

Processo:
Relator:
Descritores:

208/10.0YXLSB.L1-2
SÉRGIO ALMEIDA
SEGURO DE VIDA
VIDA PRIVADA
RESPONSABILIDADE DA SEGURADORA
ÔNUS DA PROVA
CLÁUSULA CONTRATUAL GERAL
CLÁUSULAS NULAS

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

RL
21-06-2012
UNANIMIDADE
S
APELAÇÃO
IMPROCEDENTE

I. Os dados relativos à saúde são pessoais, contêm-se na esfera privada do sujeito e estão protegidos pela lei fundamental e pela lei ordinária.

II. Perecendo o segurado num contrato de seguro de vida a obtenção de dados sobre o seu estado de saúde e causas de morte importa invasão da esfera da vida privada do segurado, que continua a ser protegida, não tendo o beneficiário livre acesso aos dados do falecido, salvo tendo este o tiver autorizado de forma livre, específica e informada.

III. Cabe à seguradora pagar a importância segura ao beneficiário verificada a morte do segurado, a menos que ocorra qualquer facto que exclua a sua responsabilidade.

IV. O ónus da prova de tal exclusão recai sobre a seguradora.

V. São nulas as cláusulas contratuais gerais

a) pela qual a seguradora inverte esse ónus, pondo a cargo do beneficiário a prova da inexistência de facto que exclua a responsabilidade desta sob pena de não pagamento do prémio;
b) que contém uma suposta autorização do segurado de entrega de atestados médicos e elementos clínicos relativos à evolução da doença que lhe venha a causar o falecimento, porém desacompanhada de qualquer campo a preencher pelo segurado após a ler e a aceitar, de sorte que não pode afirmar-se que tal autorização específica e informada, ou se meramente quis celebrar o contrato independentemente daquela clausula.

VI. Não é abusiva a cláusula que institui que como local do pagamento da importância segura um qualquer balcão da seguradora, a qual tem uma rede com cobertura nacional.
(Sumário do Relator)

Decisão Texto Parcial:
Decisão Texto Integral:

Acordam os juízes no Tribunal da Relação de Lisboa

RELATÓRIO

Autor (A.): Ministério Público (MºPº)

Ré (R.): “A”-Portugal – Companhia de Seguros de Vida, S.A., com sede na...,..., Lisboa

O A. veio pedir que:

1. se declarem nulas as cláusulas:

- 42 n.ºs 2 e 3 das condições gerais do contrato Vida – Protecção Reforma Médicos Dentistas;
- 43 n.ºs 1 e 2 das condições gerais do contrato Vida Financiamento, Vida Família, Primeira Pessoa, Seguro de Vida Grupo Contributivo
- 44 n.ºs 1-1.2 e 2 das condições gerais do contrato Vida Total;
- 46 n.ºs 2 e 3 das condições gerais do contrato Multiplic +;
- 41 n.ºs 1 e 2 das condições gerais do contrato Vida Única;
- 44 n.ºs 1 e 2 das condições gerais do contrato Temporário Vida Individual (associações profissionais);

se condene a Ré a abster-se de se prevalecer delas e de as utilizar em contratos que de futuro venha a celebrar, especificando-se na sentença o âmbito de tal proibição;

2. se condene a Ré a dar publicidade a tal proibição e a comprovar nos autos essa publicidade, em prazo a determinar na sentença, sugerindo que seja efectuada em anúncio a publicar em dois dos jornais diários de maior tiragem editados em Lisboa e no Porto, durante três dias consecutivos, de tamanho não inferior a ¼ de página; e se remeta ao gabinete de Direito Europeu certidão da sentença, para os efeitos previstos na Portaria n.º 1093 de 6 de Setembro.

Alega que no âmbito da sua actividade de seguro e resseguro do ramo vida a Ré comercializa os contratos de seguro vida financiamento, vida família, vida total, multiplic +, vida única, primeira pessoa, vida – protecção reforma médicos dentistas, temporário vida individual - associações profissionais e grupo contributivo – associações profissionais, para o que apresenta aos interessados impressos, por si previamente elaborados, compostos por: propostas de subscrição, nota informativa; condições gerais da apólice; condição especial - invalidez profissional, no caso Vida – Protecção Reforma Médicos Dentistas; condição especial – garantia complementar facultativa – no caso Vida Total; condição especial – Invalidez Total e Permanente, no caso Vida Única e Primeira Pessoa; condições especiais 09 (invalidez total e permanente) e anexo, no caso do contrato Seguro Grupo Contributivo; anexo e protocolos, no caso do contrato Temporário Vida Individual. A parte referente à nota informativa, condições gerais da apólice, condições especiais, anexos e protocolos encontra-se totalmente impressa, sem espaços em branco para serem preenchidos pelos contratantes, resultando da estrutura e do conteúdo destes impressos que as únicas questões em que poderá haver negociação individual são as das condições particulares, ou seja, da parte designada de proposta de subscrição.

Dispõem as Condições Gerais nas cláusulas 42, n.ºs 1 e 2, do contrato Vida – Protecção Reforma Médicos Dentistas com a epígrafe “Liquidação do Capital” que:

“1. Sem prejuízo do estipulado na Condição Especial aplicável quanto à liquidação dos capitais no âmbito da garantia complementar, o pagamento da importância segura em caso da garantia principal

morte, será efectuado, no prazo máximo de 30 dias, nos balcões do Segurador, mediante:

- a) entrega da participação do sinistro, devidamente preenchida;*
- b) exibição dos documentos de identificação da Pessoa Segura;*
- c) entrega do certificado de óbito da Pessoa Segura;*
- d) entrega do atestado médico e elementos clínicos onde constem as causas e a evolução da doença que causou o falecimento;*
- e) exibição dos documentos de identificação dos Beneficiários e certidão da habilitação dos herdeiros, se forem os herdeiros, nessa qualidade, a reclamar a importância segura;*
- f) entrega da prova de vida dos Beneficiários, sempre que tal seja considerado necessário pelo Segurador”.*

“2. A pessoa Segura autoriza os seus médicos a prestarem as informações que estejam relacionadas com a origem e as causas ou que digam respeito à evolução da doença ou acidente que tenha sido o motivo do sinistro participado”.

Dispõem as Condições Gerais nas cláusulas 43, n.ºs 1 e 2 dos contratos Vida Família, Vida Financiamento, Seguro de Vida Grupo Contributivo e Primeira Pessoa com a epígrafe “Liquidação do Capital” que:

“1. Sem prejuízo do estipulado nas Condições Especiais aplicáveis quanto à liquidação dos capitais no âmbito das garantias complementares, o pagamento da importância segura em caso da garantia principal Morte, será efectuado, no prazo máximo de 30 dias, nos balcões do Segurador, mediante:

- a) entrega da participação do sinistro, devidamente preenchida;*
- b) exibição dos documentos de identificação da(s) Pessoa(s) Segura(s);*
- c) entrega do certificado de óbito da Pessoa Segura;*
- d) entrega do atestado médico e elementos clínicos onde constem as causas e a evolução da doença que causou o falecimento;*
- e) exibição dos documentos de identificação dos Beneficiários e certidão da habilitação dos herdeiros, se forem os herdeiros, nessa qualidade, a reclamar a importância segura;*
- f) entrega da prova de vida dos Beneficiários, sempre que tal seja considerado necessário pelo Segurador”.*

2. A pessoa segura autoriza os seus médicos a prestarem as informações que estejam relacionadas com a origem e as causas ou que digam respeito à evolução da doença ou acidente que tenha sido o motivo do sinistro participado”.

Dispõem as Condições Gerais nas cláusulas 44 n.ºs 1-1.2 e 2 dos contratos Vida Total com a epígrafe “Liquidação do Capital” que:

“1. Sem prejuízo do estipulado nas Condições Especiais aplicáveis quanto à liquidação dos capitais no âmbito das garantias complementares, o pagamento da importância segura em caso da garantia principal morte, será efectuado, no prazo máximo de 30 dias, nos balcões do Segurador, mediante:

“1.2 – Em caso de morte da pessoa segura, ou no caso de um contrato de seguro sobre duas pessoas seguras, após o primeiro falecimento que

ocorrer entre as Pessoas Seguras:

- a) entrega do original da Apólice;*
- b) entrega da participação do sinistro, devidamente preenchida;*
- c) exibição dos documentos de identificação da(s) Pessoa(s) Segura(s);;*
- d) entrega do certificado de óbito da Pessoa Segura;*
- e) entrega do atestado médico e elementos clínicos onde constem as causas e a evolução da doença que causou o falecimento;*
- f) exibição dos documentos de identificação dos Beneficiários e certidão da habilitação dos herdeiros, se forem os herdeiros, nessa qualidade, a reclamar a importância segura;*
- g) entrega da prova de vida dos Beneficiários, sempre que tal seja considerado necessário pelo Segurador.*

2. A pessoa Segura autoriza os seus médicos a prestarem as informações que estejam relacionadas com a origem e as causas ou que digam respeito à evolução da doença ou acidente que tenha sido o motivo do sinistro participado”.

Dispõem as Condições Gerais na cláusula 46 n.ºs 2 e 3 do contrato Multiplic +, com a epígrafe “Liquidação do Capital” que:

“2. O pagamento das importâncias seguras será efectuado nos balcões do Segurador:

- a) em caso de vida da Pessoa Segura, mediante a exibição dos documentos de identificação dos Beneficiários;*
- b) sem prejuízo do estipulado nas Condições Especiais aplicáveis, quanto à liquidação dos capitais no âmbito das garantias complementares, o pagamento das importâncias seguras, em caso de morte da Pessoa Segura, será efectuado mediante:*
 - a) entrega da participação do sinistro, devidamente preenchida;*
 - b) exibição dos documentos de identificação da Pessoa Segura;*
 - c) entrega do certificado de óbito da Pessoa Segura;*
 - d) entrega do atestado médico e elementos clínicos onde constem as causas e a evolução da doença que causou o falecimento;*
 - e) exibição dos documentos de identificação dos Beneficiários e certidão da habilitação dos herdeiros, se forem os herdeiros, nessa qualidade, a reclamar a importância segura;*
 - f) entrega da prova de vida dos Beneficiários, sempre que tal seja considerado necessário pelo Segurado..*

3. A pessoa Segura autoriza os seus médicos a prestarem as informações que estejam relacionadas com a origem e as causas ou que digam respeito à evolução da doença ou acidente que tenha sido o motivo do sinistro participado”.

