver provado que a incapacidade permanente geral de 80% da autora a incapacita, completa e definitivamente, de exercer a sua profissão (remunerada), pode-se considerar que está verificado o risco coberto no caso concreto.

Assim, mais do que o art. 2 das condições especiais, têm de ser excluídos do contrato todas as cláusulas contratuais gerais das condições especiais que se traduzem na introdução de qualificações da invalidez que estava em causa para os autores quando eles aderiram ao contrato de seguro.

Pois que consubstanciam cláusulas contratuais gerais que a segura-dora (= a predisponente) quer invocar para se eximir ao pagamento do capital segurado e nenhuma delas foi devidamente comunicada aos autores.

*

Para um caso em que apenas ficou provada uma IPG de 80% e uma incapacidade total para o exercício da profissão da aderente, mas se considerou verificado o risco coberto (que era, tendo em conta as cláusulas excluídas, de invalidez total), veja-se o ac. do TRC de 11/03/2008 (434/04.1 TBVNO.C1 da base de dados do ITIJ). Nem se diga que a aderente estava a receber uma reforma por invalidez, pois o que releva é que a incapacidade que se

provou apenas dizia respeito ao exercício da profissão da aderente.

Para um caso em que o risco coberto, segundo cláusulas excluídas, era até de uma invalidez absoluta (portanto mais grave) e apenas ficou provada uma IPG de 66% que inabilitava o aderente para o exercício da sua profissão, e em que a seguradora tinha sido absolvida do pedido, mas o STJ a condenou (sem necessidade de dar relevo ao facto de o aderente se encontrar reformado pela ARS para toda e qualquer profissão pela doença natural), veja-se o ac. do STJ de 29/04/2010

(5477/8TVLSB.L1.S1): I - Ao proponente cabe proporcionar à contraparte a possibilidade de conhecimento das cláusulas contratuais gerais de um contrato de seguro, em termos tais que este não tenha, para o efeito, que desenvolver mais que a comum diligência. II - Se o autor assinou a proposta de seguro de acordo com factualidade que não lhe foi devidamente explicada, devem ter-se por excluídas do contrato as cláusulas que não tenham sido comunicadas, nos termos do art. 5º do Dec.-Lei 446/85. III - É de considerar preenchido o conceito de invalidez absoluta e definitiva de que depende o accionamento do questionado contrato de seguro, se o autor ficou a padecer de uma incapacidade permanente global de 66%, de natureza motora, que o inabilita para o exercício da sua profissão e que o limita significativamente nas actividades da vida diária, dependendo inclusivamente de terceiros para algumas tarefas e, por outro lado, se aquando da celebração do contrato de seguro lhe foi assegurado que, em caso de morte ou invalidez absoluta e definitiva, a ré assumiria junto do banco o pagamento da dívida relativa ao crédito à habitação, e que para ser considerado inválido tinha que lhe ser diagnosticada uma percentagem de desvalorização igual ou superior a 60%.

Também para um caso em que as cláusulas excluídas diziam respeito à situação mais grave da invalidez absoluta, o ac. do TRG de 31/05/2011 (153/08.0TCGMR.G1) confirmou a condenação da seguradora a pagar o capital seguro, apesar de apenas se ter provado uma IPG de 80% e uma incapacidade para o exercício da sua profissão habitual (e uma reforma por invalidez relacionada com esta incapacidade).

Todos estes acórdãos consideraram assim, na prática, que, para a verificação do risco coberto, bastava a invalidez entendida como uma incapacidade permanente global de 80% (ou menos) que incapacitasse a pessoa segura, completa e definitivamente, de exercer a sua profissão habitual (e dois deles para situações mais graves segundo as cláusulas excluídas, pois que diziam respeito a invalidez absoluta).

E não se encontrou nenhum acórdão dos tribunais de recurso que, para um caso em que as cláusulas excluídas se referiam a uma invalidez total (diferente, como se viu, da invalidez absoluta)

se tenha decidido em sentido contrário ou em sentido mais exigente.

*

A sentença recorrida define de outro modo o risco coberto. Isto com base na seguinte construção:

Depois de, como se viu, ter excluído do contrato, o art. 2.º das condições especiais, entendeu que o contrato se mantinha no resto e quanto à parte afectada vigorariam as normas supletivas aplicáveis com recurso, se necessário, às regras de integração dos negócios jurídicos [art. 8º a) e 9º do RJCCG].

E para o efeito recorreu aos arts. 4 e 9/1 das condições gerais, ao título das condições especiais e ao art. 1.º das mesmas, bem como às normas dos arts. 236 e 238 do CC e concluiu que a) o infortúnio coberto era o de ser retirada a capacidade de ganho dos autores de forma a impossibilitá-los de pagar o crédito contraído para compra da sua habitação e b) não se tinha provado que a auto-ra tivesse perdido a referida capacidade de ganho; acrescentando que, sendo funcionária pública, é sabido que, ainda que de “baixa médica”, auferir parte significativa da sua remuneração e caso venha a ser aposentada por incapacidade pela CGA, ainda assim, terá sempre direito a auferir uma pensão de reforma.

Ora, o acréscimo final demonstra que a sentença toma a perda de capacidade de ganho como perda de remuneração. E, se fosse como a sentença diz, então o risco coberto nunca se verificaria, pois que a autora, mesmo com 100% de incapacidade e observando todos as condições do art. 2 das condições especiais, nunca perderia totalmente a remuneração.

Diga-se que esta construção da sentença, nesta parte, tem a seu favor parte da fundamentação do ac. do TRC de 11/03/2008 citado acima, bem como de outros que se basearam nele ou em que ele foi buscar apoio. Mas, como se vê, apesar de tal fundamentação, o ac. do TRC, com base apenas naqueles factos referidos acima (uma IPG de 80% e uma incapacidade total para o exercício da profissão da aderente), que foram os dados como provados, condenou a seguradora a pagar o capital seguro, num caso em que as cláusulas excluídas exigiam a “invalidéz total”.

