TRIBUNAL DA RELAÇÃO DO PORTO | CÍVEL

Acórdão

Processo	Data do documento	Relator
762/05.9TBSJM.P1	2 de dezembro de 2010	Maria Catarina

DESCRITORES

Contrato de seguro > Invalidez absoluta e definitiva

SUMÁRIO

I – A intenção subjacente à celebração de um contrato de seguro em função da verificação de uma situação de invalidez absoluta e definitiva é, pelo menos em regra, a de fazer face a uma situação de carência de rendimentos que poderá decorrer da verificação do sinistro e essa carência de rendimentos está associada à impossibilidade de angariar esses rendimentos pelo seu trabalho e não à impossibilidade de praticar os actos ordinários da vida corrente (comer, vestir-se, despir-se, deslocar-se, etc.).

II – Esta (última) dimensão tão reduzida do conceito de “invalidez absoluta e definitiva” apenas poderia ser considerada se fosse expressamente comunicada e aceite por ambas as partes, já que um declaratário normal, sem quaisquer esclarecimentos ou informações adicionais, nunca entenderia tal conceito com essa dimensão reduzida.

TEXTO INTEGRAL

Reg. nº 173.

Apelação nº 762/05.9TBSJM.P1

Tribunal recorrido: .º Juízo do Tribunal Judicial de São João da Madeira.

Relatora: Maria Catarina Ramalho Gonçalves

Adjuntos Des.: Dr. Filipe Manuel Nunes Caroço

Drª Teresa Maria dos Santos

Acordam no Tribunal da Relação do Porto:

I.

B..... (entretanto falecida e representada pelos seus herdeiros – devidamente habilitados – C.....,

D……. e C…….) intentou a presente acção contra Companhia de Seguros F……. – Vida, S.A., com sede na Avenida da Liberdade, nº 242, Lisboa, requerendo o chamamento, como assistente da Autora, do G……., S.A., com sede na ……., nº .., Lisboa, pedindo que seja a Ré condenada:

• a pagar à Autora, ou directamente à ora assistente/chamada, a quantia de €40.659,19;

• a pagar à ora Autora a quantia correspondente aos montantes despendidos e entretanto efectuados a título de pagamento do prémio de seguro correspondente, a título de estorno;

• no pagamento de juros vencidos desde a interpelação, à taxa de juros legal e sobre o capital de €6.745,85; e

• nos juros vincendos até integral e efectivo pagamento, sempre sobre o capital.

Alega, em síntese, que:

Celebrou com a Ré um contrato de seguro, do ramo vida, produto Vida Crédito Habitação, no qual a Autora e o seu marido são segurados e no qual o G……. figura como entidade terceira ou beneficiária; esse contrato surgiu aquando da contratação de um mútuo bancário onde o "G……., SA" figura como entidade mutuante e a Autora e seu marido como fiadores da aí mutuária, sua filha D…….; nos termos do mencionado contrato de seguro, encontra-se garantida a cobertura de morte e invalidez permanente do segurado, tendo vindo a ser integralmente pago o respectivo prémio anual; acontece que à Autora foi diagnosticada uma doença grave do foro neurológico, que lhe importa uma incapacidade permanente de 80%, não tendo, porém, a Ré até à presente data procedido ao resgate ou pagamento do montante contratualizado, não obstante a Autora lhe ter dado conhecimento da situação referida, em 28.04.2004, invocando a Ré a necessidade de ajuda de terceira pessoa para accionar a cobertura do seguro, algo que não consta da apólice do contrato de seguro, que não lhe foi comunicado e que jamais correspondeu à sua vontade.

Conclui, assim, que lhe assiste o direito de exigir da Ré o pagamento da quantia de €40.659,19, correspondente à quantia em dívida no contrato de mútuo aludido e segurado no mencionado contrato de seguro, bem como aos juros contados desde a data da interpelação da Ré, 28.04.2004, até ao momento do integral e efectivo pagamento ou entrega da quantia contratualizada, a apurar em sede de liquidação em execução de sentença, bem como ao estorno das quantias ou prémios de seguro entretanto pagos, já que, dada a ocorrência do risco e a interpelação da Ré seguradora, deixou de existir a razão de ser da contraprestação efectuada pela Autora, dado que o contrato terminou com a verificação da condição para a qual este foi realizado.

