

Processo: 24/10.0TBVNG.P1
Nº Convencional: JTRP000
Relator: JOSÉ FERRAZ
Descritores: SEGURO DE GRUPO
CRÉDITO À HABITAÇÃO
CLÁUSULA DE EXCLUSÃO DE RESPONSABILIDADE
Nº do Documento: RP2012102524/10.0TBVNG.P1
Data do Acórdão: 25-10-2012
Votação: UNANIMIDADE
Texto Integral: S
Privacidade: 1
Meio Processual: APELAÇÃO
Decisão: CONFIRMADA
Indicações Eventuais: 3ª SECÇÃO
Área Temática: .

Sumário: I - No seguro de grupo ramo vida, em que o tomador é também o beneficiário, a comunicação e informação das cláusulas gerais ao segurado/aderente cabe, em primeira linha, ao tomador do seguro.
II - O segurador, que estabeleceu essas cláusulas com o tomador, não pode opor ao segurado/aderente que a omissão daquela obrigação não lhe é imputável para efeitos de exclusão da sua responsabilidade.

Reclamações:

Decisão Texto Integral: Proc. 24.10.0TBVNG.P1 – apelação
José Ferraz (667)
Exmos Adjuntos
Des. Amaral Ferreira
Des. Ana Paula Lobo

Acordam no Tribunal da Relação do Porto

1) – B..., e marido C..., residentes na ..., n.º..., .º direito, em ..., Vila Nova de Gaia, instauraram acção contra D... – COMPANHIA DE SEGUROS E VIDA, S.A., com sede na Rua ..., .º, Lisboa, alegando que celebraram dois contratos de mútuo para aquisição de habitação com o E..., sendo-lhes exigida para a concessão dos créditos, que garantisse os pagamentos devidos ao Banco, em caso de morte ou invalidez.

Em 2004, transferiram os contratos de crédito para o F..., actual G... e, como decorrência dessa transferência, foram celebrados contratos de seguro com o H... – Companhia de Seguros de Vida, S.A., (desde 2007, D... – Companhia de Seguros de Vida, S.A, que garantiam o capital dos créditos de € 49.437,39 e € 11.000,00, respectivamente.

O AA. cumpriram pontualmente as suas obrigações contratuais.
A partir de 13.05.2005 a autora mulher sofre um internamento, tendo-lhe sido diagnosticada doença bipolar, que a impede de exercer a sua actividade profissional, tendo sido considerada afectada de uma incapacidade permanente global de 75% e incapaz para o trabalho desde Março de 2008, passando então a auferir uma pensão de invalidez.

Não obstante a total invalidez de que padece a autora mulher, a ré recusa a assumir o risco pagando o capital dos empréstimos ao Banco, apoiando-se para o efeito numa cláusula de exclusão de responsabilidade, por atenção à doença que afecta a autora, e constante das condições especiais do seguro, que nunca foi comunicada aos autores, sendo, por isso, inválida.

E, em consequência da recusa da ré em proceder a esse pagamento, os autores têm sofrido angústia e ansiedade, numa situação de asfixia financeira, e tendo-se agravado a doença da autora.

Terminam a pedir que

a) a cláusula de exclusão de riscos 4.1, alínea o) das condições especiais do seguro complementar de invalidez total e permanente por doença ou acidente seja considerada como não escrita, nos termos da al. a) do art. 8º da Lei das Cláusulas Contratuais Gerais;

b) seja a ré condenada a pagar aos autores € 12.063,06 provenientes das mensalidades pagas pelos autores ao F..., S.A., actual G..., S.A. derivadas do

empréstimo à habitação, desde Janeiro de 2008 até à data de propositura da acção;
c) seja a ré condenada a pagar a dívida integral proveniente do crédito à habitação celebrado entre os autores e o G..., S.A., sendo € 37.833,00 de crédito à habitação e € 8.531,00 de segundo crédito contraído para obras;
d) e seja a ré condenada a pagar aos autores uma indemnização a título de danos não patrimoniais a fixar equitativamente pelo tribunal, em valor nunca inferior a € 1.500,00.

A Ré contestou a acção, alegando que os contratos de seguros aludidos pelos autores foram celebrados entre a ré e o tomador do seguro, G..., sendo os autores aderentes ao seguro em questão, inexistindo qualquer contratação directa entre a ré e os autores. O contrato foi celebrado pelo banco em seu próprio interesse e benefício, limitando-se a ré a aceitar a adesão de novos contratos propostos pelo banco, pelo que o direito de exigir o pagamento cabe apenas ao banco e não aos autores, além de que a doença de que padece a autora está excluída expressamente da cobertura do contrato celebrado.

O banco mutuário informou os autores de todas as exclusões e do âmbito de cobertura da apólice, tendo a ré remetido aos autores uma carta que contém todas as condições contratuais, sendo a eventual cobertura do risco em questão um factor de agravamento do prémio, pelo que a exclusão de tal cláusula do contrato implicaria um desequilíbrio das prestações do contrato em prejuízo da ré.

Pede a improcedência da acção.

Os AA responderam, afirmando que o contrato foi celebrado entre autores e ré em benefício de um terceiro, sendo esse mesmo efeito que os autores pretendem ver reconhecido, pelo pagamento a efectuar pela ré ao terceiro beneficiário. Concluem pela improcedência das excepções suscitadas.

Proferido despacho saneador, afirmando a regularidade da instância, foi seleccionada a matéria de facto relevante para a decisão, com fixação da matéria de assente e organizada a base instrutória, reclamada pela ré sem sucesso, de que reclamou a ré. Reafirmando o pedido inicial.

Após a realização de perícia médica, foi realizada a audiência de discussão e julgamento, finda a qual e, decidida a matéria de facto provada e não provada, foi proferida sentença que julgou a acção parcialmente e, em consequência:
a) determinou-se a exclusão dos contratos de seguro identificados em a), b), c) e f) da cláusula identificada na al. o) do ponto 4.1 das condições especiais do contrato de seguro celebrado pela ré;
b) condenou-se a ré a pagar aos autores todas as mensalidades por estes suportadas desde Janeiro de 2008 até à presente data por decorrência dos contratos de mútuo identificados na al. a) dos factos provados, a quantificar por mero cálculo contabilístico;
c) condenou-se a ré a pagar ao beneficiário do contrato de seguro, G..., S.A., a totalidade do valor em dívida emergente dos contratos de mútuo identificados na al. a) dos factos provados.

2) - Inconformada com a sentença dela recorre a Ré.

Alegando, doutamente conclui:

I. O objecto do presente recurso visa não só a alteração à matéria de facto, como também à matéria de direito pelo que, pelas presentes alegações de recurso, vem a ora Recorrente: Impugnar a decisão proferida sobre matéria de facto nos termos previstos no nº 1 do art. 685º B do C.P.C., adiante especificando os concretos pontos de facto que considera incorrectamente julgados, assim como os concretos meios probatórios, constantes no processo, que impõem decisão sobre os pontos da matéria de facto impugnados diversa da recorrida; e Pugnar pela alteração do teor da sentença proferida com base nos depoimentos prestados e, bem assim, qual o sentido com que as normas que constituem fundamento jurídico deveriam ter sido interpretadas e aplicadas.

II. Com efeito, a Recorrente considera incorrectamente julgados os quesitos 7.º, 11.º, 20.º e 21.º da base instrutória, na medida em que, da prova produzida em sede de audiência de discussão e julgamento, não é possível, salvo o devido respeito, concluir pela procedência do entendimento dado pelo douto Tribunal a quo.

III. De facto, tais pontos foram incorrectamente julgados na medida em que, dos depoimentos prestados em sede de audiência de discussão e julgamento – e que nas presentes alegações de recurso se encontram transcritos –, não resulta que tais factos possam ser provados da forma como o douto Tribunal a quo entendeu.

IV. Ora, o facto de o tribunal a quo ter formado a sua convicção com base numa

incorrecta interpretação dos factos, mais concretamente, numa incorrecta interpretação dos meios probatórios constantes destes autos – o depoimento das testemunhas e relatório médico-legal junto aos autos – fez com que o mesmo criasse uma convicção errada sobre o sentido com que as normas jurídicas devessem ser aplicadas e interpretadas ao caso em apreço.

V. Com efeito, e com relevância para o caso em apreço, a questão resume-se em aferir se cabe ou não à Ré Seguradora o ónus de explicar o teor e conteúdo das condições do seguro de grupo, incluindo as exclusões de cada cobertura por um lado e se a violação do dever de informação é passível de responsabilizar ou não a seguradora por outro, sendo certo que o Tomador do Seguro não é parte na acção.