Dispõem as Condições Gerais nas cláusulas 41 n.ºs 1 e 2 do contrato Vida Única com a epígrafe “Liquidação do Capital” que:

“1. Sem prejuízo do estipulado na Condição Especial aplicável quanto à liquidação dos capitais no âmbito da garantia complementar, o pagamento da importância segura em caso da garantia principal morte, será efectuado, no prazo máximo de 30 dias, nos balcões do Segurador, mediante:

- a) entrega da participação do sinistro, devidamente preenchida;
- b) exibição dos documentos de identificação da) Pessoa Segura e/ou cônjuge;
- c) entrega do certificado de óbito da Pessoa Segura e/ou cônjuge ;
- d) entrega do atestado médico e elementos clínicos onde constem as causas e a evolução da doença que causou o falecimento;
- e) exibição dos documentos de identificação dos Beneficiários e certidão da habilitação dos herdeiros, se forem os herdeiros, nessa qualidade, a reclamar a importância a segura;
- f) entrega da prova de vida dos Beneficiários, sempre que tal seja considerado necessário pelo Segurador”.

“2. A pessoa Segura autoriza os seus médicos a prestarem as informações que estejam relacionadas com a origem e as causas ou que digam respeito à evolução da doença ou acidente que tenha sido o motivo do sinistro participado”.

Dispõem as Condições Gerais na cláusula 44 n.ºs 1 e 2 do contrato Temporário Vida Individual (Associações Profissionais) com a epígrafe “Liquidação do Capital” que:

“1. Sem prejuízo do estipulado nas Condições Especiais aplicáveis quanto à liquidação dos capitais no âmbito das garantias complementares, o pagamento da importância segura em caso da garantia principal morte, será efectuado, no prazo máximo de 30 dias, nos balcões do Segurador, mediante:

- a) entrega da participação do sinistro, devidamente preenchida;
- g) exibição dos documentos de identificação da(s) Pessoa(s) Segura(s);
- h) entrega do certificado de óbito da Pessoa Segura;
- i) entrega do atestado médico e elementos clínicos onde constem as causas e a evolução da doença que causou o falecimento;
- j) exibição dos documentos de identificação dos Beneficiários e certidão da habilitação dos herdeiros, se forem os herdeiros, nessa qualidade, a reclamar a importância segura;
- k) entrega da prova de vida dos Beneficiários, sempre que tal seja considerado necessário pelo Segurador”.

“ 2. A pessoa Segura autoriza os seus médicos a prestarem as informações que estejam relacionadas com a origem e as causas ou que digam respeito à evolução da doença ou acidente que tenha sido o motivo do sinistro participado”.

Estas cláusulas que a R. impõe ao aderente e aos beneficiários geram duas situações de desequilíbrio em desfavor destes e violam o preceituado no DL 446/85 de 25 de Outubro, na redacção introduzida pelo DL n.º 220/95 de 31 de Agosto.

A primeira é que todos os pagamentos são feitos nos escritórios da R., modo de cumprimento desproporcionado, que não tem em consideração os interesses do aderente e dos seus beneficiários, sujeitos a perderem parte ou um dia de trabalho consoante o local onde residam, para irem receber as quantias a que têm direito, situação tanto mais estranha atenta a vulgarização dos meios de pagamento electrónico. A Ré permite a cobrança dos prémios ao

segurado por meio de numerário, cheque bancário, sistema de débito directo, vale postal e pagamento de serviços (SIBS) (cl^a 23, n.º 1, do contrato Vida Única; 25, n.º 1, do contrato Vida Total; Vida Financiamento, Vida Família, 1ª Pessoa e Vida Total e 26, n.º 1, do contrato Grupo Contributivo, Multiplic + e Temporário Vida Individual); mas quando se trata de pagar ela própria exige a presença do(s) beneficiário(s).

A segunda é que os beneficiários dos segurados, para receberem as importâncias seguras, têm de apresentar à Ré um atestado médico que indique as causas e evolução da doença que causou o falecimento. A Ré exige de um terceiro (o beneficiário) o cumprimento de uma obrigação de difícil ou impossível concretização. Essa cláusula não faculta qualquer espaço que permita ao segurado apor, quanto a ela, a sua assinatura em local próprio e autónomo, nem remissão para a autorização em documento distinto.

A revelação de dados de saúde constitui invasão da reserva da intimidade da vida privada (art. 26º nº 1 da Constituição da República Portuguesa) e violação da obrigação de confidencialidade imposta pelo sigilo médico profissional. E não é consentimento expresso, não autorizando o acesso aos dados de saúde que prevê, a mera inclusão de uma cláusula no meio de tantas outras sem que o aderente tenha possibilidade de, em concreto, se pronunciar sobre ela.

Pode nem ser possível a obtenção de atestado médico a certificar as causas e a evolução da doença que causou o falecimento da pessoa segura, e até inexistir tal documento, p. ex. se a pessoa segura nunca teve médico assistente.

A Ré inclui esta cláusula nos seus contratos ciente dos impedimentos legais do acesso a este tipo de dados, e que através dela inclui um mecanismo susceptível de protelar ou mesmo impossibilitar o recebimento da indemnização pelos beneficiários, forçando-os a demandá-la judicialmente perante a sua recusa em pagar as importâncias seguras invocando a falta de apresentação dos documentos médicos exigidos contratualmente.

A Ré contestou e pediu a improcedência da acção e a sua absolvição do pedido (sendo que quanto ao lugar de pagamento se compromete a retirar dos mencionados clausulados a expressão “nos balcões do segurador”, quer quanto aos contratos em vigor quer quanto ao a celebrar).

Alega que fazem parte integrante de um contrato de seguro, em regra, a proposta, da autoria do Tomador do seguro, as Condições Gerais e Especiais da Apólice, quase sempre predispostas e da autoria do Segurador, e as Condições Particulares, verdadeiro “ponto de encontro” contratual entre o Tomador e o Segurador. Estas últimas podem ser alteradas ao longo do período de duração do seguro, em face de circunstâncias várias, relacionadas com os interesses de qualquer das partes (p. ex. alteração do período de vigência, alteração do prémio de seguro, alteração do risco, alteração do objecto do

seguro, etc.). Ora, sendo certo que os documentos referidos nos artigos anteriores, fazem, todos eles, parte integrante de cada um dos concretos contratos de seguro a que respeitam, a interpretação de qualquer cláusula, condição ou declaração contida num desses documentos, só pode ser feita, tendo em conta o teor conjugado de todos os escritos que o integram, uns da autoria do Tomador, outros da autoria do Segurador.

A proposta, constante de um suporte escrito, contém, pois, um conjunto de formulações previamente preparadas pela Seguradora e espaços em branco, a serem preenchidos pelos proponentes, isto é, pelos candidatos a tomadores e/ou a segurados/pessoas seguras, espaços esses nos quais cada um destes individualiza, ou personaliza a sua pretensão. Daí consta um campo sob a epígrafe “Autorização” de modo destacado e autónomo, em letra bem visível, e de formato mais saliente (a “bold”) onde, expressamente consta, que “A(s) Pessoa(s) Segura(s) autoriza(m) os seus médicos a prestarem todas as informações solicitadas pela “A” Portugal, Companhia de Seguros Vida, S.A., assim como a pedir cópias de certificados de óbito, de certificados médicos, relatórios clínicos ou outra documentação referente ao acidente ou doença que tenha sido causa, directa ou indirecta, do sinistro participado”.

Também da proposta de seguro, imediatamente antes do local destinado à assinatura do proponente, expressamente existe um campo destacado, denominado “Declaração”, do qual consta: “...Os interessados (leia-se: tomadores de seguro/pessoas seguras) podem ter acesso à informação que lhes diga directamente respeito, solicitando a sua correcção, aditamento ou eliminação, mediante contacto directo ou por escrito, junto da “A” Portugal, Companhia de Seguros Vida, S.A.”.

Destarte a Ré solicitou ao seu potencial cliente, no momento inicial da contratação do seguro, imediatamente antes da tomada da decisão de se propor a seguro, autorização para aceder aos dados e informações sobre o estado de saúde deste, ainda que a coligir ou recolher mais tarde e em caso de sinistro, obtendo, de forma expressa e inequívoca tal autorização.

E nada impede que a Ré, e por maioria de razão os familiares do autorizante ou os beneficiários da apólice, possam obter, com respeito pelas formalidades legalmente para tal estabelecidas, os dados pessoais relativos “à origem e causas, ou que digam respeito à evolução da doença ou acidente sofrido pelo autorizante, que tenha sido o motivo do sinistro participado”.

Ocorrido que seja um sinistro é razoável que antes de cumprir a sua prestação o segurador averigüe as circunstâncias em que tal sinistro ocorreu, e se tal sinistro é dos que está ao abrigo da garantia do contrato de seguro ou está excluído.

Quanto às cláusulas constantes dos contratos relativas ao local do pagamento do capital seguro, em caso de sinistro, nada na lei impõe que seja outro que não o local de emissão da apólice, aquele em que,

em última análise se efectue o cumprimento da prestação por parte do Segurador. Não impõe aos seus clientes, como local de pagamento do capital seguro, o da sua sede social. Ao invés, e porque dispõe de uma ampla rede de escritórios e de balcões, aberta ao público às horas normais de expediente, espalhada por todo o território nacional, mais fácil e cómodo será para o recebedor dirigir-se aos escritórios do Segurador, ou de agentes seus, abertos ao público às horas normais de expediente, em locais de fácil acesso e devidamente publicitados, do que receber no seu próprio domicílio, o que, na maior parte dos casos se mostraria até impraticável, uma vez que milhares de tomadores de seguro trabalham e ausentam-se do domicílio durante as horas em que os serviços da Ré os poderiam contactar, para entregarem o capital da apólice e para que o tomador passasse recibo de quitação a que o segurador tem direito em contrapartida do pagamento.

*

Respondeu o Ministério Público que só uma decisão sobre o mérito da causa transitada em julgado garantirá a tutela cautelar definitiva dos interesses a proteger, vinculando-se a Ré a não incluir no futuro em contratos que venham a celebrar as cláusulas que forem julgadas abusivas.