A Ré contestou, invocando a excepção de ilegitimidade da Autora para intentar a presente acção desacompanhada do seu marido e alegando que: o contrato de seguro do ramo vida submetia-se às respectivas condições particulares, condições gerais e condições especiais, tendo como garantia principal a morte e como garantias complementares invalidez absoluta e definitiva e invalidez total e permanente por acidente; a Autora mantém capacidade para exercer actividade remunerada, ainda que parcialmente, não se encontra obrigada a recorrer à assistência permanente de uma terceira pessoa para efectuar os actos ordinários da vida corrente, pelo que não se verificam os pressupostos do risco de invalidez absoluta e definitiva coberto pelo mencionado contrato de seguro do ramo vida; assim, a Ré não se encontra obrigada

ao pagamento do capital seguro, sendo certo que, antes da celebração do mencionado contrato de seguro do ramo vida, foi dado conhecimento à Autora e ao seu marido das condições gerais, especiais e particulares do mencionado contrato de seguro do ramo vida, as quais não são negociadas com os respectivos aderentes.
Com estes fundamentos, conclui pela procedência da invocada excepção de ilegitimidade da Autora e pela improcedência total da presente acção.

O incidente de intervenção do G……. – deduzido pela Autora na petição inicial – não foi admitido (cfr. despacho de fls. 79 e 80).

A Autora apresentou réplica, pronunciando-se pela improcedência da invocada excepção de ilegitimidade activa, mas requerendo, por mera cautela, a intervenção do seu marido, ao abrigo do artigo 325º e seguintes do Código de Processo Civil.
Mais alegou que as cláusulas a que a Ré faz referência, na sua contestação, não lhe foram comunicadas e nem sequer lhe foram entregues os documentos onde constam as condições gerais e especiais, pelo que essas cláusulas se devem ter por excluídas.

No despacho proferido a fls. 97, reconheceu-se a verificação da ilegitimidade da Autora por ocorrer litisconsórcio necessário activo e, por despacho de 09/12/2008 (fls. 99), foi admitida a intervenção principal do marido da Autora que, após a citação, veio declarar fazer seus os articulados da Autora.

Foi proferido despacho saneador e foi elaborada a selecção da matéria de facto assente e base instrutória.

Após realização da audiência de discussão e julgamento, foi proferida sentença que, julgando a acção procedente, decidiu nos seguintes termos:
“a) Condeno a ré “Companhia de Seguros F……., S.A.” a pagar, até ao limite do montante peticionado (€40.659,19):
i. ao “G……., SA” e com referência à apólice de seguros em discussão nos presentes autos, o capital seguro necessário para amortização do empréstimo concedido aos autores;
ii. aos autores (tendo em conta o incidente de habilitação), a totalidade dos valores por estes pagos ao referido banco, a partir da data da interpelação 28.04.2004, acrescido dos juros legais, vencidos e vincendos, contados desde a referida data e até efectivo e integral pagamento, valores esses a liquidar em incidente de liquidação.
b) Condeno a ré “Companhia de Seguros F……., S.A.” a pagar aos autores (tendo em conta o incidente de habilitação) a quantia correspondente aos montantes dispendidos e entretanto efectuados (desde 28.04.2004) a título de pagamento do prémio de seguro correspondente a título de estorno, bem como no pagamento dos respectivos juros legais, vencidos e vincendos, contados desde a referida data e até integral e efectivo pagamento, valores esses a liquidar em incidente de liquidação”.

Discordando dessa decisão, a Ré interpôs recurso de apelação, formulando as seguintes conclusões:

1ª. Foi celebrado entre recorrente e o recorrido C..... e a falecida mulher do mesmo, B....., o contrato de seguro do ramo vida titulado pela apólice nº ../.....

2ª. O referido contrato de seguro do ramo vida submetia-se às respectivas condições particulares, gerais e especiais que constam do documento nº 1 junto com a contestação.