VI. Considerou, para o efeito, o Tribunal a quo que a Ré não alegou e não provou, conforme lhe competia, a obrigação de ter comunicado as cláusulas (coberturas e exclusões) do contrato de, o que, salvo o devido respeito, não só não corresponde inteiramente à verdade como tal facto, por si só, não decorre da Lei.

VII. O depoimento conjugado das duas testemunhas I... e J..., cujos depoimentos se encontram transcritos nas presentes alegações, permite dar como integralmente provado os quesitos 20.º e 21.º da base instrutória e consequentemente como não provado o quesito 11.º da base instrutória.

VIII. Começando pela análise do depoimento prestado pela testemunha I... (questionada quanto à matéria constante nos quesitos 11.º e 16.º da base instrutória, bem como 19.º a 22.º da base instrutória), pela mesma foi dito que explicou aos segurados, in casu aos Autores, sobre o teor e conteúdo das coberturas e exclusões contratadas em caso de sinistro, bem como esclareceu todas as informações necessárias para a efectiva compreensão do contrato em causa.

IX. Pelo que, do depoimento da referida testemunha não resultou que funcionários do Banco explicaram aos subscritores somente o conteúdo geral do seguro que estes iriam contratar, designadamente o valor dos prémios mensais (quesito 20.º), bem como não resultou que (os funcionários do banco) não explicaram aos autores as exclusões do âmbito de cobertura da apólice (quesito 21.º). conforme entendido pelo Tribunal a quo.

Mais,

X. Ainda relativamente a esta matéria, também do depoimento prestado pela testemunha J..., profissional de seguros da D..., (questionado quanto à matéria constante nos quesitos 19.º a 22.º da base instrutória e contra-prova do quesito 11.º) se retira que, aquando o envio do certificado individual às pessoas seguras, estas já têm prévio conhecimento das coberturas e das exclusões contratadas. No entanto, a seguradora Ré, uma vez que envia uma carta de boas vindas às pessoas seguras, remete novamente as condições gerais e especiais do contrato de seguro contratado, o que faz com que não poderá julgar-se como provado com restrições o quesito 20.º da base instrutória, bem como não poderá dar-se como não provado o quesito 21.º.

XI. Ora, salvo o devido respeito por diversa opinião, entende a Recorrente que dos depoimentos prestados pelas testemunhas acima indicadas, e que nas presentes alegações se transcreveu, resulta claro que: No balcão os funcionários explicaram aos autores o teor e conteúdo das condições do seguro que estes iriam contratar; Que os funcionários do balcão explicaram aos autores as exclusões do âmbito de cobertura da apólice.

XII. Desta forma, entende a ora Recorrente, de acordo com os depoimentos prestados pelas testemunhas acima indicadas e que supra se encontram transcritos, que a resposta dada aos quesitos 11.º, 20.º e 21.º da base instrutória deverá ser alterada: o quesito 11.º deverá ser dado como Não Provado e os quesitos 20.º e 21.º da base instrutória serem dados como Provados nos termos e de acordo com o teor em que se encontram formulados na douda base instrutória fixada.

XIII. A Ré Recorrente considera, igualmente, o quesito 7.º incorrectamente julgado, na medida em que, da prova produzida em sede de audiência de discussão e julgamento – cfr. CD de onde consta a gravação da prova produzida –, e bem assim, da documentação que se encontra junta aos autos, nomeadamente o relatório médico-legal, não é possível, salvo o devido respeito, concluir pela procedência do entendimento dado pelo doudo Tribunal a quo.

XIV. Do relatório da perícia de avaliação do dano corporal em direito cível junto aos autos a fls., para o qual se remete, resulta que a Autora tem um défice funcional permanente da integridade físico-psíquica de 25 pontos.

XV. Acresce que, para prova do quesito 7.º foram indicadas e inquiridas as testemunhas seguintes: Dra. K..., Médica, que, em traços gerais, referiu que acompanhava clinicamente a Autora desde o ano de 2008. E Sabe que a Autora foi posteriormente reformada, sem saber, no entanto, a percentagem de incapacidade atribuída à Autora.

XVI. Ainda quanto a esta matéria (quesito 7.º) foi inquirido o Dr. L..., Médico. A referida testemunha confirmou somente o documento por si subscrito e junto aos autos de fls. 41, referindo que se trata de um atestado de incapacidade definitivo, cujo valor (da incapacidade) foi definido a pedido da Autora.

XVII. E ainda foi inquirido o Dr. M... (questionada quanto à contraprova da matéria constante no quesito 7.º), pelo mesmo foi dito que a Autora padece de uma incapacidade estritamente psiquiátrica, isto é, a Autora sofre de uma patologia de foro psiquiátrico, nomeadamente, de uma doença bipolar grave, puramente psiquiátrica e que a impossibilita de trabalhar.

XVIII. Face ao que antecede, nomeadamente a reprodução da prova produzida em sede de audiência de julgamento no que diz respeito ao quesito 7.º da base instrutória, por um lado e ao teor do relatório médico-legal por outro, no entendimento da ora Recorrente a resposta dada ao quesito 7.º deveria ter sido não provado, na medida em que o que se questiona é se a autora apresentava deficiências que lhe conferem uma incapacidade permanente global de 75% e, nenhuma prova inequívoca foi produzida nesse sentido.

XIX. Assim, não se provando clínica e objectivamente uma incapacidade funcional permanente de grau igual ou superior a 75%, determinada pela Tabela Nacional de Incapacidades em vigor, como se impõe no contrato de seguro em apreço nos autos, não poderia o douto Tribunal a quo considerar o risco coberto.

XX. Ora, face ao exposto falta provar a existência duma incapacidade geral funcional e permanente de grau igual ou superior a 75%.

XXI. O que efectivamente se provou foi um dos requisitos do risco coberto pelo contrato de seguro, nomeadamente que a Autora se encontra total e definitivamente incapaz para o exercício da sua profissão.

XXII. Não se provando o outro requerido cumulativo previsto no contrato de seguro.

XXIII. Nessa medida, não se encontra o risco coberto, pelo que deverá a sentença ser revogada advindo daí as devidas e legais consequências no que respeita à absolvição da R. Seguradora do montante pelo qual foi condenada.

XXIV. É, assim, entendimento da ora recorrente que o tribunal a quo se baseou numa incorrecta interpretação da prova produzida em sede de julgamento, motivo pelo qual considera que deverá ser alterado o teor da dita sentença proferida tendo, devendo em consequência, ser correctamente aplicadas as normas jurídicas com o sentido que deveriam ter sido aplicadas e interpretadas caso a prova tivesse sido correctamente interpretada.

XXV. Salvo melhor entendimento, a dita sentença, até pelos motivos já expostos, para além de ter feito uma errada análise dos depoimentos prestados pelas testemunhas acima identificadas em sede de julgamento, fez uma incorrecta interpretação dos preceitos jurídicos a aplicar ao caso em concreto.

XXVI. De acordo com a fundamentação constante da sentença recorrida, o Tribunal a quo considerou que, não tendo a Seguradora ora Recorrente, conforme lhe competia, provado que foi cumprida a obrigação de comunicação adequada e efectiva das cláusulas submetidas a subscrição ou aceitação, a consequência é a exclusão da referida cláusula, sendo que no entendimento da ora Recorrente tal obrigação incumbe ao tomador do seguro.

XXVII. Estando perante uma situação de seguro de grupo em que é invocada a existência de uma cláusula contratual geral e a sua não comunicação prévia e respectiva explicação do teor a um aderente, o ónus da prova relativamente a tal facto impende sobre o tomador do seguro, de acordo com a repartição do ónus da prova - artigo 4.º do Decreto-Lei 176/95, de 26.Julho - artigo 78.º do DL 72/2008, de 16 de Abril e pelo artigo 342.º do Código Civil.

XXVIII. Pois, quem tinha o dever de informar do teor das cláusulas é o tomador do seguro (Banco), que foi quem negociou o seguro de grupo com a seguradora e quem concedeu o crédito aos autores.

XXIX. De facto, convém ter presente que o seguro é feito em benefício essencialmente do Tomador (o Banco é o beneficiário essencial) logo é absolutamente excessivo penalizar a seguradora pelo incumprimento praticado por quem, verdadeiramente, é o dono do negócio (o Tomador).