*

O Tribunal no saneador julgou:

a) nulas as cláusulas:

“entrega do atestado médico e elementos clínicos onde constem as causas e a evolução da doença que causou o falecimento”

“A pessoa Segura autoriza os seus médicos a prestarem as informações que estejam relacionadas com a origem e as causas ou que digam respeito à evolução da doença ou acidente que tenha sido o motivo do sinistro participado”. ínsitas nos artigos:

a. 42 n.ºs 1 alínea d) e 3 das condições gerais do contrato Vida – Protecção Reforma Médicos Dentistas;

b. 43 n.ºs 1 alínea d) e 2 das condições gerais do contrato Vida Financiamento, Vida Família, Primeira Pessoa, Seguro de Vida Grupo Contributivo;

c. 44 n.ºs 1.2 e 2 das condições gerais do contrato Vida Total;

d. 46 n.ºs 2 (alínea b) d)) e 3 das condições gerais do contrato Multiplic +;

e. 41 n.ºs 1 alínea d) e 2 das condições gerais do contrato Vida Única;

f. 44 n.ºs 1 alínea i) e 2 das condições gerais do contrato Temporário Vida Individual(associações profissionais);

e condenou a Ré a:

b) abster-se de utilizar as cláusulas contratuais gerais supra referidas nos contratos que actualmente, e no futuro, celebrem com os clientes, nos termos definidos nesta decisão, em contratos como os em apreço;

c) publicitar a proibição que advém desta decisão, nos dois jornais diários de maior tiragem de Lisboa e Porto, em três dias consecutivos, de tamanho não inferior a ¼ de página; e ainda

determinou a comunicação da decisão ao gabinete de direito europeu.

*

*

Veio então o A. recorrer, formulando afinal as seguintes conclusões:

- 1. As regras gerais que o Código Civil indica como supletivas são, quando impostas por uma das partes, no domínio das cláusulas contratuais gerais, transformadas em imperativas. Para os aderentes, as cláusulas contratuais gerais são sempre imperativas, porque impostas pelos proponentes. E se o conteúdo contratual imposto (ou recomendado) por uma parte contender com este regime das cláusulas contratuais gerais, aprovado pelo Dec-Lei n.º 446/85, de 25 de Outubro, tanto basta para que as cláusulas em questão sejam declaradas abusivas.*
- 2. A lei portuguesa estabelece um sistema articulado de sindicância do conteúdo das cláusulas contratuais gerais, que se traduz, essencialmente, no uso conjugado de um princípio geral de controlo - que toma como ponto de referência a boa fé - e de um extenso elenco de cláusulas proibidas.*
- 3. O juiz deve orientar a sua intervenção correctora tendo em conta a ideia de um adequado equilíbrio contratual de interesses, que é colocado em causa se o proponente procura alcançar, através do contrato, os seus próprios objectivos, sem considerar, de modo minimamente razoável, os interesses legítimos do cliente.*
- 4. Nos dias de hoje, face à vulgarização dos meios de pagamento electrónico (por exemplo, o próprio Estado Português devolve os reembolsos do IRS através do número de identificação bancária – NIB), ou face à existência dos outros meios de pagamento, ditos “clássicos” que podem ser remetidos por correio, caso do cheque nominativo e do vale postal, é incompreensível que se exija aos beneficiários que se desloquem à sede ou às suas instalações para receberem as compensações, com tudo o que isso implica, nomeadamente a perda de um ou de meio dia de trabalho decorrente do tempo dispendido com as deslocações de ida e volta, assim como despesas de transporte e de alimentação.*
- 5. O facto dos beneficiários terem de se deslocar aos escritórios da Ré para recebimento da quantia de que são credores traduz-se num incómodo que não tem paralelo com qualquer ónus ou encargo imposto à Ré.*
- 6. As cláusulas contratuais gerais que obrigam os beneficiários dos seguros a terem de se deslocar às instalações da Seguradora para receberem as compensações são, por isso, abusivas, porque contendem com o disposto no art.º 22.º, n.º 1.º, alínea n), do Dec-Lei n.º 446/85, de 25 de Outubro. Estipulam um lugar e um modo de cumprimento desproporcionado em desfavor dos beneficiários.*
- 7. Ao julgar válidas as cláusulas sindicadas, o Tribunal “a quo” violou o disposto nos art.ºs 15.º, 16 e 22.º, n.º 1.º, alínea n), do Dec-Lei n.º 446/85, de 25 de Outubro.*

Rematou pedindo a revogação da sentença na parte em que concluiu pela validade das cláusulas supra identificadas e absolveu a Ré, substituindo-a por decisão que declare a nulidade das referidas cláusulas.

*

A R. contra-alegou, pugnando pela improcedência do recurso, esgrimindo que a cláusula “*sub júdice*” não impõe a comparência pessoal do beneficiário nos balcões da seguradora; a prática é o beneficiário enviar pelo correio o respectivo recibo de indemnização assinado e depois a seguradora proceder ao pagamento a partir dos seus balcões, mediante cheque, vale postal ou transferência bancária. Esta cláusula não importa desequilíbrio contratual nem fixa local despropositado ou inconveniente para o tomador do seguro, já que a recorrida não impõe aos clientes como local de pagamento a sua sede social, mas sim os seus balcões, sendo que existe espalhada por todo o território nacional uma ampla rede de escritórios e balcões aberta ao público às horas normais de expediente. É até muito mais fácil e cómodo para o recebedor dirigir-se aos escritórios da seguradora ou de agentes seus do que receber no seu próprio domicílio, tanto mais que milhares de tomadores de seguro trabalham e ausentam-se do domicílio durante as horas em que os serviços da Ré os poderiam aí contactar, para entregar o capital da apólice e para que o tomador passasse o devido recibo de quitação. Se tal cláusula viesse a ser julgada nula teria o segurador de passar a dispor de um batalhão de empregados para se deslocarem ao domicílio dos clientes, com vista à realização de milhares de pagamentos diários, o que seria desproporcional e irrazoável, em prejuízo da Ré, atentatório do bom senso, e necessariamente importaria atrasos no cumprimento das prestações e agravamento de encargos que, em última análise se repercutiriam no consumidor.

*

Também a R. recorreu, formulando as seguintes conclusões:

2.1. A proposta de seguro é parte essencial integrante do contrato de seguro;

2.2. Das propostas de seguro utilizadas em todos os contratos de seguro referidos na petição inicial, sob a designação “Autorização”, consta, de forma destacada e autonomizada, em local que só por negligência grosseira a pessoa segura deixaria de ler, e antes do local em que esta apõe a sua assinatura, como proponente de contrato a celebrar, que “a pessoa segura autoriza os seus médicos a prestarem todas as informações solicitadas pela “A” Portugal, Companhia de Seguros, S.A., assim como a pedir cópias de certificados de óbito, de certificados médicos, relatórios clínicos ou outra documentação referente a acidente ou doença que tenha sido causa directa ou indirecta do sinistro participado” (sic).

2.3. Tal autorização, ainda que predisposta pelo segurador, consubstancia uma fórmula clara, de fácil compreensão, e configura,

por parte do proponente que subscreve a proposta em que está inserida, um consentimento expresso, livre, autónomo, e específico (não genérico);

2.4. Nada na lei obriga ou impõe que o segurador seja obrigado a segurar a vida ou a invalidez de uma pessoa, sem poder sindicar as causas que venham a determinar a perda de tal vida ou o surgimento de tal invalidez, antes sendo razoável e legítimo que o segurador possa pedir e obter tal autorização ao candidato a pessoa segura;

2.5. Tal autorização, e a obtenção da mesma, não viola o artº 26 da Constituição da República Portuguesa, nem o artº 7, nº 1 da lei nº 67/98 de 26 de Outubro, e muito menos é abusiva ou ofensiva da boa fé, antes sendo consentânea com os pressupostos e limites formais e materiais para a mesma definidos no artº 7, nos 2 e 3 de tal diploma legal.

2.6. Tal “Autorização” encontra-se meramente replicada nas condições gerais dos vários contratos de seguro do ramo vida explorados pela ora Recorrente, referidos na douda p.i., o que se fica a dever a razões de ordem estritamente sistemática. Porém, o facto de ter sido inserta na proposta, nas condições mencionadas nas precedentes conclusões nºs 3 e 4 destas alegações, é de si garantia mais que óbvia de que o seu conteúdo foi dado a conhecer à pessoa segura, de forma destacada e autónoma;

2.7. A douda decisão recorrida, ao assim não entender, violou o direito da ora Recorrente a incluir tal cláusula no contrato de seguro, e, nomeadamente o disposto nos artºs 405 do Código Civil, e 7º, nºs 1, 2 e 3 da Lei nº 67/98 de 26 de Outubro, que interpretou e aplicou incorrectamente ao caso dos autos.

2.8. A cláusula por via da qual é estabelecido para o beneficiário, o ónus de disponibilização de atestado médico do qual constem as causas e a evolução da doença de que resultou a morte pela pessoa seguro, não comporta um encargo desproporcionado ou impossível de cumprir, e, em vez de poder ser considerada abusiva ou ofensiva da boa fé, dimana precisamente da boa fé que deve subjazer à conduta de ambas as partes, na execução de um contrato;

2.9. A não estabelecimento de tal ónus colocaria o beneficiário numa posição contratual muito mais favorável que a da própria pessoa segura, que nele é parte originária;

2.10. A inexistência de tal ónus importaria, na prática, a impossibilidade de alegação e prova, de situações de exclusão de garantia, e, nomeadamente aquelas a que o próprio beneficiário pudesse dar directamente causa (como, a título de exemplo, o homicídio por este perpetrado, na pessoa da pessoa segura);

2.11. O estabelecimento de tal ónus tem suporte legal, aliás expresso, no que ao beneficiário diz directamente respeito, nomeadamente no disposto no artº 100 do Dec.- Lei nº 72/2008 de 16 de Abril;

2.12. Ao assim não ter entendido, a douda decisão sob recurso violou o disposto no mencionado artº 100 do Dec-Lei nº 72/2008 de 16 de Abril. Finalizou pedindo que a decisão recorrida seja revogada e

substituída por outra que julgue totalmente improcedente o pedido.