3ª. O referido contrato de seguro do ramo vida contem as coberturas de morte do segurado/ pessoa segura por doença ou acidente, invalidez absoluta e definitiva do segurado/pessoa segura por doença, e invalidez total e permanente do segurado/pessoa segura por acidente.

4ª. Consta do artigo 8.2 das condições especiais do referido contrato de seguro do ramo vida que:

"Para efeito deste seguro complementar qualquer segurado/pessoa segura é considerado em estado de invalidez absoluta e definitiva quando, por consequência de doença ou acidente, fique total e definitivamente incapaz de exercer qualquer actividade remunerada e na obrigação de recorrer à assistência permanente de uma terceira pessoa para efectuar os actos ordinários da vida corrente".

5ª. Nos presentes autos não consta que a falecida B..... tenha ficado dependente da assistência permanente de terceira pessoa para efectuar os actos ordinários da vida corrente.

6ª. Nos presentes autos não consta que a falecida B..... dependa da assistência permanente de terceira pessoa para tomar as suas refeições, para se vestir e despir, para cuidar da sua higiene e para se deslocar no interior da sua residência.

7ª. Não se encontram provados os pressupostos da verificação do risco de invalidez absoluta e definitiva coberto pelo mencionado contrato de seguro do ramo vida.

8ª. O ónus da prova dos pressupostos da verificação do risco de invalidez absoluta e definitiva incumbia aos recorridos.

9ª. Incumbia aos recorridos o ónus da prova dos elementos constitutivos do direito por eles invocado de accionamento do contrato de seguro do ramo vida referido nos autos.

10ª. Os recorridos não produziram prova dos elementos constitutivos do direito por eles invocado de accionamento do contrato de seguro do ramo vida referido nos autos.

11ª. O artigo 8.2 das condições especiais do mencionado contrato de seguro do ramo vida não constitui cláusula de exclusão ou limitação da responsabilidade da recorrente.

12ª. O artigo 8.2 das condições especiais do mencionado contrato de seguro do ramo vida apenas contém a definição da cobertura do risco de invalidez absoluta e definitiva.

13ª. A exclusão do artigo 8.2 das condições especiais do mencionado contrato de seguro do ramo vida não permite a previsão por decisão judicial de novas coberturas no mencionado contrato de seguro do ramo vida.

14ª. Na sentença recorrida ao decidir-se pela condenação da recorrente nos pedidos formulados pelos recorridos, violou-se o disposto nos artigos 342º e 406º ambos do Código Civil, 5º e 6º do Decreto-Lei nº 446/85, de 25 de Outubro, e 429º do Código Comercial.

15ª. Termos em que, deve conceder-se inteiramente provimento ao presente recurso de apelação, e em consequência, revogar-se a sentença recorrida, substituindo-se a mesma por acórdão em que se decida absolver a recorrente dos pedidos.

Não foram apresentadas contra-alegações.

/////

II.

Questões a apreciar:

Atendendo às conclusões das alegações da Apelante – pelas quais se define o objecto e delimita o âmbito do recurso – a questão a apreciar e decidir consiste em saber se, apesar de não ter sido feita a prova de que a Autora tivesse ficado dependente da assistência permanente de terceira pessoa para os actos da sua vida corrente, a Ré/Apelante está obrigada a pagar o capital que era objecto do contrato de seguro, o que se reconduz à questão de saber se o conceito de "invalidez absoluta e definitiva" a que alude o contrato de seguro celebrado entre as partes exige ou não que o segurado, além de ficar total e definitivamente incapaz de exercer qualquer actividade remunerada, fique também na situação de ter de recorrer à assistência permanente de uma terceira pessoa para efectuar os actos ordinários da vida corrente.

/////

III.

Na 1ª instância, foi considerada provada a seguinte matéria de facto

1. Foi celebrado entre autora e ré - pessoa colectiva que exerce devidamente credenciada a actividade seguradora - um contrato de seguro, do ramo vida, produto Vida Crédito Habitação, titulado pela Apólice de seguro nº ../...../..... (doc. 1) – alínea A) dos factos assentes.

2. O referido contrato foi celebrado no balcão do H....., sito na freguesia e comarca de S. João da Madeira – alínea B) dos factos assentes.