XXX. No presente caso, a obrigação de explicar os termos das cláusulas insertas no contrato de seguro ao segurado aderente incidia sobre o tomador do seguro (Banco) e não sobre a Ré Seguradora, conforme sugere a sentença ora recorrida.

XXXI. Era ao tomador do seguro, enquanto predisponente das cláusulas contratuais gerais, integrando as condições gerais e especiais da apólice, que competia o ónus da prova dessa comunicação, como decorre da norma expressa no nº 3 do artigo 5º do DL nº 446/85, pelo que não se mostra por parte da Ré Recorrente a violação da referida norma.

XXXII. Nestes termos, não poderá o Tribunal a quo concluir que a Recorrente Seguradora incumpriu uma obrigação que pertence a outrem, imputando-lhe as respectivas consequências legais, nomeadamente a exclusão da referida cláusula.

XXXIII. O ónus de informação sobre o conteúdo e alcance das cláusulas contratuais gerais recai sobre o tomador do seguro, sobre o qual impende também o consequente onus probandi.

XXXIV. Assim, não tendo os autores demandado a instituição de crédito tomadora do seguro, não pode ser oposta à seguradora demandada a violação do dever de comunicação e informação do conteúdo das cláusulas contratuais gerais.

XXXV. Por um lado, está-se a penalizar a Ré Seguradora pelo incumprimento duma obrigação legal que incide sobre outrem; por outro lado, penaliza-se a Ré numa acção judicial em que nem sequer é parte a entidade que violou a obrigação legal, condenando-a ao pagamento de uma quantia indemnizatória.

XXXVI. Nem se poderá sacrificar a Recorrente seguradora apenas porque o Segurado, in casu os Autores, - por motivos que apenas a si se ficam a dever - optou por - erradamente - demandar apenas um dos intervenientes contratuais que, por sinal, nada de errado fez.

XXXVII. Por outra parte, a Recorrente desconhece as concretas regras jurídicas do nosso ordenamento jurídico que permitem estender a outrem a obrigação legal que nos termos do disposto no citado artigo 4º nº 2 do DI 176/95 apenas cabem ao Tomador de Seguro.

XXXVIII. Concluindo-se, assim, que não estando no processo o Banco responsável pela violação e não podendo a demonstrada omissão, com influência modificativa no âmbito de coberturas do contrato de seguro, ser imputada à Recorrente Seguradora, não existe fundamento para se manter a condenação desta a pretexto de lhe estar vedado opor ao aderente a omissão do tomador do seguro e suas consequências em sede de responsabilidade.

XXXIX. No entanto, e caso assim não se entenda, sempre será de referir que mesmo que se considere que a Recorrente Seguradora é responsável pela actuação do Banco, outra conclusão não se poderá retirar que também neste aspecto se verifica que o Banco comunicou o teor das coberturas e exclusões às mesmas inerentes, tendo esclarecido os Autores quanto ao contrato de seguro associado ao empréstimo e bem assim cumprido com os deveres de prestação de informação.

XL. Assim sendo, e mesmo que o entendimento a partilhar seja o de responsabilizar a Seguradora por uma conduta do Banco, também no caso em apreço não poderá concluir-se se não pela desresponsabilização da Ré Seguradora, na medida em que, dos depoimentos prestados e aqui transcritos, outra conclusão não se pode retirar que não a de que o Banco informou, no caso em questão, e prestou todos os esclarecimentos (e ate mais) aos ora Autores, não podendo, em consequência, ser a Ré responsabilizada nos termos que resulta do teor da sentença proferida, facto para o qual se chama a devida atenção.

XLI. Por fim, não pode ainda a Ré seguradora ser condenada nos termos descritos na sentença de que ora se recorre, uma vez que não se provando que a Autora clínica e objectivamente padece de uma incapacidade funcional permanente de grau igual ou superior a 75%, determinada pela Tabela Nacional de Incapacidades em vigor, como se impõe no contrato de seguro em apreço nos autos, não poderia o douto Tribunal a quo considerar o risco coberto.

XLII. Nos termos do contrato de seguro exige-se cumulativamente que a pessoa segura: Se encontre total e definitivamente incapaz para o exercício da sua profissão ou qualquer outra actividade lucrativa compatível com os seus conhecimentos e capacidades; e Seja clínica e objectivamente constatada uma incapacidade funcional permanente de grau igual ou superior a 75%, determinada pela Tabela Nacional de Incapacidades em vigor sem aplicação dos factores correctivos nela estabelecidos para o cálculo das desvalorizações finais em função da possibilidade de reconversão para o posto de trabalho ou profissão

XLIII. Nessa medida não se encontrando o risco coberto, porquanto não se pode considerar que a Autora padeça de uma incapacidade de 75% tendo em conta o teor do exame médico-legal junto aos autos e do depoimento prestados pelas testemunhas que se encontram transcritos nestas alegações, não poderá a Recorrente ser condenada na quantia peticionada nos autos.

XLIV. Nestes termos, deverá a sentença ser revogada advindo daí as devidas e legais consequências no que respeita à absolvição da R. Seguradora do montante pelo qual foi condenada.

XLV. Face ao que antecede, tendo por base a convicção errada quanto à prova produzida em sede de audiência de discussão e julgamento, nos termos em que supra se encontram descritos, é entendimento da ora Recorrente que o tribunal de que se

recorre fez uma incorrecta interpretação e aplicação das normas em apreço, mais concretamente as referentes nos artigos 5.º, n.º 3, 6.º do DL 446/85, de 25 de Outubro, artigo 4.º n.º 1 do Decreto Lei 176/95, de 26.07, artigo 342.º do Código Civil, tendo o tribunal a quo, erradamente, concluído que a Ré, é responsável pelas consequências das omissões perpetuadas por terceiro, o que, salvo melhor entendimento, não corresponde à verdade e não decorre da Lei.

Nestes termos e nos demais de direito, deve ser dado provimento ao presente recurso, revogando-se a sentença proferida e, em consequência, ser determinada válida a cláusula contratual do contrato de seguro; ser a Ré Seguradora absolvida no pagamento do montante peticionado pelos Recorridos, só assim se fazendo JUSTIÇA!

Em contra-alegações, os apelados defendem a confirmação da sentença. Corridos os vistos legais, cumpre decidir.

3) – Na sentença recorrida vem julgada provada a seguinte factualidade:

- a) Em Novembro de 2004, os AA. celebraram com a ré dois contratos de seguros designados como “Seguro de Vida Grupo Crédito à Habitação” que garantiam o pagamento do capital devido pelos autores ao F..., por efeito dos contratos de crédito à habitação celebrados com os n.º e, nos valores de € 49.437,39 e € 11.000,00 respectivamente, estando os aludidos contratos de seguros titulados pela apólice n.º....., autonomizada em dois certificados individuais (A)[1].
- b) A seguradora H..., garantiu o pagamento do capital € 60.437,39 ao beneficiário do capital seguro, F..., S.A, em caso de invalidez total e permanente por doença ou acidente dos AA. (B)
- c) No primeiro semestre de 2007 a seguradora H... – Companhia de Seguros de Vida, S.A., alterou a sua firma para D... – Companhia de Seguros de Vida, S.A. (C).
- d) Em Novembro de 2004, juntamente com os contratos de seguro, foi entregue aos autores um caderno, que continha as condições gerais e especiais dos seguros de vida (D).
- e) Por carta datada de 1 de Abril de 2009, a R. informou os AA. que havia concluído que a invalidez da A. não se encontrava coberta pela apólice de seguro (E).
- f) Das condições especiais de seguro de vida referido em A) consta o seguro complementar de invalidez total e permanente por doença ou acidente, ali se prevendo, na cláusula 3, sob a epígrafe “Definições” que se entende por doença toda a alteração involuntária do estado de saúde e susceptível de comprovação médica objectiva, considerando-se a pessoa segura em estado de invalidez total e permanente quando, em consequência de doença ou acidente a coberto das garantias do contrato e no decurso de um período máximo de 360 dias que se lhe seguirem cumulativamente se encontrar total e definitivamente incapaz para o exercício das sua profissão ou qualquer outra actividade lucrativa compatível com os seus conhecimentos e capacidades e seja clínica e objectivamente constatada uma incapacidade funcional permanente de grau igual ou superior a 75º determinada pela Tabela Nacional de Incapacidades em vigor, sem aplicação dos factores correctivos nela estabelecidos; no ponto 4, sob a epígrafe “Riscos Excluídos” consta que a seguradora não garante o pagamento das importâncias seguras caso o sinistro seja devido, entre outros, a doenças neurológicas e psiquiátricas de qualquer natureza de que a pessoa segura seja portadora (F).
- g) Entre o dia 13/05/2005 e 06/06/2005 a A. esteve internada no Hospital(1)[2]
- h) Na sequência desse internamento foi diagnosticada à autora uma perturbação bipolar tipo II em fase depressiva.(2)
- i) Os sintomas que caracterizam a doença aludida em 2º impedem a A. de exercer a sua actividade profissional de empregada de limpeza.(3)
- j) Em Março de 2008, a A. foi declarada como inválida para o trabalho.(4).
- k) E foi-lhe atribuída uma pensão por invalidez com início em Dezembro de 2007.(5).
- l) A autora apresenta debilidade intelectual marginal, com perturbação histriónica da personalidade.(6)
- m) A autora mulher apresenta deficiências que lhe conferem, de acordo com a tabela nacional de incapacidade atendida em sede de Junta Médica, uma incapacidade permanente global de 75%, de carácter definitivo e impeditiva do exercício de qualquer actividade profissional.(7)
- n) Com o agravamento do estado de saúde mental da A. mulher, esta foi obrigada a deixar o seu emprego.(8)
- o) A Autora, nos últimos 4 anos, tem tido acompanhamento psiquiátrico constante e permanente.(9)