*

Contra-alegou o M^oP^o, pedindo afinal a improcedência do recurso da R., considerando:

- 1. As normas constitucionais e a Lei de Protecção de Dados Pessoais - LPDP, aprovada pela Lei n.º 67/98, de 26 de Outubro, proibem o acesso das seguradoras aos dados pessoais de saúde dos titulares segurados já falecidos, quando não exista consentimento destes para o esse efeito.*
- 2. A LPDP exige que esse consentimento seja expresso, específico. Que deva ser prestado pelos titulares segurados através de cláusulas contratuais destacadas, separadas e autonomizadas da restante parte do contrato, permitindo-lhes que possam assinar em lugares próprios e autónomos, diferentes até da outorga da restante parte do contrato predefinido pelas seguradoras.*
- 3. A “Autorização” aposta na apólice de seguro da qual consta “A(s) pessoa(s) Segura(s) autoriza(m) os seus médicos a prestarem todas as informações solicitadas pela “A” Portugal, Companhia de Seguros Vida, S.A, assim como a pedir cópias de certificados de óbito, de certificados médicos, relatórios clínicos ou outra documentação referente ao acidente ou doença que tenham sido causa, directa ou indirecta, do sinistro participado”, não pode equivaler a autorização ou consentimento qualificado - livre, específico e informado por parte das pessoas seguras para que acedam aos seus dados médicos, não se encontrando separada e autonomizada das demais cláusulas, nem dispondo de local próprio para a assinatura do tomador do seguro, como exige a LPDP.*
- 4. As cláusulas contratuais gerais que exigem dos beneficiários a apresentação de atestado médico e elementos clínicos onde constem as causas e a evolução da doença que causou o falecimento, quando a pessoa segura, em vida, não consentiu especificamente no acesso aos seus dados médicos, são abusivas, porque contendem com o princípio da boa fé previsto nos art.ºs 15.º e 16.º do Dec-Lei n.º 446/85, de 25 de Outubro.*
- 5. E são abusivas porque desvirtuam excessivamente o equilíbrio dos interesses das partes contratantes, em prejuízo dos aderentes, já que, por via delas, a Ré seguradora impõe aos beneficiários o cumprimento de uma obrigação que pode dificultar (e/ou até mesmo impossibilitar) o recebimento das compensações. Na prática, o acesso aos dados clínicos tem sido vedado pelos médicos, a coberto do segredo profissional e, nessas situações, a Comissão Nacional de Protecção de Dados tem vindo - também - a recusar o acesso a relatórios médicos solicitados por beneficiários quando os titulares segurados, em vida, não tenham autorizado expressamente esse acesso.*
- 6. A execução dos contratos de seguro do ramo vida pressupõe que os beneficiários tenham na sua esfera jurídica, a partir do facto relevante morte, o direito subjectivo à compensação. Em contrapartida, na esfera jurídica das seguradoras nascerá, com a morte, a obrigação de pagar as compensações.*

7. Aos beneficiários cabe provar o óbito, juntando o assento ou o certificado de óbito dos titulares segurados. À Ré seguradora caberá provar eventuais causas de exclusão de ilicitude que possam ilibar a seguradora do dever de indemnizar.

8. A apresentação de atestados dos médicos assistentes a indicar as causas, início e duração da doença ou lesão corporal que causou o falecimento das pessoas seguras destina-se a provar eventuais causas de exclusão da ilicitude e do dever de indemnizar das seguradoras. Esse ónus é das seguradoras, não dos beneficiários

9. As cláusulas contratuais gerais que exigem dos beneficiários a apresentação de atestados médicos a indicar as causas, início e duração da doença ou lesão corporal que causou o falecimento das pessoas seguras, são também abusivas porque contendem com o disposto no artº 21º, alínea g), do Dec-Lei nº 446/85, de 25 de Outubro. Transferem para os beneficiários um ónus que só à Ré seguradora diz respeito, a saber: o de dissipar as dúvidas que possua quanto à causa da morte dos titulares segurados.

*

*

Foram colhidos os competentes vistos.

*

*

FUNDAMENTAÇÃO

É sabido e tem sido jurisprudência uniforme a conclusão de que o objecto do recurso se limita em face das conclusões insertas nas alegações do recorrente, pelo que, em princípio, só abrange as questões aí contidas, como resultado aliás do disposto nos artigos 684. 3 e 690.1 do CPC.

Deste modo o objecto do recurso consiste em verificar a licitude das cláusulas referidas.

*

Factos assentes:

1. A Ré é uma sociedade anónima, encontrando-se matriculada sob o NIPC 502220473 e com a sua constituição inscrita na 3ª Conservatória do Registo Comercial de Lisboa - conforme documento junto a fls. 18 a 44, cujo conteúdo se dá por integralmente reproduzido.

2. Tem por objecto social “actividades de seguro e resseguro do ramo vida, com a amplitude consentida por lei”.

3. No exercício de tal actividade, a Ré procede à comercialização dos contratos de seguro do Ramo Vida:

-Vida Financiamento;

- Vida Família;

- Vida Total

- Multiplic +;

-Vida Única

- Primeira Pessoa;

- Vida – Protecção Reforma Médicos Dentistas

- Temporário vida individual - associações profissionais ;
- Grupo contributivo – associações profissionais

1. Para tanto, a Ré apresenta aos interessados que com ela pretendam contratar impressos, por si previamente elaborados – conforme documentos juntos a fls. 45 a 377 e cujo conteúdo se dá por integralmente reproduzido.

4. Esses impressos são compostos por:

- propostas de subscrição
- nota informativa;
- condições gerais da apólice;
- condição especial - invalidez profissional, no caso Vida – Protecção Reforma Médicos Dentistas;
- condição especial – garantia complementar facultativa - no caso Vida Total;
- condição especial – Invalidez Total e Permanente, no caso Vida Única e Primeira Pessoa;
- condições especial 09 (invalidez total e permanente) e anexo, no caso do contrato Seguro Grupo Contributivo;
- anexo e protocolos, no caso do contrato Temporário Vida Individual. – conforme documento junto a fls. 45 a 377, cujo conteúdo se dá por integralmente reproduzido.

5. A parte referente à nota informativa, condições gerais da apólice, condições especiais, anexos e protocolos encontra-se totalmente impressa e não contém quaisquer espaços em branco para serem preenchidos pelos contratantes que em concreto se apresentem – conforme documento junto a fls. 104 a 377, cujo conteúdo se dá por integralmente reproduzido.

6. Dispõem as Condições Gerais nas cláusulas 42 n.ºs 1 e 2 do contrato Vida – Protecção Reforma Médicos Dentistas com a epígrafe “Liquidação do Capital” que:

“1. Sem prejuízo do estipulado na Condição Especial aplicável quanto à liquidação dos capitais no âmbito da garantia complementar, o pagamento da importância segura em caso da garantia principal morte, será efectuado, no prazo máximo de 30 dias, nos balcões do Segurador, mediante:

- a) entrega da participação do sinistro, devidamente preenchida;
- g) exibição dos documentos de identificação da Pessoa Segura;
- h) entrega do certificado de óbito da Pessoa Segura;
- i) entrega do atestado médico e elementos clínicos onde constem as causas e a evolução da doença que causou o falecimento;
- j) exibição dos documentos de identificação dos Beneficiários e certidão da habilitação dos herdeiros, se forem os herdeiros, nessa qualidade, a reclamar a importância segura;
- k) entrega da prova de vida dos Beneficiários, sempre que tal seja considerado necessário pelo Segurador”.

“ 2. A pessoa Segura autoriza os seus médicos a prestarem as informações que estejam relacionadas com a origem e as causas ou que digam respeito à evolução da doença ou acidente que tenha sido

o motivo do sinistro participado”.(sublinhados nossos) - conforme documento junto a fls. 104 a 131, cujo conteúdo se dá por integralmente reproduzido.

7. Dispõem as Condições Gerais nas cláusulas 43 nºs 1 e 2 dos contratos Vida Família, Vida Financiamento, Seguro de Vida Grupo Contributivo e Primeira Pessoa com a epígrafe “Liquidação do Capital” que :

“1. Sem prejuízo do estipulado nas Condições Especiais aplicáveis quanto à liquidação dos capitais no âmbito das garantias complementares, o pagamento da importância segura em caso da garantia principal Morte, será efectuado, no prazo máximo de 30 dias, nos balcões do Segurador, mediante:

- a) entrega da participação do sinistro, devidamente preenchida;
- b) exibição dos documentos de identificação da(s) Pessoa(s) Segura(s);
- c) entrega do certificado de óbito da Pessoa Segura;
- d) entrega do atestado médico e elementos clínicos onde constem as causas e a evolução da doença que causou o falecimento;
- e) exibição dos documentos de identificação dos Beneficiários e certidão da habilitação dos herdeiros, se forem os herdeiros, nessa qualidade, a reclamar a importância segura;
- l) entrega da prova de vida dos Beneficiários, sempre que tal seja considerado necessário pelo Segurador”.

2. A pessoa Segura autoriza os seus médicos a prestarem as informações que estejam relacionadas com a origem e as causas ou que digam respeito à evolução da doença ou acidente que tenha sido o motivo do sinistro participado”.(sublinhados nossos) - conforme documento junto a fls. 132 a 176, 227 a 254 e 295 a 317, cujo conteúdo se dá por integralmente reproduzido.

8. Dispõem as Condições Gerais nas cláusulas 44 nºs 1-1.2 e 2 dos contratos Vida Total com a epígrafe “Liquidação do Capital” que:

“1. Sem prejuízo do estipulado nas Condições Especiais aplicáveis quanto à liquidação dos capitais no âmbito das garantias complementares, o pagamento da importância segura em caso da garantia principal morte, será efectuado, no prazo máximo de 30 dias, nos balcões do Segurador, mediante:

“1.2 – Em caso de morte da pessoa segura, ou no caso de um contrato de seguro sobre duas pessoas seguras, após o primeiro falecimento que ocorrer entre as Pessoas Seguras:

- a) entrega do original da Apólice;
- b) entrega da participação do sinistro, devidamente preenchida;
- c) exibição dos documentos de identificação da(s) Pessoa(s) Segura(s);;
- d) entrega do certificado de óbito da Pessoa Segura;
- e) entrega do atestado médico e elementos clínicos onde constem as causas e a evolução da doença que causou o falecimento;
- f) exibição dos documentos de identificação dos Beneficiários e certidão da habilitação dos herdeiros, se forem os herdeiros, nessa

qualidade, a reclamar a importância segura;

g) entrega da prova de vida dos Beneficiários, sempre que tal seja considerado necessário pelo Segurador.

2. A pessoa Segura autoriza os seus médicos a prestarem as informações que estejam relacionadas com a origem e as causas ou que digam respeito à evolução da doença ou acidente que tenha sido o motivo do sinistro participado”. (sublinhados nossos) - conforme documento junto a fls. 177 a 198, cujo conteúdo se dá por integralmente reproduzido.