3. Sendo que teve início no dia 7 de Outubro de 1996, pelo período de um ano, renovável automaticamente – alínea C) dos factos assentes.

4. O contrato celebrado teve então como partes a Companhia de Seguros F....., S.A., na qualidade de entidade seguradora; a Srª Drª B....., na qualidade de segurada em conjunto com o seu marido, Sr. C....., e como entidade terceira ou beneficiária, a entidade bancária "G....., S.A." – alínea D) dos factos assentes.

5. Tendo como conteúdo:

- O capital de seguro inicial o valor total de um empréstimo bancário, na quantia de, sendo então o capital seguro contratado, o valor de 128.492,43 €, e sendo actualmente devida a quantia de 40.659,19 €, a qual encontra-se coberta pelo presente contrato, por um prazo de 25 anos com a opção de pagamento anual – alínea E) dos factos assentes.

6. Conforme consta do doc. nº2, este contrato de seguro do ramo vida foi sujeito a "aprovação" da entidade seguradora ora ré, em Lisboa, a 13.12.1996 – alínea F) dos factos assentes.

7. A este contrato de seguro corresponde o prémio anual de 440,75€, com as correspondentes actualizações, o qual foi sendo sempre integralmente pago – alínea G) dos factos assentes.

8. Este contrato de seguro surgiu aquando da contratação de um mútuo ou empréstimo bancário, onde o

G....., S.A., figura como sendo a entidade mutuante, onde surge a autora e o seu marido, como sendo fiadora da aí mutuária, sua filha, D..... – resposta ao ponto 1º da base instrutória.

9. Nos termos do contrato, encontram-se garantidas as coberturas, entre outros, de morte e invalidez absoluta definitiva do segurado, nos termos que constam do documento junto a fls. 11, cujo teor aqui se dá por integralmente reproduzido – resposta ao ponto 2º da base instrutória.

10. À autora foi diagnosticada uma grave doença do foro neurológico, a qual lhe importa uma incapacidade permanente global de 80%, nos termos que constam do documento de fls. 9 cujo teor aqui se dá por integralmente reproduzido – resposta ao ponto 3º da base instrutória.

11. Através de contactos pessoais junto dos Srs. Funcionários sempre no dito balcão de S. João da Madeira, foi dito à autora e ao seu marido que a ora ré iria proceder ao pagamento da quantia contratualizada, tratando-se só de "uma questão de tempo e burocracia em Lisboa" – resposta ao ponto 4º da base instrutória.

12. O marido da autora instou novamente junto do H..... sempre com o intuito de obter resposta por parte da seguradora – respostas aos pontos 5º e 6º da base instrutória.

13. Até à data, a ré ainda não procedeu ao resgate ou pagamento do montante contratualizado – alínea H) dos factos assentes.

14. Não obstante a autora, em 28 de Abril de 2004, e a solicitação dos funcionários comerciais - com quem foi angariado, proposto e submetido a celebração do contrato de seguro aludido - ter entregue cópia da documentação clínica que junta como doc. 3 – alínea I) dos factos assentes.

15. A ré não solicitou efectivamente a efectuação da perícia médica para determinação da verificação da invocada situação de invalidez absoluta e definitiva da autora – alínea J) dos factos assentes.

16. Por carta datada de 06.07.2004, o H..... informou que o processo “se encontra em análise”, remetendo para momento oportuno o facultar das conclusões entretanto apuradas – resposta ao ponto 7º da base instrutória.

17. Em 18.06.2004, a ré tomou posição, concluindo então que “não há lugar ao pagamento da indemnização ora solicitada”, nos termos que constam do documento de fls. 69, cujo teor aqui se dá por integralmente reproduzido – resposta ao ponto 8º da base instrutória.

18. A autora foi surpreendida com a argumentação trazida pela ré, que invocou uma necessidade de ajuda de terceira pessoa para o accionar da cobertura do seguro – resposta ao ponto 9º da base instrutória.

19. A necessidade de ajuda de terceira pessoa para o accionar da cobertura do seguro, não tinha sido objecto de informação à autora, por parte da Seguradora ou de terceiros, nem lhe foi comunicada – respostas aos pontos 10º e 11º da base instrutória.