- p) Sem quaisquer melhorias no seu comportamento.(10)
- q) A ré nunca informou os autores do teor da cláusula de exclusão aludida em f).(11)
- r) Os AA. têm vivido grandes dificuldades financeiras por continuarem a pagar a mensalidade dos créditos.(14)
- s) Os AA. têm vivido angustiados e nervosos.(15)
- t) A autora aufere uma pensão que, em Abril de 2008, foi fixada no valor mensal de € 263,76.(17)
- u) Após o pagamento da mensalidade dos créditos, os AA. têm dificuldades em fazer face a todas as suas despesas (18).
- v) Os autores subscreveram o boletim de adesão ao seguro de vida aludido em a) num balcão do banco F..., no Porto (19).
- x) No balcão os funcionários do banco explicaram aos subscritores o conteúdo geral do seguro que estes iriam contratar, designadamente o valor dos prémios mensais (20).
- z) Após a subscrição do contrato de seguro a ré enviou aos autores uma carta acompanhada pelo documento de fls. 30, que se tem por reproduzido (22).

4) – Atento o teor das conclusões de recurso, cumpre apreciar as questões suscitadas, a saber:

- se deve ser modificada a decisão sobre a matéria de facto,
- se a no risco assumido pela seguradora não se contempla a situação da apelada por:
 - a) não estar a apelada afectada da incapacidade prevista na apólice e
 - b) exclusão das doenças psiquiátricas ou neurológicas do risco assumido,
- não competia à apelante informar/comunicar o teor das cláusulas e
- houve efectiva comunicação e informação das mesmas.

5) – Da questão da matéria da facto.

Diverge a apelante da decisão o tribunal de primeira instância aos pontos 7, 11, 20 e 21 da base instrutória.

Pergunta-se nesse ponto 7 se “*A autora mulher apresenta deficiências que lhe conferem uma incapacidade permanente global de 75%?*” que obteve a decisão “A autora mulher apresenta deficiências que lhe conferem, de acordo com a tabela nacional de incapacidade atendida em sede de Junta Médica, uma incapacidade permanente global de 75%, de carácter definitivo e impeditiva do exercício de qualquer actividade profissional”, requerendo a apelante que a questão deveria ser julgada não provada, com uma explicação algo difusa e sem visível sustentação.

Na decisão impugnada motiva-se a decisão “*o facto 7º teve por base a conjugação do documento de fls. 41 com o teor do relatório final, que, tendo embora percentuais diferentes em termos da avaliação da incapacidade (por se fundarem em distintas tabelas legais) atingem uma idêntica conclusão de incapacidade total, definitiva e irreversível para o exercício de qualquer profissão remunerada, facto que o tribunal esclareceu na resposta dada*”.

A questão é essencialmente técnica e, nessa dimensão, relevam os depoimentos dos médicos ouvidos em audiência bem como os relatórios juntos, já que a apelada foi submetida a exame médico, no Instituto de Medicina Legal (fls. 143/146, 412/414 e 418/422) bem como o atestado de incapacidade emitido por Junta Médica da Delegação Regional de Saúde do Norte, a fls. 41 dos autos.

Quer dos pareceres juntos (Docs. mencionados) quer dos depoimentos dos médicos em audiência (Dra. K..., médica psiquiatra que tem seguido clinicamente a autora nos últimos anos, Dr. L..., que presidiu à Junta Médica atrás referida, e Dr. M..., médico avançado da seguradora, segundo afirmou e nessa qualidade tomou conhecimento da doença da autora e da sua natureza) decorre que a apelada autora sofre de Perturbação Bipolar tipo II em fase Depressiva, doença de natureza psiquiátrica e grave. Quer dos pareceres referidos quer desses depoimentos resulta que a autora tem uma incapacidade global para o (qualquer) trabalho e que a mesma é definitiva. Consta do relatório do exame médico (psiquiatria) que “a examinada está incapaz para o trabalho pela sua doença psiquiátrica” e impossibilitada de “desempenhar outro tipo de funções remuneradas”. Também no Relatório de Avaliação do Dano Corporal em Direito Civil (fls. 418/422) se reproduz essa incapacidade da autora para o exercício de qualquer trabalho remunerado, sendo essa incapacidade definitiva. À luz da Tabela Nacional de Incapacidades, que integra o Anexo A, aprovada pelo DL 352/2007, de 23710, a referida Junta Médica atribuiu à autora uma incapacidade permanente e definitiva de 75%. E é em atenção à capacidade de trabalho, aferida pela referida Tabela, que se determina o grau de incapacidade para efeitos de actuação do seguro, como claramente decorre do texto da cláusula 3.3 (definições) das Condições

Especiais da Apólice de Seguro. O que se acautela é risco dos mutuários ficaram impedidos de angariar meios para solver o seu débito para com o banco, por via de acidente ou doença. Esse risco verificou-se se a autora fica, de todo, incapacitada de trabalhar, em consequência da sua doença. Como, aliás, também decorre da posição da seguradora, ao falar do risco do seguro (ver itens 7/9 da contestação). Ora, estando a autora, como de todos aqueles depoimentos dos médicos claramente decorre, impossibilitada de exercício de qualquer trabalho remunerado, para esse efeito e nos termos da referida cláusula, a incapacidade é total, como bem se decidiu em primeira instância.

No ponto 11 da base instrutória questiona-se “*A ré nunca informou os autores do teor da cláusula de exclusão aludida em F?*”, questão que se julgou provada, entendendo a apelante que a mesma deve ser julgada provada.

Quanto a esta questão pondera-se na decisão recorrida “*em relação ao facto 11º, o tribunal teve em conta o depoimento da testemunha arrolada pela ré, J..., profissional de seguros da ré, que explicou o mecanismo de intermediação existente na contratação de seguros, explicitando que é sempre o balcão do banco onde é subscrita a proposta de adesão ao seguro de grupo que assume a responsabilidade de comunicar aos contraentes as cláusulas do mesmo, de acordo com procedimentos orientadores dados previamente pela seguradora, o que corrobora o facto em apreço, já que a própria ré afirma não ser sua essa responsabilidade, porquanto nunca chega a contactar pessoalmente o cliente, limitando-se a enviar uma carta de boas vindas após a aprovação da proposta*”.

A motivação aduzida para a decisão recorrida apresenta-se-nos como lógica, não só perante a posição da seguradora plasmada na contestação, quanto à sua não obrigação de comunicar/informar as cláusulas do seguro aos aderentes, durante a negociação do contrato, incumbência atribuída ao tomador do seguro de grupo celebrado, que foi/é o banco beneficiário (no caso, o D...) e em nenhum passo da sua contestação afirma que fez à autora informação sobre o teor das cláusulas do seguro, maxime, da cláusula quanto à exclusão da cobertura por doenças psiquiátricas ou outras, como também é o que resulta claro do teor do depoimento da testemunha J... (funcionário da apelante na área da análise de risco e de sinistro, como mencionou) que se limita a transmitir a ideia de que não cabia à seguradora a obrigação de fazer a comunicação/informação do teor das cláusulas do contrato de seguro à aderente e não foi feito contacto prévio com a autora, só com esta contactando com o envio dos documentos de fls. 26 (carta de “boas vindas como cliente H...”) e 28 (certificado individual de seguro), após a aceitação da proposta de adesão; como diz a testemunha, a informação sobre o seguro, coberturas, prémios e exclusões são questões que devem ser informadas ao balcão do banco tomador, pelo seu funcionário, onde a proposta de adesão ao seguro de grupo é apresentada; e que essa comunicação e informação é uma obrigação do banco. O contacto com o cliente, por regra só é feito na seguradora com a recepção nesta da proposta, não havendo contacto anterior e, recebida esta, pela qual fica a seguradora a saber da existência do contrato de crédito, a seguradora limita-se a verificar, formalmente, se a adesão está em condições de ser aceite ou é necessário alguma outra informação/elemento e, no caso concreto, só foi solicitado pela seguradora ao banco informação sobre o trabalho da autora, que foi só contactada pela seguradora com o envio daqueles documentos, juntamente com as condições gerais e especiais do contrato de seguro.