Por outro lado ainda, voltando à sentença recorrida, a exclusão do art. 2 do contrato, que tinha que ter como objectivo afastar cláusulas que fossem desfavoráveis aos aderentes, redundava, nesta construção da sentença, em claro prejuízo dos aderentes: em vez de uma incapacidade relevante a partir dos 2/3, temos que a sentença só considera relevante, com base noutras cláusulas contratuais, uma incapacidade total de ganho que implique a perda total de remuneração...

E fica por explicar como é que a falta de cumprimento dos deveres de comunicação e de informação de todas as cláusulas contratuais, leva à exclusão das disposições de um artigo

específico e não de todos eles ou de todos aqueles que tenham a ver com a definição do risco coberto. Se o critério de exclusão é só a falta de cumprimento daqueles deveres, e não também o facto de elas servirem de base à pretensão do predisponente de se eximir ao pagamento do seguro, então teriam de ser excluídas todas as cláusulas contratuais que tivessem a ver com aquela falta de comunicação e não só as do art. 2 das condições específicas. Assim, considera-se que o risco coberto deve ser definido como acima foi referido (neste acórdão).

*

Ora, perante esta exclusão, a questão de saber se os factos provados permitem o preenchimento da previsão do risco coberto – invalidez, sem quaisquer qualificativos – volta a colocar-se. Mas, de novo, tendo em conta os factos dados como provados, não se pode concluir que assim seja, porque, como se viu acima, o facto de estar provado que a autora não está a trabalhar desde 2006 não quer dizer que isso seja um efeito de tal incapacidade. Só que aqui há a particularidade de, como se pode ver no relatório deste acórdão, os autores terem alegado, na petição inicial, que a incapacidade permanente por doença de 80% da autora era impeditiva do exercício da sua actividade profissional. Ou seja, os autores alegaram os factos necessários ao preenchimento da previsão do risco coberto: invalidez, entendida esta do modo acima definido, depois de excluídos todas as cláusulas contratuais gerais que apontavam em sentido diverso. Excluídos essas cláusulas contratuais gerais, já os factos alegados pelos autores poderão preencher a previsão do risco coberto (no que ao caso importa, apenas a invalidez), tanto mais que os autores ainda tinham alegado que, aquando da adesão ao contrato, apenas lhes foi transmitido que, se por motivo de doença ou acidente, fosse atribuída por junta médica uma incapacidade superior a 66% poderia ser accionada a apólice (facto este com o relevo que lhe é atribuído pelo ac. do STJ de 29/04/2010 acima citado) e, por outro lado, ainda poderão ser aproveitados, na altura própria, ao abrigo do art. 264/2 do CPC, os factos instrumentais que podem decorrer dos documentos apresentados pelos autores - conforme fls. 77 - e juntos a fls. 80 a 84 e 105, quando foram convidados, por despacho judicial, a alegar outros factos.

*

Pelo que, para o efeito importa ampliar a matéria de facto, com aditamento destes dois quesitos:

- A incapacidade permanente geral de 80% impede a autora de exercer a sua actividade profissional?
- Aquando da adesão ao contrato foi transmitido aos autores que, se por motivo de doença ou acidente, fosse atribuída, por junta médica, uma incapacidade superior a 66% poderia ser accionada a apólice?

O que se determina ao abrigo do art. 712/4, 2ª alternativa, do CPC, sem prejuízo dos poderes que a parte final do n.º 4 do art. 712 do CPC confere (designadamente tendo em conta o quesito 19 que poderá entrar parcialmente em contradição com a resposta que for dada ao primeiro destes conjugado com o facto 5: se a autora tem uma IPG de 80% que a impossibilita de exercer a sua actividade profissional desde 2005 – como resulta do facto 5 – como é que é só desde inícios de 2006 que a autora não trabalha? Aliás, note-se que no doc. de fls. 83, relatório clínico, consta que tal acontece desde 07/11/2005 – isto por outro lado levanta a questão do teor do quesito 19: os autores nunca alegaram expressamente a data – de 2006 - que consta deste quesito e um dos documentos que juntaram aquando da alegação dos factos de fls. 77, a convite do tribunal, foi precisamente aquele, que se refere a 2005...).

*

Mas só valerá a pena fazer isto se não procederem os outros argumentos que a seguradora avança nas contra-alegações [o primeiro, da al. a), já resulta afastado pelas considerações que antecedem], pelo que, há ainda que dizer o seguinte: Quanto ao argumento que consta da conclusão b) das contra-alegações da seguradora, vale aquilo que foi dito acima: também a exigência do atestado em causa consta de uma cláusula contratual geral que não foi comunicada aos autores. De resto, como é que os autores podiam dar cum-primento a uma condição que nunca lhes foi comunicada? Para além disso, é esta a primeira vez que a seguradora levanta a questão... E o mesmo se se diga quanto ao argumento da conclusão c), já que usa uma das condições do art. 2.º das condições especiais do contrato. Acrescentando-se, ainda, que não há qualquer prova do facto aí alegado pela seguradora.

*

(...)

*

Pelo exposto, anula-se, ao abrigo do art. 712/4, 2ª alternativa, do CPC, a sentença recorrida, de modo a que sejam aditados os dois quesitos referidos acima e se faça julgamento para resposta aos mesmos, proferindo--se, após, nova sentença.
Custas conforme o vencimento que ocorrer a final.

Lisboa, 13/09/2012

Pedro Martins
Lúcia Sousa
Farinha Alves