9. Dispõem as Condições Gerais na cláusula 46 n.ºs 2 e 3 do contrato Multiplic +, com a epígrafe “Liquidação do Capital” que:

“2. O pagamento das importâncias seguras será efectuado nos balcões do Segurador:

a) em caso de vida da Pessoa Segura, mediante a exibição dos documentos de identificação dos Beneficiários;

b) sem prejuízo do estipulado nas Condições Especiais aplicáveis, quanto à liquidação dos capitais no âmbito das garantias complementares, o pagamento das importâncias seguras, em caso de morte da Pessoa Segura, será efectuado mediante:

a) entrega da participação do sinistro, devidamente preenchida;

b) exibição dos documentos de identificação da Pessoa Segura;

c) entrega do certificado de óbito da Pessoa Segura;

d) entrega do atestado médico e elementos clínicos onde constem as causas e a evolução da doença que causou o falecimento;

e) exibição dos documentos de identificação dos Beneficiários e certidão da habilitação dos herdeiros, se forem os herdeiros, nessa qualidade, a reclamar a importância segura;

f) entrega da prova de vida dos Beneficiários, sempre que tal seja considerado necessário pelo Segurado..

3. A pessoa segura autoriza os seus médicos a prestarem as informações que estejam relacionadas com a origem e as causas ou que digam respeito à evolução da doença ou acidente que tenha sido o motivo do sinistro participado”. (sublinhados nossos) – conforme documento junto a fls. 199 a 226, cujo conteúdo se dá por integralmente reproduzido.

10. Dispõem as Condições Gerais nas cláusulas 41 n.ºs 1 e 2 do contrato Vida Única com a epígrafe “Liquidação do Capital” que:

“1. Sem prejuízo do estipulado na Condição Especial aplicável quanto à liquidação dos capitais no âmbito da garantia complementar, o pagamento da importância segura em caso da garantia principal morte, será efectuado, no prazo máximo de 30 dias, nos balcões do Segurador, mediante:

a) entrega da participação do sinistro, devidamente preenchida;

b) exibição dos documentos de identificação da) Pessoa Segura e/ou cônjuge;

c) entrega do certificado de óbito da Pessoa Segura e/ou cônjuge ;

d) entrega do atestado médico e elementos clínicos onde constem as causas e a evolução da doença que causou o falecimento;

e) exibição dos documentos de identificação dos Beneficiários e certidão da habilitação dos herdeiros, se forem os herdeiros, nessa qualidade, a reclamar a importância a segura;
f) entrega da prova de vida dos Beneficiários, sempre que tal seja considerado necessário pelo Segurador”.

“ 2. A pessoa Segura autoriza os seus médicos a prestarem as informações que estejam relacionadas com a origem e as causas ou que digam respeito à evolução da doença ou acidente que tenha sido o motivo do sinistro participado”. (sublinhados nossos) – conforme documento junto a fls. 255 a 294, cujo conteúdo se dá por integralmente reproduzido.

11. Dispõem as Condições Gerais na cláusula 44 n.ºs 1 e 2 do contrato Temporário Vida Individual (Associações Profissionais) com a epígrafe “Liquidação do Capital” que:

“1. Sem prejuízo do estipulado nas Condições Especiais aplicáveis quanto à liquidação dos capitais no âmbito das garantias complementares, o pagamento da importância segura em caso da garantia principal morte, será efectuado, no prazo máximo de 30 dias, nos balcões do Segurador, mediante:

a) entrega da participação do sinistro, devidamente preenchida;

m) exibição dos documentos de identificação da(s) Pessoa(s) Segura(s);

n) entrega do certificado de óbito da Pessoa Segura;

o) entrega do atestado médico e elementos clínicos onde constem as causas e a evolução da doença que causou o falecimento;

p) exibição dos documentos de identificação dos Beneficiários e certidão da habilitação dos herdeiros, se forem os herdeiros, nessa qualidade, a reclamar a importância segura;

q) entrega da prova de vida dos Beneficiários, sempre que tal seja considerado necessário pelo Segurador”.

“ 2. A pessoa Segura autoriza os seus médicos a prestarem as informações que estejam relacionadas com a origem e as causas ou que digam respeito à evolução da doença ou acidente que tenha sido o motivo do sinistro participado”. (sublinhados nossos) - conforme documento junto a fls. 318 a 377, cujo conteúdo se dá por integralmente reproduzido.

12. A Ré permite a cobrança dos prémios ao segurado por meio de numerário, cheque bancário, sistema de débito directo, vale postal e pagamento de serviços (SIBS) (cl.ª 23 n.º 1 do contrato Vida Única; 25 n.º 1 do contrato Vida Total; Vida Financiamento, Vida Família, 1.ª Pessoa e Vida Total e 26 n.º 1 do contrato Grupo Contributivo, Multiplic + e Temporário Vida Individual).

13. Nas propostas dos contratos supra identificados campo sob a epígrafe “Autorização” onde consta que “A(s) Pessoa(s) Segura(s) autoriza(m) os seus médicos a prestarem todas as informações solicitadas pela “A” Portugal, Companhia de Seguros Vida, S.A., assim como a pedir cópias de certificados de óbito, de certificados médicos, relatórios clínicos ou outra documentação referente ao

acidente ou doença que tenha sido causa, directa ou indirecta, do sinistro participado”.

14. Da proposta de seguro, imediatamente antes do local destinado à assinatura do proponente, expressamente existe um campo destacado, denominado “Declaração”, do qual consta: “...Os interessados podem ter acesso à informação que lhes diga directamente respeito, solicitando a sua correcção, aditamento ou eliminação, mediante contacto directo ou por escrito, junto da “A” Portugal, Companhia de Seguros Vida, S.A.”

15. A Ré dispõe de uma ampla rede de escritórios e de balcões, aberta ao público às horas normais de expediente, espalhada por todo o território nacional.

*

*

De Direito

1. Considerações genéricas.

A contratação em massa contemporânea, como é sabido, tem vantagens, como a celeridade, a simplicidade, facilidade e igualdade no tratamento de clientes e fornecedores, mas tem outrossim desvantagens, nomeadamente o risco de exercício abusivo do poder negocial por entes dotados de muito maior poder de facto por referencia à contra-parte (pense-se em bancos e seguradoras, em prestadores de serviços básicos como água, gás, electricidade e telefone). Por isso o princípio da autonomia privada (art.º 405, CC) conhece restrições, em especial em sede de liberdade de estipulação. Como diz o preâmbulo do Decreto-Lei n.º 446/85, de 25.10, diploma que contem o regime das cláusulas contratuais gerais (ccg), estas *“surgem como um instituto à sombra da liberdade contratual. Numa perspectiva jurídica, ninguém é obrigado a aderir a esquemas negociais de antemão fixados para uma série indefinida de relações concretas. E, fazendo-o, exerce uma autonomia que o direito reconhece e tutela. A realidade pode, todavia, ser diversa. Motivos de celeridade e de precisão, a existência de monopólios, oligopólios, e outras formas de concertação entre as empresas, aliados à mera impossibilidade, por parte dos destinatários, de um conhecimento rigoroso de todas as implicações dos textos a que adiram, ou as hipóteses alternativas que tal adesão comporte, tornam viáveis situações abusivas e inconvenientes. O problema da correcção das cláusulas contratuais gerais adquiriu, pois, uma flagrante premência. Convirá, no entanto, reconduzi-lo às suas autênticas dimensões. Apresentam-se as cláusulas contratuais gerais como algo de necessário, que resulta das características e amplitude das sociedades modernas. Em última análise, as padronizações negociais favorecem o dinamismo do tráfico jurídico, conduzindo a uma racionalização ou normalização e a uma eficácia benéficas aos próprios consumidores. Mas não deve esquecer-se que o predisponente pode derivar do sistema certas vantagens que signifiquem restrições, despesas ou encargos menos razoáveis ou iníquos para os particulares”*. Também a

Directiva 93/13/CEE do Conselho, de 5.4.93, pub. no Jornal Oficial n.º L 095, de 21.4.93, nota que “*os adquirentes de bens ou de serviços devem ser protegidos contra abusos de poder dos vendedores ou prestatários, nomeadamente contra os contratos de adesão e contra a exclusão abusiva de direitos essenciais nos contratos*”.

O que caracteriza as ccg é a sua pré-elaboração - prévia ao convénio - apenas por um dos sujeitos, rigidez, visto inexistir negociação preparatória do seu conteúdo, ao qual um dos sujeitos, a despeito da sua axiomática liberdade de estipulação, apenas pode aderir ou rejeitar em bloco, e indeterminação, no sentido de que é dirigida a um genérico universo de sujeitos. De ordinário, a estas três características acrescem ainda – mas não necessariamente – a sua natureza formularia, i.é, contida em impressos que regulam detalhadamente as relações das partes, e complexidade material e formal, consubstanciada em textos prolixos, redigidos em muito densa linguagem técnico-jurídica, amiúde numa letra miudinha e até de cor esbatida.

De resto, logo a aludida Directiva 93/13/CEE continha uma lista exemplificativa anexa de cláusulas susceptíveis de serem tidas por abusivas, como a exclusão ou limitação de direitos do consumidor (al. a. e b.), a imposição ao consumidor inadimplente de uma indemnização de montante desproporcionalmente elevado (al. e.), a permissão do profissional unilateralmente alterar os termos do contrato ou as características do produto ou serviço a prestar (al. j. e k.), ou de interpretar apenas ele o contrato (al. m).

O que basta para mostrar a necessidade da sua regulamentação.

*

2. Do recurso do MºPº.

A boa fé é “*o princípio geral orientador das cláusulas contratuais gerais*” (cfr. Almeida Costa e Menezes Cordeiro, Cláusulas Contratuais Gerais – Anotação ao Decreto-Lei n.º 446/85, de 25 de Outubro), como resulta do art.º 16 deste diploma, que distingue as cláusulas absolutamente proibidas (art.º 18 e 21) das relativamente proibidas (art.º 19 e 22), exactamente na lógica de que aquelas violam mais gravosamente a boa fé, enquanto que as relativas se evidenciam num “quadro negocial padronizado”.

No que toca aos consumidores finais, dispõe o art.º 22/1/n.º que “*são proibidas, consoante o quadro negocial padronizado, designadamente, as cláusulas contratuais gerais que (...) fixem locais, horários ou modos de cumprimento despropositados ou inconvenientes*”.