Reportando-se a questão a momento prévio à comunicação da aceitação do seguro (na fase da negociação), temos que assumir como boa a decisão de que a apelante não informou o teor das exclusões (como, aliás, de quaisquer outras cláusulas gerais). Se a informação foi prestada pelo banco, ao balcão, quando é contactado pela cliente/autora para a contratação do crédito, para concessão do qual o banco exigia a celebração do seguro, é questão diversa.

Daí que não sobram razões para modificar a decisão nesse ponto (11).

Também discorda a apelante da decisão aos pontos 20 e 21 em que se pergunta: (20) “No balcão os funcionários do banco explicaram aos autores o teor e conteúdo das condições do seguro que estes iriam contratar?”

(21) “E explicaram aos autores as exclusões do âmbito de cobertura da apólice?”

Quanto à primeira questão decidiu-se “No balcão os funcionários do banco explicaram aos subscritores o conteúdo geral do seguro que estes iriam contratar, designadamente o valor dos prémios mensais” e a segunda questão julgou-se não

provada.

E requer a apelante a admissão integral daqueles factos alegados.

Quanto às concretas questões 20 e 21 releva o depoimento de I... que, como se refere na motivação, tratou da migração do contrato de crédito de outro banco para o F... e foi com quem os AA contactaram também com vista à adesão ao seguro em referência no processo. Pois que, apesar da referência que é feita a J..., este não revela conhecimento directo do modo como se estabeleceram e desenvolveram as relações entre o Banco e a autora, apenas referindo que as informações quanto ao seguro, coberturas, prémios e condições gerais e especiais, nomeadamente as exclusões, deviam ser prestadas no balcão do Banco, pelos seus funcionários, quando foi proposto o seguro da apelante, ou ao menos quando é entregue a proposta para ser preenchida, aos clientes, dispondo o balcão das condições do contrato, em plataforma informática. Não sabendo, porém, como os contactos e negociações decorreram e, por isso, se os procedimentos que deveriam ser observados o foram, até porque não trabalha no banco e, segundo diz, o contacto com a cliente apenas se estabelece com a recepção na seguradora da proposta de adesão que a seguradora aceite, desde logo, ou, se não estando a proposta em condições de ser logo aceite, contactar com o banco ou/e cliente para o fornecimento de alguma informação ou apresentação de algum elemento documental, e que no caso apenas foi solicitado ao banco informação sobre o trabalho da autora. Nenhum contacto estabeleceu a seguradora com esta a não ser com a comunicação da aceitação, mediante a referida carta de boas vinda e envio do certificado individual de seguro.

O que se analisa nesta questão é o pormenor com que as informações são prestadas, quando é proposto o seguro da apelante aos clientes AA, que, sendo um seguro necessário à concessão do crédito, não se impunha celebrado na apelante (segundo a testemunha I... afirma).

Sendo possível que, nos contactos estabelecidos pela autora com os funcionários do banco, se discuta cláusula a cláusula (das que se reporta ao tipo de seguro celebrado), não é ou não era, de facto, a prática mais normal ou usual, nomeadamente que se esclareça, ponto por ponto, as exclusões do âmbito da cobertura contratada (sabendo-se que, na perspectiva de quem faz um seguro quer saber o que fica “seguro”, o demandaria o conhecimento preciso das exclusões. Mas, não obstante os procedimentos normais poderem ser estes ou aqueles (nomeadamente, impondo a explicação das cláusulas contratuais), relevante é saber se, no concreto e no que concerne às exclusões, esse esclarecimento foi prestado à autora, sabendo-se que, e nos termos da alegação, à ré/ apelante competia provar essas questões.

A este respeito, chama-se aqui a motivação da decisão recorrida, que ajuda a compreender o raciocínio do julgador e, por isso, a formação da convicção na tomada de decisão “assim, a testemunha I..., confirmou não se recordar do procedimento que assumiu no caso concreto em discussão, descrevendo aquele que é o seu procedimento habitual no que respeita à explicitação aos contraentes ou proponentes do contrato de seguro. Muito embora haja começado por afirmar que informa os proponentes de todas as exclusões, a instâncias do tribunal confirmou (efectuando o gesto com o dedo) apontar/indicar as exclusões (o local onde estão escritas), não as lendo ou explicando ao pormenor. Aliás, um procedimento tão exaustivo e pormenorizado como aquele que foi inicialmente adiantada pela depoente, à luz da celeridade com que se processam estas contratações — ou processavam, à data em que o contrato em discussão se realizou - seria contrário às regras gerais da experiência. Se é perfeitamente crível que sejam expostas aos proponentes as condições associadas aos valores dos prémios, modos de pagamento ou idade limite de cobertura, ou que seja feita uma referência geral ao local onde podem ler as condições mais específicas do contrato, não afirmou a testemunha, como se importaria para prova do facto 21°, que as exclusões hajam sido lidas em pormenor ou comunicadas de forma expressa. Existem esclarecimentos mais específicos mas, tal como resultou do depoimento da testemunha, estes apenas ocorrem quando o cliente tem dúvidas e os solicita.

Muito embora ambas as referidas testemunhas hajam afirmado que é fornecido aos proponentes, no momento inicial e antes da assinatura final do contrato, uma proposta de seguro (informação pré-contratual) que contém as condições do contrato, que os clientes levam para casa e analisam, nenhum documento similar foi junto aos autos, nada mais constando do processo como tendo sido notificado ou apresentado pela ré ou pelo banco aos autores que não o teor do contrato remetido por correio após a aprovação final (num momento de vinculação contratual definitiva).”

Sendo, sobretudo, esta testemunha (l...) que, no banco, estabeleceu os contactos com a apelada, releva sobretudo o seu depoimento e desse depoimento, com a segurança necessária, não se extrai o nível de esclarecimentos prestados à cliente a que o ponto 21 se refere, nem se, a não ser que solicitados pelo cliente, sejam especificadas ao cliente as exclusões constantes das condições especiais. Isto é, a não ser que os esclarecimentos sejam feitos se solicitados pelo cliente, não se mostra a testemunha precisa que sempre são informados, sem essa interpelação do cliente, quais as concretas exclusões constantes das condições especiais. Enquanto se reporta à fase das negociações, a testemunha depõe em termos gerais (depois da participação do “sinistro”, várias vezes falou com os AA, segundo afirmou), segundo que é/era normal acontecer ou os procedimentos habituais da sua forma de agir, mas não fez, no concreto caso da apelada, menção específica à mesma no sentido de, por sua iniciativa ou a pedido da mesma, fossem explicadas ou esclarecidas quais as exclusões do âmbito da cobertura. No mais preciso que a testemunha refere, perguntando-se-lhe (a Sra. Juiz) quais as informações que, independentemente do que os clientes pedem, prestam *sempre*, responde “nós indicamos estas são as coberturas do seguro, mediante esta cobertura estão aqui as informações relativamente a exclusões, reactivamente a prémios e entregamos a brochura ao cliente” (brochura que seria uma súmula as cláusulas, supomos, mais relevantes, cujo exemplar não foi junto ao processo). Devendo considerar-se que, com o que se pergunta, se pretende saber qual a conduta da iniciativa da seguradora no sentido de esclarecer a autora, e não resposta a interpelação sua (que, de todo, se desconhece), o depoimento não determina outra resposta diversa da que vem expressa na decisão recorrida, que se mantém.

6) – Entende a apelante que a incapacidade da apelada, em virtude da doença que a afecta não cai no âmbito da cobertura contratada.