20. Acresce que não obstante a resposta da ré, a autora nunca foi contactada por peritos, médicos ou juntas médicas, a pedido da Seguradora e não contestou os resultados clínicos juntos pela autora – resposta ao ponto 12º da base instrutória.

21. O contrato de seguro do ramo vida referido nos autos submetia-se às respectivas condições particulares, condições gerais e condições especiais, conforme consta do documento junto com a contestação como documento nº1, nomeadamente artigos 2.2, 2.3, 2.4. alíneas a), b), c), d) e e), e 7.1 das condições especiais – resposta ao ponto 13º da base instrutória.

22. A autora manteve capacidade de exercer actividade remunerada durante cerca de 4 meses, interrompidos, pontualmente, quando a autora se sentia pior – resposta ao ponto 14º da base instrutória.
23. A autora jamais teve conhecimento das cláusulas do contrato alegadas na contestação até ao momento da rejeição por parte da ré, que aconteceu após a sujeição a exame médico – resposta ao ponto 17º da base instrutória.
24. Estas cláusulas não foram comunicadas à autora, nem esta foi informada das mesmas – resposta ao ponto 18º da base instrutória.
25. Não lhe tendo sido entregues os documentos onde constam as Condições Gerais e Especiais – resposta ao ponto 19º da base instrutória.
26. Em momento algum a autora interveio na negociação das condições gerais e especiais e jamais foi informada de que só com a necessidade de ajuda de terceiro ou na incapacidade de exercer qualquer actividade remunerada é que a cobertura em causa poderia ser accionada – resposta ao ponto 20º da base instrutória.
/////

IV.
Apreciemos, pois, as questões suscitadas.
Está em causa nos presentes autos um contrato de seguro do ramo vida que foi celebrado entre a Autora (segurada) e a Ré (seguradora), que, em caso de morte ou invalidez absoluta definitiva do segurado, garantia o pagamento do capital em dívida referente a um mútuo celebrado com o G....., S.A.
Conforme resulta da matéria de facto provada, o referido contrato de seguro submetia-se às respectivas condições particulares, condições gerais e condições especiais, conforme consta do documento junto com a contestação como documento nº1, nomeadamente artigos 2.2, 2.3, 2.4. alíneas a), b), c), d) e e), e 7.1 das condições especiais.
Como também resulta da matéria de facto provada, foi diagnosticada à Autora uma grave doença do foro neurológico, a qual lhe importa uma incapacidade permanente global de 80%, nos termos que constam do documento de fls. 9 cujo teor aqui se dá por integralmente reproduzido, razão pela qual a Autora accionou o contrato de seguro, pretendendo que a Ré pague as quantias a que está obrigada por força desse contrato.
Todavia, a Ré, baseando-se nas condições especiais do referido contrato (onde se define, designadamente, o que deve entender-se por invalidez total e permanente), defendeu-se, dizendo que não estão verificados os pressupostos de que depende a sua responsabilidade, na medida em que a Autora mantém capacidade de exercer actividade remunerada, ainda que parcialmente, e não se encontra obrigada a recorrer à assistência permanente de uma terceira pessoa para efectuar os actos ordinários da vida corrente, designadamente, vestir-se, lavar-se, tomar refeições e deslocar-se.
Com efeito, para além de outros requisitos, o art. 7.1. das condições especiais do contrato dispõe que, para efeito do seguro, o segurado/pessoa segura "…é considerado em estado de Invalidez Absoluta e Definitiva quando, por consequência de doença ou acidente, fique total e definitivamente incapaz de exercer qualquer actividade remunerada e na obrigação de recorrer à assistência permanente de uma terceira

pessoa para efectuar os actos ordinários da vida corrente".

Considerou, porém, a sentença recorrida que essas condições, correspondendo a cláusulas contratuais gerais típicas de um contrato de adesão, devem ter-se por excluídas, ao abrigo do art. 8º do D.L. nº 446/85 de 25/10, por não ter existido prova da sua adequada comunicação e informação e, recorrendo às regras de interpretação e integração dos negócios jurídicos, definiu o que deve entender-se por "invalidez absoluta definitiva" (correspondente ao risco previsto e abrangido pelo contrato), considerou que esse conceito abrange a situação em que se encontra a Autora e, como tal, julgou a acção procedente.