O sentido da locução “despropositados ou inconvenientes” tem, pois, de ser achado atendendo ao princípio da boa fé, sem perder de visto o quadro de desigualdade material dos sujeitos (em que de ordinário o proponente é de facto mais poderoso do que o que adere, ainda que formalmente sejam iguais; o que exige, pois, maior rigor na intervenção do Direito, de modo a evitar o indevido aproveitamento da força pelos sujeitos mais poderosos.

Como afirmou o Supremo Tribunal de Justiça, no acórdão de

2.3.2004, in CJ-STJ, I-93 e ss., “as valorações necessárias à concretização das proibições relativas, ainda que surjam a propósito de contratos singulares, não devem ser efectuadas de maneira casuística (...) o juízo valorativo não se realiza tomando como referencia os vários contratos *ut singuli*, mas a partir das cláusulas - em si próprias e encaradas no respectivo conjunto – para eles abstractamente predispostas. É esse o sentido da referencia ao «quadro negocial padronizado»”.

Importa, pois, proceder a uma ponderação de interesses de modo a descobrir se o do consumidor está a ser sacrificado, sem razão material plausível (mas meramente em face da posição de força do outro), aos interesses do proponente. Como refere Almeno de Sá, in Cláusulas Contratuais Gerais e Directiva sobre Cláusulas Abusivas, p. 261, “a consecução de um adequado equilíbrio contratual de interesses aparece como o objectivo último desse controlo (...). O imperativo do respeito pelo interesse do outro flui directamente da própria intencionalidade que atravessa o princípio da boa fé, pelo que somos assim levados á necessidade de uma ponderação de interesses. (...) Nesta ponderação, haverá de concluir-se por uma violação do escopo da norma singular de proibição, se a composição de direitos e deveres resultantes da conformação do contrato, considerado no seu todo, e tendo em conta o quadro negocial padronizado, não corresponder “à medida” do equilíbrio, pressuposto pela ordem jurídica, verificando-se, ao invés, uma desrazoável perturbação desse equilíbrio, em detrimento da contraparte do utilizador. (...) Nesta contraposição de interesses igualmente legítimos, está naturalmente reservado um lugar de destaque para o princípio da proporcionalidade, numa incessante sopesagem e comparação de vantagens, custos, compensações e riscos”.

Dispõe a cláusula em causa que “o pagamento...será efectuado...nos balcões do segurador”.

É a ultima locução, “nos balcões do segurador”, que o recorrente não aceita.

A sentença entendeu que não há desequilíbrio, sendo que a regra do art.º 774 do Código Civil que consagra o domicílio do credor como local da prestação de obrigações pecuniárias é meramente supletiva, a cláusula respeita a ordem publica e os bons costumes (art.º 280), não há incómodo excessivo na deslocação dos beneficiários aos escritórios da R., pelo que é admissível a cláusula ao abrigo da liberdade contratual.

Para o recorrente MºPº mesmo a regra do art.º 774 do Código Civil, quando imposta pelo proponente, no domínio das cláusulas contratuais gerais, é imperativa para os aderentes. Se o conteúdo contratual imposto contender com o regime das cláusulas contratuais gerais as cláusulas são abusivas. O juiz deve ter em conta a ideia de um adequado equilíbrio contratual de interesses, colocado em causa se o proponente procura alcançar os seus próprios objectivos sem considerar, de modo minimamente razoável, os interesses legítimos do

cliente.

A argumentação expendida até aqui é razoável e redundante em saber-se, aproveitando-se da sua posição, a seguradora fez consagrar, sem razão plausível, uma cláusula contrária aos interesses dos clientes. Mas o recorrente acrescenta que é o caso, *face à vulgarização dos meios de pagamento electrónico (por exemplo, o próprio Estado Português devolve os reembolsos do IRS através do número de identificação bancária – NIB), e até face a outros meios de pagamento que podem ser remetidos por correio (vg cheque nominativo e do vale postal), sendo incompreensível que se exija que os beneficiários se desloquem à sede ou às suas instalações para receberem as compensações, nomeadamente com a perda de um ou de meio dia de trabalho decorrente do tempo dispendido com as deslocações de ida e volta, assim como despesas de transporte e de alimentação, incómodo que não tem paralelo com qualquer ónus ou encargo imposto à Ré.* Não se acompanha este raciocínio.

Primeiro, deve ponderar-se que a norma do art.º 774 do Código Civil é, efectivamente, supletiva, podendo ser afastada.

De resto, outros casos há em que a regra – também supletiva – é exactamente a contrária, i. é, que o pagamento tem lugar no domicílio do devedor (cfr., vg, art.º 1039, n.º 1 e 1038, al. a, Código Civil).

O que significa desde logo que a lei optou por aquele critério como poderia ter adoptado outro, inexistindo razões materiais que imponham uma única solução^[1].

Acresce que o pagamento da seguradora não é igual ao da contraparte: enquanto esta normalmente vai entregando prestações sucessivas de valor pouco significativo, o pagamento daquela é feito de uma vez, e em valores bem mais elevados.

O que sugere um cuidado acrescido a fim de evitar extravios e enganos e nessa medida é também do interesse dos beneficiários^[2].

Existiria despropósito se a R. estabelecesse locais e horários disparatados, como se os pagamentos fossem feitos sempre longe do local onde os beneficiários têm a vida organizada, e/ou apenas a meio da manhã ou da tarde; e inconveniência se, não sendo assim, de todo o modo o beneficiário houvesse de deslocar-se a locais, horários e modos inadequados, p. ex. em razão do excesso de movimento. Não se vê que seja o caso, atentando que o pagamento pode ter lugar em qualquer balcão da rede (que é *uma ampla rede de escritórios e de balcões, aberta ao público às horas normais de expediente, espalhada por todo o território nacional*).

Aliás, não se vislumbra sequer vantagem para a R. em dificultar o recebimento dos prémios forçando comparências burocráticas (como seria o caso, não existissem outras razões plausíveis que já vimos que existem): o que conseguiria, num quadro concorrencial, seria provavelmente perder mercado.

E, nesta sequência, falta demonstrar que as diligências para o

recebimento do prémio acarretam a perda de meio dia ou até de um dia de trabalho, como defende o recorrente.

Qual seria a alternativa a este procedimento? Parece que seria esta: após troca de mensagens, seja em correio normal, na net ou por outra via, entre o beneficiário e a seguradora, a fim de se juntarem as declarações e documentos necessários, se apurar o montante e porventura o modo de pagamento, um funcionário da R. deslocar-se-ia a casa daquele e aí trocariam meio de pagamento e recibo (numa versão mais adiantada o pagamento far-se-ia vg por crédito na conta do beneficiário; acresceria então às diligencias deste o envio do recibo).

Ora esta solução seria susceptível de acarretar mais prejuízos que vantagens, perdendo-se a concentração de tempo e de lugar, com os encargos, incómodos e demoras inerentes.

Assim sendo não se vislumbra, tendo em conta o princípio orientador da boa fé, desequilíbrio contratual ou desproporcionalidade, na cláusula que estipula o pagamento nos balcões da R., pelo que não merece censura a sentença nesta parte.

*

*

3. Do recurso da seguradora.

A R. insurge-se contra a decisão do Tribunal a quo que julgou nulas a clausula que estipula a obrigação de “entrega do atestado médico e elementos clínicos onde constem as causas e a evolução da doença que causou o falecimento” e a clausula segundo a qual “a pessoa segura autoriza os seus médicos a prestarem as informações que estejam relacionadas com a origem e as causas ou que digam respeito à evolução da doença ou acidente que tenha sido o motivo do sinistro participado”.

Discutiram as partes se é abusivo que um terceiro (o beneficiário) tenha, segundo o A., a obrigação de prestar informações de difícil ou impossível concretização, não contendo cláusula de autorização espaço que permita ao segurado subscrevê-la, nem remissão para a autorização em documento distinto (e não é consentimento expreso a mera inclusão de uma cláusula no meio de outras), e constituindo a revelação de dados de saúde invasão da reserva da intimidade da vida privada (art. 26º nº 1 da Constituição da República Portuguesa) e uma violação da obrigação de confidencialidade imposta pelo sigilo médico profissional, podendo até inexistir atestado médico a certificar as causas e a evolução da doença que causou o falecimento, por um lado; por outro, segundo a R., se não o é face aos termos da proposta, que com outros documentos integra o contrato de seguro e contém formulações preparadas pela seguradora e espaços em branco, a preencher pelos candidatos a tomadores e/ou a segurados / pessoas seguras, espaços nos quais cada um individualiza a sua pretensão, constando num campo designado “Autorização” em letra visível e de formato saliente que “A(s) Pessoa(s) Segura(s) autoriza(m) os seus médicos a prestarem todas as informações

solicitadas pela “A” Portugal, Companhia de Seguros Vida, S.A., assim como a pedir cópias de certificados de óbito, de certificados médicos, relatórios clínicos ou outra documentação referente ao acidente ou doença que tenha sido causa, directa ou indirecta, do sinistro participado”, através da qual a Ré solicita ao interessado e obtém, no momento inicial da contratação do seguro, autorização para aceder aos dados e informações sobre o seu estado de saúde, ainda que a coligir ou recolher mais tarde e em caso de sinistro, podendo assim Ré, e por maioria de razão os familiares do autorizante ou os beneficiários da apólice, obter, com respeito pelas formalidades legalmente para tal estabelecidas, os dados pessoais relativos “à origem e causas, ou que digam respeito à evolução da doença ou acidente sofrido pelo autorizante, que tenha sido o motivo do sinistro participado.”

Entendeu a sentença que sim.

Para tal considerou que a Comissão Nacional de Protecção de Dados (CNPd) tem deliberado (v.g. deliberações 51/2001 e 72/2006) quanto ao acesso a dados pessoais de saúde de titulares falecidos, seja por companhias de seguros do ramo vida, seja por familiares para os apresentarem naquelas companhias e receberem as compensações por morte dos segurados, que em vida do segurado as instituições de saúde apenas podem comunicar às seguradoras os dados mediante consentimento expresso do titular, devendo no momento da celebração do contrato de seguro as seguradoras medir o seu risco e requerem ao segurando consentimento expresso para aceder aos seus dados ou então que este realize exames e análises para aferir o seu estado de saúde; as normas constitucionais e os diplomas legais proibem o acesso das seguradoras aos dados pessoais de saúde dos segurados falecidos sem o consentimento expresso destes, prevalecendo a privacidade e a reserva da intimidade da vida privada sobre o interesse económico exclusivo da seguradora; o “direito à curiosidade” dos familiares apenas lhes permite aceder ao relatório da autópsia ou à causa de morte, não a mais informação de saúde nem a dados pessoais que se encontram na esfera mais íntima do titulares falecido.