Foram celebrados seguros de vida, com a cobertura complementar de invalidez total ou permanente por doença ou acidente, em que os apelados são a “Pessoa Segura”. E, nesse sentido, clausulou-se no ponto 3.3 das Condições Especiais desse seguro (complementar) que *“para efeitos deste seguro complementar, a Pessoa Segura será considerada em situação de Invalidez Total e Permanente quando, em consequência de doença ou acidente a coberto das garantias do Contrato e no decurso de um período máximo de trezentos e sessenta dias que se lhe seguirem, cumulativamente: a) se encontrar total e definitivamente incapaz para o exercício da sua profissão ou qualquer outra actividade lucrativa compatível com os seus conhecimentos e capacidades: b) seja clínica e objectivamente constatada uma incapacidade funcional de grau igual ou superior a 75%, determinada pela Tabela Nacional de Incapacidades em vigor sem aplicação dos factos correctivos nela estabelecidos para o cálculo das desvalorizações finais em função da possibilidade de reconversão para o posto de trabalho ou profissão.”*

A oposição da apelante decorria da discordância com a decisão ao ponto 7 da base instrutória, quando pretendia não estar a apelada afectada de tal grau de incapacidade. Sucede que, nesse âmbito, foi mantida a decisão impugnada e, como decorre da fundamentação, atrás exposta, temos por irrefutável que a apelada se encontra com a incapacidade prevista na citada cláusula. Assim, firmou-se, em matéria de facto, que *“a autora mulher apresenta deficiências que lhe conferem, de acordo com a tabela nacional de incapacidade atendida em sede de Junta Médica, uma incapacidade permanente global de 75%, de carácter definitivo e impeditiva do exercício de qualquer actividade profissional”*. De modo que [(e atento os factos sob as alíneas i), j) e m)], em qualquer das situações previstas na citada cláusula, a incapacidade da autora preenche qualquer dessas previsões a colocá-la ao abrigo da cobertura do seguro celebrado.

Insubsistente é a posição da apelante.

7) – Não obstante, cumpre averiguar se a doença de que padece a apelada está excluída do âmbito da cobertura contratada.

Consta da Cláusula 4 das Condições Especiais do Seguro contratado que *“a seguradora não garante o pagamento das importâncias seguras, por este seguro complementar, caso o sinistro seja devido a: (...) o) doenças neurológicas (incluindo epilepsia) e psiquiátricas (qualquer que seja a sua natureza) de que a pessoa segura seja portadora”*.

Sem controvérsia, é dessa natureza a doença que afecta a apelada [(als. h), l) e n)da

matéria de facto], sendo que a exclusão não se dirige apenas às doenças manifestadas antes do seguro (ou de que a apelada fosse já portadora), mas abrange todas as dessa natureza, independentemente do tempo em que sejam detectadas ou se manifestam. O que se segura é o risco de algo poder acontecer (o risco - incerto) e não o que já aconteceu, pelo que o facto da apelada, na data da celebração, não estar afectada da doença que se veio a manifestar mais tarde, não excluiria a aplicação da citada cláusula especial (pese embora a deficiente redacção da cláusula no segmento “seja portadora”, a poder dar a ideia de que o excluído era aquilo que já existia, na data do contrato/adesão).

Cláusula essa que não se mostra afectada de nulidade e, integrada no contrato individual, é operante, contanto que outra razão não obste à sua aplicabilidade, como seja, e no âmbito da alegação dos AA, a falta de comunicação/informação da mesma aos segurados.

8) – Consta do título do seguro da apelada (certificado individual) – fls. 28 e 29:

“Crédito à Habitação

Seguro de Vida Grupo 2 Cabeças

Certificado individual

(...)

Apólice Nº Certificado Nº data de efeito 24/11/2004

(...)

Tomador de Seguro:

F..., S.A.

(...)

Pessoa Segura 2:

B...

(...)

Beneficiários:

Capital em dívida do empréstimo contraído pelas Pessoas Seguras à data da ocorrência:

F..., S.A., que expressamente aceita.

(...).

Entre O F... (agora no G...) e a apelante foi celebrado um seguro (de vida) de grupo, em que as pessoas seguras (que venham a aderir ao seguro) serão os contraentes de crédito à habitação junto do tomador do seguro.

O seguro de grupo é um seguro de adesão, sendo as suas cláusulas, apresentadas por um dos contraentes, insusceptíveis de modificação por parte dos aderentes (segurados), cuja liberdade contratual se limita a aderir ou não aderir (sendo que, na circunstância, a imperiosa necessidade do seguro como condição da obtenção do empréstimo, impeliu/ia os segurados à adesão, donde até essa parcela de liberdade negocial ficou reduzida, senão mesmo suprimida).

De notar que, no seguro de grupo (no caso, do tipo contributivo, já que é o segurado que suporta o encargo do prémio como contrapartida do risco da seguradora), entre o tomador e o segurador, o contrato não reveste a natureza de contrato de adesão, já que ambos os contraentes poderem discutir todas as cláusulas e o seu conteúdo.

Porém, esse seguro (algo como um plano ou um modelo de seguro) só ganha vida ou produz efeitos com a adesão de clientes/segurados; são estas adesões que vivificam o contrato inicial, com elas se estabelecendo uma relação trilateral – tomador, segurador e segurado – e nessa fase (da adesão), quanto à relação estabelecida com o segurado, que se limita a aderir a um clausulado pré-estabelecido, em relação ao qual não tem possibilidade de o conformar às suas necessidades e segundo a sua vontade, o contrato tem a natureza de contrato de adesão, assumindo as suas cláusulas a natureza de cláusulas contratuais gerais (o que não suscita controvérsia no processo).

Revestem pois as cláusulas gerais e especiais do contrato celebrado (com o exemplar a fls. 30 e seguintes, remetido à apelada com o certificado individual de seguro) a natureza de cláusulas contratuais gerais (caracterizadas pela pré-formulação, generalidade e imodificabilidade) estando a conferência da sua eficácia e validade sujeita ao alcance das normas do DL 446/85, de 25 de Outubro, com as alterações introduzidas pelo DL 220/95, de 31 de Agosto, e pelo DL 249/99, de 7 de Julho.

Trata-se de cláusulas elaboradas de antemão, que destinatários indeterminados (como sejam os clientes do banco, agora G..., que junto desde contraem empréstimos para aquisição de habitação) se limitam a aceitar, sem possibilidade de as modificar (artigo 1º do DL 446/85), para as adaptar às suas conveniências.

De modo para vincular o aceitante/aderente das cláusulas gerais, necessário é que

este as conheça (antes de se vincular contratualmente, por isso, na fase das negociações), o que implica que lhe sejam comunicadas/entregues e sejam esclarecidas ou explicadas, no que, para compreensão integral do seu conteúdo, exigir esclarecimento. Esse dever de comunicação destina-se a possibilitar ao aderente o conhecimento antecipado da existência das cláusulas contratuais gerais que irão integrar o contrato singular e o conhecimento do seu conteúdo. A observância desse dever importa “a comunicação integral das cláusulas e a necessidade de proporcionar à contraparte a possibilidade de uma exigível tomada de conhecimento do respectivo conteúdo”, exigindo-se que à contraparte do utilizador das cláusulas “sejam proporcionadas condições que lhe permitam aceder a um real conhecimento do conteúdo, a fim de, se o quiser, formar adequadamente a sua vontade e medir o alcance das suas decisões”[3]

Dada a complexidade, e na medida da complexidade, das cláusulas predispostas, o conhecimento do seu verdadeiro conteúdo (designadamente, e no que concerne ao seguro, o conhecimento preciso das coberturas, dos custos/prémio do contrato e das exclusões, sendo normalmente estas em que menor preocupação há em esclarecer) está implícito numa livre e esclarecida aceitação das cláusulas.

O contraente a quem estas são propostas não pode estar ao alcance de surpresas prejudiciais, cuja possibilidade de ocorrência desconhecia e que não podia perspectivar, ou com sentidos/interpretações das cláusulas com que, numa actuação diligente e de boa fé, não podia normalmente contar. Daí que devem as mesmas ser comunicadas e de modo que se tornem compreensíveis para os destinatários (tendo em conta os destinatários normais a quem as cláusulas se dirigem) para que esclarecidamente se possam decidir pela adesão.

Com esta finalidade, dispõe-se no artigo 5º desse DL:

1 – As cláusulas contratuais gerais devem ser comunicadas na íntegra aos aderentes que se limitem a subscrevê-las ou a aceitá-las.