A Apelante discorda da sentença proferida, baseando a sua discordância nas seguintes circunstâncias:

• De acordo com o artigo 8.2 das condições especiais do contrato de seguro, o segurado/pessoa segura é considerado em estado de invalidez absoluta e definitiva quando, por consequência de doença ou acidente, fique total e definitivamente incapaz de exercer qualquer actividade remunerada e na obrigação de recorrer à assistência permanente de uma terceira pessoa para efectuar os actos ordinários da vida corrente;

• Não consta dos autos que a Autora tivesse ficado dependente da assistência permanente de terceira pessoa para efectuar os actos ordinários da vida corrente (para tomar as suas refeições, para se vestir e despir, para cuidar da sua higiene e para se deslocar no interior da sua residência), pelo que não se mostram verificados os pressupostos da verificação do risco de invalidez absoluta e definitiva coberto pelo seguro;

• Incumbia aos Recorridos o ónus de prova desses elementos constitutivos do seu direito;

• O artigo 8.2 das condições especiais do contrato não constitui cláusula de exclusão ou limitação da responsabilidade do recorrente, já que apenas contém a definição da cobertura do risco de invalidez absoluta e definitiva, pelo que a sentença recorrida constituiu nova cobertura não contemplada no contrato.

Refira-se, desde já – e salvo o devido respeito – que o presente recurso – nos termos em que foi proposto – parece "deslocado" relativamente à sentença recorrida, porquanto não ataca verdadeiramente as questões que foram apreciadas na sentença e que conduziram à procedência da acção.

Vejamos porquê.

A Apelante baseia o seu recurso na definição de invalidez absoluta e definitiva que consta do art. 8.2 das condições especiais do contrato de seguro e na circunstância de os Recorridos não terem feito a prova dos factos que permitiriam integrar a situação da Autora no conceito ali definido, quando é certo que lhe incumbia o respectivo ónus de prova.

É verdade que – tal como alega a Apelante – as condições especiais do contrato de seguro definem a situação de invalidez absoluta e definitiva, como sendo aquela em que o segurado ou pessoa segura, em consequência de doença ou acidente, "...fique total e definitivamente incapaz de exercer qualquer actividade remunerada e na obrigação de recorrer à assistência permanente de uma terceira pessoa para efectuar os actos ordinários da vida corrente" (cfr. pontos 7.1. e 8.2 das condições especiais do contrato).

Tal como alega a Apelante, é verdade que esses pontos não contêm qualquer cláusula de exclusão ou limitação da responsabilidade do recorrente, contendo apenas a definição da cobertura do risco de

invalidez absoluta e definitiva, pelo que, correspondendo a factos constitutivos do direito invocado pela Autora, cabia a esta o respectivo ónus de prova.

Tal como alega a Apelante, também é verdade que não foi feita a prova desses factos, pois é certo que não resultou provado que a Autora tivesse ficado dependente da assistência permanente de terceira pessoa para efectuar os actos ordinários da vida corrente.

Assim, se a definição de invalidez absoluta e definitiva a considerar fosse a que consta das condições especiais do contrato de seguro, assistiria razão à Apelante e a acção teria que improceder.

Acontece que a sentença recorrida considerou que essas condições especiais – que continham a definição acima mencionada – correspondem a cláusulas contratuais gerais que se devem ter por excluídas, nos termos do Dec. Lei nº 446/85 de 25/10, por violação dos deveres de comunicação e informação.

Ora, a Apelante nada diz, nas suas alegações de recurso, sobre essa questão e é por isso que, na nossa perspectiva, o presente recurso parece "deslocado" relativamente à sentença recorrida.

Com efeito, apesar de fundamentar o recurso na definição de "invalidez absoluta e definitiva" que consta das condições especiais do contrato e pressupondo, naturalmente, a aplicação dessas cláusulas, a Apelante não se insurge e não questiona o facto de a sentença recorrida ter considerado que essas "condições especiais" não eram aplicáveis por se deverem ter por excluídas do contrato.