Com a deliberação 62/2006 passou a entender que aquando da celebração do contrato de seguro e no processo de formação da vontade negocial as seguradoras podem recorrer, para avaliar o risco, a exames complementares de diagnóstico (exames médicos e análises clínicas) e, complementarmente, às informações dos segurados. Os beneficiários das compensações devidas pelos seguros do ramo vida, têm, em regra, a partir da morte do segurado um direito subjectivo à compensação, a que se contrapõe na esfera jurídica das seguradoras a obrigação de a pagar. Ora, o direito processual civil exige ao sujeito da obrigação o ónus da prova da existência de causa de “desobrigação”, não requerendo ao sujeito do direito subjectivo prova da inexistência dessa causa de “desobrigação”. A posição processual mais onerada das seguradoras não pode ser aliviada à custa da violação dos direitos, liberdades e garantias dos cidadãos. Direito fundamental é o da

protecção dos dados pessoais, sendo o interesse da livre iniciativa económica, o da liberdade de empresa um interesse constitucionalmente protegido e a economia de mercado um bem jurídico constitucional. Os direitos, liberdades e garantias pessoais são hierarquicamente superiores aos interesses constitucionalmente protegidos e aos bens jurídicos constitucionais. A contracção dos direitos fundamentais em favor de um interesse ou bens jurídicos constitucionais só é legítima enquanto essa restrição for adequada para desempenhar a função de salvaguardar a subsistência desses interesses ou bens jurídicos. Não é o que aqui está em causa. O modo de restringir direitos, liberdades e garantias em favor de interesses e bens jurídicos constitucionais inferiores é através de leis (formais). Não havendo, como não há, lei formal que preveja e legitime o acesso aos dados pessoais de saúde de titulares falecidos, pelas Companhias de Seguros e pelos familiares desses titulares, para efeitos de pagamento /recebimento de indemnizações em virtude da morte dos titulares segurados, esse acesso apenas pode decorrer do consentimento dos titulares: artigo 35º da Constituição da República Portuguesa (CRP) e nº 2 do artigo 7º da Lei de Protecção de Dados (LPD). O consentimento dos titulares para o tratamento dos seus dados pessoais é qualificado: livre, específico e informado (alínea h) do artigo 3º da LPD) e tem de ser expresso: nº 2 do artigo 7º da LPD. O consentimento refere-se a uma contextualização factual concreta, a uma actualidade cronológica precisa e balizada e a uma operação determinada, o mais individualizado possível. O consentimento específico afasta os casos de consentimento preventivo e generalizado, prestado de modo a cobrir uma pluralidade de operações. O consentimento dado pelos titulares tem de ser informado, sendo a informação efectivamente prestada pelas Companhias de Seguros aos titulares segurandos, no momento da obtenção do consentimento, a medida da transparência, da boa fé e da lealdade das Seguradoras, enquanto responsáveis pelos tratamentos de dados pessoais, no desenvolvimento dos mesmos tratamentos. Os segurandos devem ter conhecimento, desde logo, das consequências da recusa de consentimento, declaradas no instrumento de informação e de obtenção do consentimento, mas devem ainda ficar esclarecidos sobre os aspectos relativos aos tratamentos de dados pessoais de que são objecto. O consentimento tem de ser directo para o tratamento de dados pessoais – no caso, expressamente direccionado para o acesso a dados pessoais de saúde. Consentimento expresso (e específico) significa que os titulares segurandos devem prestar o seu consentimento em cláusulas contratuais que, mais ainda sendo pré-definidas pelas Companhias de Seguros, sejam destacadas, separadas, autonomizadas no respectivo contrato (isto é, as cláusulas contratuais dos contratos de seguros relativas ao tratamento de dados pessoais, nomeadamente, ao acesso a dados pessoais de saúde, devem ser inseridas nos contratos pré-configurados pelas Seguradoras de forma destacada, permitindo que os mesmos titulares prestem o seu

consentimento, por exemplo, apondo a sua assinatura, em lugar próprio e autónomo para esse consentimento informado e correspondente informação, diferente da outorga da restante parte do contrato. Em todo o caso, estando o tratamento de dados pessoais, nomeadamente, o acesso a dados pessoais de saúde, vinculado ao princípio da proporcionalidade, o consentimento para o tratamento de dados pessoais de saúde, no caso, o consentimento para o acesso aos dados pessoais de saúde dos titulares segurados já falecidos, para efeitos de pagamento/recebimento de indemnização em virtude de contrato de seguro do ramo Vida, deve ser limitado à origem, causas e evolução da doença ou acidente de que resultou a morte do titular segurado. A restante informação de saúde do titular dos dados pessoais, entretanto falecido, é excessiva face à finalidade de aferir do dever de indemnizar em virtude da morte dos segurados, não devendo ser abrangida pelo tratamento – acesso – consentido pelos mesmos segurados^[3].

Continua a sentença que a Ré não previu na cláusula da autorização uma zona idêntica para assinatura como fez, por exemplo, para a cláusula de autorização de pagamento por débito bancário directo, ou para a autorização de marketing e publicidade. A Lei n.º 67/98 não prevê o fornecimento da documentação clínica aos beneficiários de seguro de vida e o acesso aos seus dados só pode ocorrer se tiverem dado o seu consentimento informado, livre, específico e expresso, de forma autónoma em relação às demais cláusulas contratuais. A R. embora destaque o campo da autorização não o faz de modo a que conste com autonomia a assinatura da interveniente e a explicação das consequências da falta de consentimento. Acresce que a R. transfere para os beneficiários a sua (dela, R.) obrigação de obtenção de documentos. Documentos que os beneficiários poderão não lograr obter atenta a natureza confidencial dos dados e até, por vezes, a inexistência de médico de família.

A R. insurgiu-se contra a conclusão do Tribunal de que a cláusula viola o disposto na al. g) do art.º 21, defendendo que as cláusulas em causa “dimanam naturalmente do princípio da boa fé (...) que deve acompanhar a vida do contrato (de seguro) em todos os momentos deste, nomeadamente o do sinistro, e não importam ilegítima invasão da esfera da vida privada da pessoa segura (nem são) desproporcionadas, no quadro dos deveres, ónus, encargos e direitos que, para as partes contratantes resultam da celebração do contrato”. A cláusula pela qual “a pessoa segura autoriza os seus médicos a prestarem as informações que estejam relacionadas com a origem e as causas ou que digam respeito à evolução da doença ou acidente que tenha sido o motivo do sinistro participado (...) não é nula como (é) proporcional, às posições contratuais das partes no contrato (e) não viola qualquer disposição legal imperativa, nomeadamente o disposto no artº 7º nº1 da Lei nº 67/98, ou o disposto em qualquer preceito do Dec.-Lei nº 446/85 de 25 de Outubro” ou o art.º 26 da Constituição.

Esta cláusula consta de forma destacada e autonomizada na proposta do contrato, é clara, de fácil compreensão e assim o proponente subscritor emite consentimento expresso, livre, autónomo e específico. A cláusula é inserta na proposta e nas condições, o que lhe dá mais destaque; sem esse ónus o beneficiário ficaria em melhor condição que a pessoa segura, que é parte originária e sua inexistência acarretaria a impossibilidade de alegação e prova de situações de exclusão de garantia, nomeadamente quando o beneficiário lhe desse causa (vg assassinando o segurado); aliás o ónus tem suporte legal no art.º 100 do Decreto-Lei n.º 72/2008, de 16.4.

Vejamos.

A peculiaridade dos contratos de adesão e das cláusulas contratuais gerais^[4], acima aludida, levou a que o legislador tomasse medidas de tutela do aderente com vista a atenuar os desequilíbrios gerados entre partes formalmente iguais mas materialmente com peso muito diverso. Nomeadamente:

- a) impondo o dever de comunicação e informação ao proponente^[5] (art.º 5º e 6º do Decreto-Lei n.º 446/85);
- b) consagrando o princípio da interpretação mais favorável do aderente (*in dubio contra stipulatorem*, art.º 11/2);
- c) consagrando o princípio da prevalência das cláusulas particulares sobre as cláusulas gerais (art.º 7);
- d) acentuando o relevo do princípio geral da boa fé (art.º 12).

O dever de comunicação só se satisfaz quando o proponente dá conta do teor das cláusulas de forma precisa, concreta, de sorte que o aderente as compreenda bem. Como decidiu o acórdão desta Relação de Lisboa de 10.4.3, CJ, II, 120, que “*o proponente deve comunicar à contra-parte, na íntegra, as cláusulas contratuais gerais de que se sirva, devendo essa comunicação ser realizada de modo a tornar possível o conhecimento completo e efectivo de quem use de comum diligência*”.

Por seu lado, os deveres de informação e de esclarecimento são de tal forma intensos que, como proclamou o Supremo Tribunal de Justiça (acórdão de 28.3.95, BMJ 445, 519 e ss.), “*a violação do dever de esclarecimento por parte da seguradora constitui violação positiva do contrato*”.

Os dados que estão em causa nos autos são pessoais, estão contidos na esfera privada do segurado e são protegidos pela lei fundamental e pela lei ordinária (como também referiu o mesmo Supremo, “*os dados relativos à saúde pessoal integram o âmbito de protecção legal (artigo 80º do Código Civil) e constitucional (artigo 26º da Constituição) do direito à reserva da intimidade da vida privada (assim, acórdãos nºs 355/97, relativo ao registo de dados oncológicos, ou 368/02 do Tribunal Constitucional, disponíveis em www.tribunalconstitucional.pt); tal protecção estende-se mesmo depois da morte do titular (cfr. artigo 71º do Código Civil e Jorge Miranda e*

Rui Medeiros, Constituição Portuguesa Anotada, tomo I, Coimbra, 2005, anot. ao artigo 26º, pág. 284) "[6].

Com efeito, integram o núcleo da vida privada dados pessoais relativos à filiação, residência, número de telefone, vida conjugal, amorosa e afectiva, os factos que decorrem dentro do lar, as informações transmitidas por carta ou outros meios de telecomunicações, os factos passados que caíram no esquecimento, objectos contendo recordações pessoais, situação patrimonial, encontros com os amigos, saídas e entradas de casa e estado de saúde. "*A pessoa tem em relação a estes acontecimentos, desde que sejam pessoais (...) um interesse de privacidade*" (cfr Paulo Mota Pinto "O direito á reserva sobre a intimidade da vida privada", BFDUC, 1993, nº 69, págs. 526 e segs.).