2 – A comunicação deve ser realizada de modo adequado e com a antecedência necessária para que, tendo em conta a importância do contrato e a extensão e complexidade das cláusulas, se torne possível o seu conhecimento completo e efectivo por quem use de comum diligência.

3 – O ónus da prova da comunicação adequada e efectiva cabe ao contratante que submeta a outrem as cláusulas contratuais gerais.

No seu artigo 6º:

1 – O contraente que recorra a cláusulas contratuais gerais deve informar, de acordo com as circunstâncias a outra parte dos aspectos nelas compreendidos cuja aclaração se justifique.

2 – Devem ainda ser prestados todos os esclarecimentos razoáveis solicitados.

E no artigo 8º

Consideram-se excluídas dos contratos singulares:

a) As cláusulas que não tenham sido comunicadas nos termos do artigo 5º;

b) As cláusulas comunicadas com violação do dever de informação, de molde que não seja de esperar o seu conhecimento efectivo;

(...).

Acrescendo, e no que concerne aos seguros de grupo reforçando o dever de comunicação, o artigo 4º do DL 176/95, de 26 de Julho (chamado aqui, dada a data da celebração do seguro em causa no processo, entretanto substituído pelo DL 72/2008, de 16 de Abril):

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

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

(...)”.

Assim, independentemente da validade (em si) das cláusulas não comunicadas ou não informadas em termos adequados, conforme arts- 5º e 6º do DL 446/85, são estas inoponíveis aos aderentes, considerando-se excluídas dos contratos singulares.

Estes contratos singulares em que se insiram tais cláusulas mantêm-se, vigorando na parte afectada as normas supletivas aplicáveis, com recurso, se necessário, às regras de integração do negócio jurídico (cfr. artigo 239º do CC), salvo se sem as cláusulas excluídas ocorra uma indeterminação insuprível de aspectos essenciais ou importe um desequilíbrio nas prestações atentatório da boa fé (artigo 9º/1 e 2 do DL 446/85).

Problema que, na situação concreta, se não colocou ou coloca.

Em defesa dos aderentes (os consumidores, normalmente a parte mais frágil na relação) pretende-se dos predisponentes uma actuação pautada pela boa fé e transparência, o que importa, e antes de mais, que prestem um completo e efectivo esclarecimento das cláusulas a quem a elas vem a aderir. E cabe-lhes provar que fizeram a comunicação das cláusulas aos aderentes e de modo que se torne possível o seu conhecimento completo e efectivo (suposta sempre uma actuação diligente do aceite).

Alegada a falta de comunicação e informação pelos AA, não provou a apelante que houvesse sido observada essa obrigação de comunicação e informação. Assim, provou-se que “a ré nunca informou os autores do teor da cláusula de exclusão aludida em f)”, nomeadamente a que excluía da cobertura do seguro as “doenças neurológicas e psiquiátricas de qualquer natureza de que a pessoa segura seja portadora” [(alíneas f) e q), dos factos provados)]. Por outro lado, não se provou que os segurados houvessem sido informadas dessas cláusulas de exclusão pelos funcionários do banco, conforme resposta negativa ao ponto 21 da base instrutória em que se perguntava se os funcionários do banco “explicaram aos autores as exclusões do âmbito de cobertura da apólice”. Não tendo sido comunicadas e informadas aos segurados as cláusulas de exclusão, designadamente (no que interessa) a que excluía as doenças psiquiátricas da cobertura do seguro, tem de excluir-se tal cláusula dos contratos individuais celebrados pelos apelados, quando aderem ao seguro de grupo. Se as cláusulas em causa (de exclusão da cobertura) não foram comunicadas aos apelados, é claro que a elas não aderiram (sendo o contrato em causa, na perspectiva dos segurados, um contrato de adesão). As cláusulas excluídas têm-se por inexistentes, pois não fazem parte do contrato, não são consideradas para nenhuns efeitos, nomeadamente para fixação dos direitos e deveres emergentes do negócio. Do que decorreria a vinculação da apelante, nos termos sentenciados (pagamento ao banco do remanescente do crédito ainda não amortizado e aos apelados o valor das prestações por estes pagas desde a comunicação do sinistro), e improcedência do recurso.

9) – Não obstante, entende a apelante que, estando-se perante um seguro de grupo, celebrado entre ela e o banco tomador, não lhe incumbia a obrigação de comunicação e informação, mas apenas ao banco, tomador do seguro, pelo que a inobservância dessa obrigação do tomador do seguro não lhe é oponível, não respondendo pela conduta do banco (omissão dos deveres de comunicação e informação) para com os AA.

Ou seja, os apelados não podem invocar a falta de comunicação e informação das cláusulas que excluem a doença que afecta a apelada da cobertura do seguro para exigirem da seguradora o pagamento do remanescente do crédito do tomador. É esta a questão a resolver.

Na sentença recorrida doutamente se fundamentou no sentido da vinculação da seguradora pela inobservância dos deveres de comunicação e informação e, nesta conformidade, se condenou a (ora) apelante.

Diversas têm sido as soluções jurisprudenciais, quer no sentido da inexistência (salvo disposição contratual em contrário) dos deveres de comunicação e informação das cláusulas (contratuais gerais) a onerar o segurador e, por consequência, da inoponibilidade a este da omissão cometida pelo tomador do seguro[4], quer no sentido de que a omissão e suas consequências são oponíveis ao segurador, não podendo esta desonerar-se do dever de indemnizar, no caso da verificação do risco, com as condutas do tomador do seguro[5].

Temos dois contratos de crédito celebrados com o Banco mutuante e, intimamente ligados a estes, duas adesões ao Seguro do Ramo Vida que o mesmo celebrou com a seguradora apelante, sendo convencionado como beneficiário da prestação desta, em caso de verificação do risco, o banco mutuante/tomador do seguro (sem que se exclua também o benefício do segurado e, daí, o interesse deste no seguro que, verificado o risco, fica liberto de uma dívida).

Não se olvida que o Banco mutuante e tomador do seguro de grupo, por um lado, e a seguradora (apelante), por outro, integram o mesmo grupo económico-financeiro e celebram o seguro de grupo no comum interesse, potenciando, lucrativa e reciprocamente, a actividade de cada um deles. Nessa coordenação, a seguradora

serve-se do Banco para colocar/vender, junto dos clientes deste (com determinados créditos - “crédito à habitação”) os seus seguros, recorrendo à espécie contratual de “seguro de grupo”. Por imposição do mutuante, tiveram os apelados de contratar seguro em seu benefício e que foi contratado na seguradora do grupo, beneficiando esta de vasto número de clientes (centenas ou milhares) sob promoção do banco “intermediário”.

Como se escreve em Ac. RP[6] *“o Banco funciona como o verdadeiro angariador de clientes de seguros, impondo-os aos seus mutuários nos casos de concessão de crédito para compra de habitação, a título de garantia acrescida à hipoteca constituída sobre os imóveis, como sucedeu neste caso; e em que os segurados, obviamente “contributivos” (al. h) do art. 1.º do Decreto-Lei n.º 176/95), asseguram a fonte altamente lucrativa desse vantajoso negócio, a repartir entre ambos (tem sido tornado público que os seguros do ramo vida são os mais rentáveis) e ao nível dos direitos ficam como que esmagados entre dois “elefantes” (no sentido de que se trata de duas entidades empresariais de grande poder económico-financeiro).*

Pelo que os efeitos do incumprimento daquele dever de informação sobre o teor e o sentido das cláusulas contratuais, e designadamente as que se referem aos deveres a que vinculam os segurados, é questão a dirimir entre a seguradora e o Banco, mas não a opor aos próprios segurados.”

Há, nessa situação, um íntima colaboração entre as duas entidades que celebram o contrato de seguro, em relação às quais as cláusulas negociadas não assumem a natureza de cláusulas contratuais gerais.

E dessa colaboração, de que vêm a beneficiar reciprocamente, nasce um produto negocial, finalisticamente constituído por um clausulado fixo e imodificável que, sabido é por ambas as partes, é para e vai ser proposto a um número indeterminado de pessoas (consumidores, clientes do Banco) e que a ele vêm a aderir, em relação aos quais essas cláusulas são cláusulas contratuais gerais. Rigorosamente, é nesta fase da adesão que se coloca o problema das cláusulas gerais, quando propostas ao consumidor (directamente pelo tomador) e por ele aceites.

Bem sabendo a seguradora da finalidade e do iter das cláusulas que, com o tomador do seguro, convencionam, e que o seguro só se torna efectivo e eficaz a partir da concretização de alguma adesão. As cláusulas são elaboradas pelo segurador e tomador para serem apresentadas aos aderentes que as vêm a aceitar, sem discussão ou modificação, e a esse processo não é estranha a seguradora.

A adesão não depende apenas da vontade do aderente, como efeito automático de um acto unilateral deste. Mesmo que se não entenda como figura contratual autónoma (mas como uma fase necessária à eficácia do seguro de grupo), para a adesão se tornar eficaz, necessária é a aceitação da proposta do aderente pela Seguradora, sem a qual o proponente não fica a coberto da garantia negociada no seguro de grupo. Se as negociações com vista à adesão são tratadas com o tomador do seguro, é com a seguradora que se concluem pela aceitação da proposta do aderente. A seguradora e o aderente são parte no mesmo negócio.

De modo que o “negócio” da adesão não é estranho à seguradora, para se remeter a uma total irresponsabilidade pela deficiente formação da vontade do aderente ao se vincular em virtude da omissão de informação pelo tomador do seguro (incumprindo os ditames estabelecidos pelo artigo 4º do DL 176/95, de 26 de Julho).

Se, desta disposição, surgem obrigações para o tomador do seguro, já que é junto deste que, normalmente, as negociações para a adesão se processam, não opera esta a total irresponsabilidade do segurador pelas omissões de informação ao aderente, praticadas pelo tomador do seguro.

Como não se veria exagero que a seguradora, antes da aceitação da proposta remetesse as cláusulas gerais ao aderente, antes de se limitar a fazê-lo com o certificado individual de seguro, que corporiza a aceitação da proposta.

Neste entendimento, não pode a seguradora ser estranha à obrigação de comunicação e informação das cláusulas gerais à outra parte, seja directamente ou através do tomador do seguro que, no processo normal de formação deste tipo de seguro, funciona como verdadeiro intermediário.

Quem se pretende fazer valer das cláusulas gerais em causa (de exclusão da cobertura) é a seguradora/apelante. Por isso que a ela cabe provar a comunicação/informação das cláusulas ao aderente (arts. 1º/3 e 5º/3 do DL 446/85).

Não se tem como razoável, excluir o segurador da responsabilidade pela omissão cometida pelo tomador do seguro, que actua também no seu interesse económico, funcionando como um intermediário, em desprotecção do consumidor, globalmente a

parte menos esclarecida e mais fraca da complexa relação contratual. Como consta do Preâmbulo do DL 72/2008, de 16 de Junho, que estabelece a nova regulamentação do contrato de seguro *“nos contratos de seguro de grupo em que os segurados contribuem para o pagamento, total ou parcial, do prémio, a posição do segurado é substancialmente assimilável à de um tomador do seguro individual. Como tal, importa realçar que da nova regulamentação deste tipo de seguro resulta que o facto de o contrato de seguro ser celebrado na modalidade de seguro de grupo não constitui um elemento que determine um diferente nível de protecção dos interesses do segurado e que prejudique a transparência do contrato”*.

O seguro de grupo é um contrato de seguro, celebrado inicialmente apenas entre a seguradora e um tomador, mas ao qual aderem posteriormente outros indivíduos ligados de algum modo ao tomador do seguro, assumindo, desse modo, o seguro de grupo *“a forma de um contrato complexo e trilateral – seguradora, tomador e aderentes”*. Estes (aderentes consumidores), a parte débil na relação de seguro, não podem ter menor protecção pelo facto de se vincularem à seguradora, sob promoção do tomador do seguro. Se o Banco omitiu conduta regular, não se vê que para ela tenham contribuído os segurados (quando, como no caso, sempre cumpriram as suas obrigações), sendo de todo injusto fazer recair obre eles as consequências de um cláusula a que não aderiram. O que há-de implicar a responsabilidade directa da seguradora pela falta de comunicação e informação das cláusulas gerais de exclusão das coberturas do seguro, mesmo que essa falta seja imputável, m primeira linha, ao tomador do seguro.

Conforme se escreve no Ac. RP[7] *“numa primeira análise, que parece que quem tinha o dever de informar do teor das cláusulas seria o tomador do seguro (Banco), que foi quem negociou o seguro de grupo com a seguradora, quem concedeu o crédito aos autores e que serviu de intermediário do seguro relativamente aos segurados. E, então, logo surge uma das questões que em muito tem preocupado a doutrina: saber se a falta de informação do intermediário se repercute na seguradora. É que, como vimos, o Banco, de certo modo, actuou perante os autores como intermediário da seguradora.*

E a questão assume particular relevância, precisamente, no âmbito das cláusulas contratuais gerais, de que o contrato de seguro é normalmente fértil.

Ora, a consequência imediata dessa falta de informação do intermediário é que “a seguradora não poderá invocar uma exclusão a uma cobertura, contida numa cláusula que não foi devidamente comunicada ou informada pelo intermediário, porque essa exclusão se vai ter por excluída do contrato. Logo vigora a cobertura” (sem tal exclusão).

Assim sendo, parece que a conclusão a tirar não pode deixar de ser esta: faltando a devida informação, a seguradora arcará com as respectivas consequências, não podendo invocar perante o segurado as cláusulas contratuais gerais a que essa falta respeita. Responde perante o segurado, sem prejuízo de poder, eventualmente, depois, vir accionar o intermediário pelo prejuízo que tal falta de informação lhe tenha acarretado.

A responsabilização directa da seguradora para com o segurado resulta, quer do princípio da boa fé, quer da consideração de que, estando-se no domínio do direito do consumo, se deve proteger, em primeira mão, a parte mais débil na relação contratual -- o consumidor/segurado”.

Demonstrado que nem a seguradora (ora apelante) nem o tomador do seguro cumpriram a obrigação de comunicação e informação das cláusulas gerais de que aquela se quer fazer valer, cuja consequência seria a sua exclusão do contrato que vincula os apelados, no qual a apelante é parte, concluímos não poder esta desonerar-se da obrigação de indemnizar, verificado que foi o risco, com o fundamento de que a omissão do cumprimento daquelas obrigações não lhe é imputável. Improcede a apelação.

Em conclusão 1) No seguro de grupo – ramo vida, em que o tomador é simultaneamente o beneficiário, a comunicação e informação das cláusulas gerais ao segurado/aderente cabe, em primeira linha, ao tomador do seguro, 2) sem que o segurador, que com o tomador estabeleceu essas cláusulas, possa opor ao segurado/aderente que a omissão daquela obrigação não lhe é imputável, para não ver excluídas as cláusulas não comunicadas e, consequentemente, para não realizar a sua prestação em caso de verificação do risco.

10) – Pelo exposto, acorda-se no tribunal da Relação do Porto em julgar a apelação

improcedente e, em consequência, confirmar a sentença recorrida.
Custas pela apelante.

Porto, 25 de Outubro de 2012
José Manuel Carvalho Ferraz
António do Amaral Ferreira
Ana Paula Fonseca Lobo

[1] Entre parênteses a alínea correspondente da matéria de facto assente.

[2] Entre parênteses o número correspondente da base instrutória.

[3] Almeno de Sá, e “Cláusulas Contratuais Gerais e Directiva sobre Cláusulas Abusivas”, 2ª ED., 234.

[4] Ver, em sentido dominante, os doutos Acs. do STJ, de 10/05/2007, proc. 07B1255, de 12/10/2010, 646/05. OTBAMR G.1.S.1 e de 13/10/2011, proc.

143/04.6TBGDM.P1.S1., de 17/06/2010, proc. 651/04.TBETR.P1.S1., de 29/05/2012, proc. 7615/06.1TBVNG.P1.S1, todos em www.dgsi.pt

[5] Cfr., além de outros, Acs. RP, de 07/11/2007, proc. 0724884, 11/09/2008, proc. 0834361, 12/11/2009, proc. 651/04.4TBETR.P1, 01-02-2010, proc.

3405/06.0TBVCD.P1, 12/04/2010, proc. 1443/04.6TBGDM.P1, da RG, 27/03/2008, proc. 369/08-1, de 19/10/2010, proc. 1989/07.0TBBERG.G1, 22/11/2011, proc. 3732/09.9TBBERG.G1, da RL, de 05/03/2009, proc. 1860/07.0TVLSB-8, todos em www.dgsi.pt.

[6] De 06/11/2007, proc. 0724884. No mesmo sentido, RG, 27/03/2008, proc. 369/08-1, ambos em www.dgsi.pt

[7] De 11-09-08, proc. 0834361 (também assinado pelo ora relator, como adjunto)