Assim, é claro que a obtenção de dados sobre o estado de saúde e causas de morte, ao contrário do que pretende a R., importa *invasão da esfera da vida privada do segurado*.

E é claro também que o beneficiário não tem livre acesso aos dados do falecido, cuja reserva continua a ser protegida após a sua morte. O art.º 100.º do Decreto-Lei n.º 72/2008, de 16.4, que dispõe sob a epígrafe "Participação do sinistro" que "*1. A verificação do sinistro deve ser comunicada ao segurador pelo tomador do seguro, pelo segurado ou pelo beneficiário, no prazo fixado no contrato ou, na falta deste, nos oito dias imediatos àquele em que tenha conhecimento. 2. Na participação devem ser explicitadas as circunstâncias da verificação do sinistro, as eventuais causas da sua ocorrência e respectivas consequências. 3. O tomador do seguro, o segurado ou o beneficiário deve igualmente prestar ao segurador todas as informações relevantes que este solicite relativas ao sinistro e às suas consequências*" (itálico nosso), não concede, pois, à seguradora, ao contrário do que a uma exegese mais apressada possa parecer, a faculdade de exigir nomeadamente ao beneficiário, de forma ilimitada, quaisquer informações: estas normas carecem de ser conjugadas com os princípios e demais regras do ordenamento jurídico, entre as quais as constitucionais (cf. art.º 26, n.º 1, CRP), de valor hierarquicamente superior. Exigirá, sim, aquilo que normas e princípios de valor superior não proíbam[7].

É esse o caso: nem a seguradora nem o beneficiário podem obter livremente elementos relativos à saúde e causa de morte do segurado. Como diz a CNPD na citada deliberação 62/2006 *o modo de restringir direitos, liberdades e garantias em favor de interesses e bens jurídicos constitucionais inferiores é através de leis (formais). Não havendo lei formal (o dito art.º 100.º do Decreto-Lei n.º 72/2008 só por si não basta, como vimos) que preveja e legitime o acesso aos dados pessoais de saúde de titulares falecidos, pelas Companhias de Seguros e pelos familiares desses titulares, para efeitos de pagamento / recebimento de indemnizações em virtude da morte dos titulares segurados, esse acesso apenas pode decorrer do consentimento dos*

titulares: artigo 35º da Constituição da República Portuguesa.

Destarte salta à vista o acerto da argumentação da sentença: impor ao beneficiário a obtenção de dados que não estão na sua disponibilidade é cominar-lhe um encargo que ele não pode estar certo que conseguirá cumprir. Tal clausula atenta claramente contra a boa fé revelando desde logo acentuada desproporção ou desequilíbrio.

Mesmo que haja autorização válida teremos o seguinte quadro:

- a) o segurado faleceu, pelo que se verificou o facto susceptível de accionar o seguro;
- b) a seguradora beneficia da autorização do segurado para obter os elementos.

A ser assim a R. pode ela própria obter os elementos^[8] mediante os quais a devedora (a própria seguradora), pretende certificar-se de que deve efectivamente cumprir a obrigação de pagamento do prémio.

Uma tal certificação cabe à própria seguradora; ocorrida a morte é a ela que incumbe verificar se a mesma ocorreu em circunstâncias que impedem ou extinguem^[9] a sua responsabilidade^[10].

Não há motivo para as consequências da falta de prova da demonstração da inexistência de impedimento da responsabilidade da R. recaírem sobre o beneficiário, a quem cabe simplesmente provar a morte do segurado.

Ou seja – recordemos que estamos perante uma cláusula contratual geral – é irrefragável que a R. usou a sua posição de facto de maior força na relação jurídica para impor uma norma que só a si convém, podendo fazer vingar por esta via, afinal, os seus interesses.

Invertendo o ónus da prova (art.º 21/g do Decreto-Lei n.º 446/85, de 25.10) o peso das diligências e da sua insuficiência recai totalmente sobre a contra-parte, chamada a recolher documentos e informações para a eventual desresponsabilização da seguradora, com a cominação da perda do prémio se não conseguir obter (qualquer que seja a razão; a que acresce que é a seguradora e não o beneficiário quem decide se este os conseguiu granjear ou não) os elementos susceptíveis de os conter.

Não tem sentido a pretensão de que o beneficiário estaria sujeito a ónus mais leves do que o próprio segurado: o que está em causa é a protecção dos dados do segurado falecido. Uma coisa, muito diferente, é o segurado, vivo, autorizar e obter o que entender relativamente à sua saúde, outra terceiros (caso do beneficiário) fazerem-no.

*

*

Quanto à cláusula de autorização dada pelo segurado a sorte do recurso não é melhor.

A lei estipula, com efeito, que (art.º 3/h da Lei 67/98, 26 de Outubro), que “*«consentimento do titular dos dados» (é) qualquer manifestação*

de vontade, livre, específica e informada, nos termos da qual o titular aceita que os seus dados pessoais sejam objecto de tratamento”.

Não é um consentimento precipitado, descuidado, não ponderado: parte do conhecimento das suas consequências, bem, inversamente, como da sua omissão.

Por outro lado é específica, incidindo nela expressamente, de modo a não haver dúvidas de que o titular quis efectivamente deferir aquela autorização.

Do formulário da R. não resulta esta especificidade; pelo contrário.

Se a R. quisesse tornar claro que quanto a certas questões o aderente manifestou determinada vontade teria previsto a possibilidade de o mesmo recusar, como fez com coisas de menor importância como autorizações para marketing e publicidade (que podia aceitar ou recusar mediante o preenchimento do respectivo quadrado).

Assim, fica a dúvida de saber se o segurado pretendeu realmente autorizar a prestação de informações de saúde ou, antes, meramente celebrar o contrato de seguro^[11].

E até é discutível que exista o consentimento informado: no meio de várias cláusulas e destaques como se pode afirmar que o aderente leu e reflectiu sobre a pequena cláusula de 3 linhas relativamente à qual nem sequer tem – ao contrário de outras - de preencher o que quer que seja? Não pode.

A argumentação da R. relativa ao risco do contrato não colhe: cabe-lhe a si avaliá-lo aquando da sua celebração.

*

Em síntese, as cláusulas em apreciação no recurso da R. são efectivamente proibidas, não merecendo censura a sentença.

*

*

DECISÃO

Nestes termos, o Tribunal julga improcedentes os recursos interpostos nos autos pela M^oP^o e pela seguradora e confirma a sentença recorrida.

Custas do recurso da “A” pela seguradora, estando, quanto ao outro, o M^oP^o isento de custas.

Lisboa, 21 de Junho de 2012

Sérgio Almeida

Lúcia Sousa

Farinha Alves

^[1] Pires de Lima e A. Varela, Código Civil Anotado, II vol, nota ao art.º 774 notam que o Código Civil italiano, sufragando orientação próxima, afasta-se quanto à determinação do domicílio, que será não o do tempo do cumprimento mas o tempo do vencimento. Outros diplomas consagram soluções diversas. Por exemplo, o espanhol consagra o domicílio do devedor (art.º 1171)

[2] O adequado cumprimento das formalidades, incluindo a verificação de montantes, emissão de meios de pagamento e de recibo, também sugere um encontro das partes nas instalações da R., onde esta dispõe do acesso aos seus dados e do pessoal qualificado, afigurando-se mais curial do que o procedimento informal de o beneficiário enviar primeiro o recibo e só na volta do correio receber o cheque ou outro meio de pagamento.

[3] Simplificação do texto nossa.

[4] Já Mota Pinto, em Contratos de Adesão – Uma manifestação jurídica da moderna vida económica, in Revista de Direito e de Estudos Sociais, 1973, 124, se referia, expressivamente, à “tirania da letra miúda e da assinatura no tracejado”.

[5] O profissional, recorrendo à terminologia da Directiva 93/13/CEE, de 5.4.93

[6] Parte da fundamentação. Aresto de 23-04-2009, disponível em www.dgsi.pt, constando no sumário, designadamente, que “*os dados relativos à saúde pessoal integram o âmbito de protecção legal e constitucional do direito à reserva da intimidade da vida privada. Essa protecção estende-se para além da morte do titular*”.

[7] De acordo com o princípio da unidade do sistema jurídico. A lei ordinária afirma, como não poderia deixar de ser, a sensibilidade destes dados (cfr. art.º 7º da Lei 67/98, 26 de Outubro, que transpõe para a ordem jurídica portuguesa a directiva 95/46/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 24 de Outubro de 1995, relativa à protecção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento dos dados pessoais e à livre circulação desses dados: “*1 - É proibido o tratamento de dados pessoais referentes a convicções filosóficas ou políticas, filiação partidária ou sindical, fé religiosa, vida privada e origem racial ou étnica, bem como o tratamento de dados relativos à saúde e à vida sexual, incluindo os dados genéticos. 2 - Mediante disposição legal ou autorização da CNPD, pode ser permitido o tratamento dos dados referidos no número anterior quando (...) o titular dos dados tiver dado o seu consentimento expresso para esse tratamento (...)*”. (sublinhado nosso)

[8] Falece aqui manifestamente a argumentação da R. de que ela não conhece a identidade do médico assistente, ao contrário do beneficiário, que assim poderá obter tais elementos. Certamente que a conclusão é ilógica: uma coisa é o terceiro saber informações genéricas sobre clínicos, outra obter dados concretos respeitantes à saúde do segurado. Esta não deriva daquela O que faria sentido seria a R. pretender que o beneficiário, sabendo-o, identificasse o médico

[9] Cfr. art.º 45 e 46 do Decreto-Lei n.º 72/2008, de 16.4.

[10] O que, no direito probatório, serão factos impeditivo ou extintivos (art.º 342/2, CC).

[11] Diferença que não é despcienda, sabido que é que se a liberdade

contratual abrange a liberdade de celebração, a liberdade de escolha dos tipos negociais (optando por contratos típicos, atípicos ou mistos) e a liberdade de estipulação, o problema de contratos de adesão é exactamente que comprimem ou mesmo excluem a liberdade de estipulação (i. é, de definir o seu conteúdo) do aderente, que ou aceita ou rejeita em bloco a proposta contratual. Esta aceitação em bloco, porém, é uma vontade genérica e não de aceitação específica clausula a clausula.