Mas, então, a Apelante concorda ou não com a decisão dessa questão?

Se concorda, não faz sentido que interponha o presente recurso, baseando-se em cláusulas que não são aplicáveis por se considerarem excluídas do contrato.

Se não concorda, deveria tê-lo dito, indicando as razões da sua discordância, o que não fez.

Sempre se dirá, de qualquer forma, que a sentença recorrida decidiu a questão com total acerto.

Com efeito, estando demonstrado que a Autora não interveio na negociação das condições gerais e especiais, parece não haver dúvidas que essas cláusulas contratuais gerais estão submetidas ao regime previsto no Dec. Lei 446/85 de 25/10.

Ora, conforme resulta da matéria de facto provada (note-se que a decisão da matéria de facto não foi impugnada no presente recurso), a Autora jamais teve conhecimento dessas cláusulas, até ao momento da rejeição por parte da Ré, que aconteceu após a sujeição a exame médico, sendo certo que essas cláusulas não foram comunicadas à Autora, nem esta foi informada das mesmas, estando ainda provado que não lhe foram entregues os documentos onde constam as Condições Gerais e Especiais e que jamais foi informada de que só com a necessidade de ajuda de terceiro ou na incapacidade de exercer qualquer actividade remunerada é que a cobertura em causa poderia ser accionada.

É evidente, pois, que não foi cumprido, relativamente a essas cláusulas, o dever de comunicação a que alude o art. 5º do citado Dec. Lei nº 446/85, o que, nos termos do art. 8º a) do mesmo diploma, determina a exclusão dessas cláusulas do contrato.

Consequentemente, não pode ser considerada e aplicada a cláusula do contrato que contém a definição do conceito de "invalidez absoluta e definitiva".

E, sendo assim, é evidente a falta de razão da Apelante, na medida em que a sua argumentação – que consta das alegações de recurso – baseia-se na definição daquele conceito que consta das referidas

cláusulas (pressupondo, por isso, a validade e aplicabilidade dessas cláusulas), quando é certo que as mesmas não são aplicáveis, porque se consideram excluídas do contrato.

Não podendo ser atendidas as cláusulas do contrato que definiam aquilo que deveria entender-se por "invalidez absoluta e definitiva", importa definir esse conceito – já que é esse o risco que é o objecto do contrato de seguro aqui em causa – com recurso às regras de interpretação e integração da declaração negocial.

Segundo dispõe o art. 236º, nº 1, do Código Civil, "a declaração negocial vale com o sentido que um declaratário normal, colocado na posição do real declaratário, possa deduzir do comportamento do declarante, salvo se este não puder razoavelmente contar com ele" e, segundo dispõe o nº 2, "sempre que o declaratário conheça a vontade real do declarante, é de acordo com ela que vale a declaração emitida".

Perante a falta de comunicação das cláusulas acima mencionadas (que continham a definição do conceito aqui em causa), é evidente que não poderemos afirmar que a Autora conhecia a vontade real do declarante (no caso, a Apelante), pelo que a interpretação da declaração negocial há-de ser feita em conformidade com o disposto no nº 1.

Assim, o que importa aqui saber é se, um declaratário normal, colocado na posição da Autora, interpretaria tal conceito de "invalidez absoluta e definitiva" (que correspondia ao risco que era objecto do contrato de seguro), no sentido de abranger a situação de incapacidade de que a Autora padece ou se, ao invés, interpretaria esse conceito no sentido pretendido pela Apelante (que constava das citadas cláusulas – excluídas do contrato) e segundo o qual aquele conceito apenas se consideraria preenchido se o segurado, além de ficar total e definitivamente incapaz de exercer qualquer actividade remunerada, também ficasse na situação de ter de recorrer à assistência permanente de uma terceira pessoa para efectuar os actos ordinários da vida corrente.

A sentença recorrida considerou que um declaratário normal, colocado na posição da Autora, interpretaria o conceito constante daquela declaração no sentido de abranger a situação em que se encontrava a Autora, aí se escrevendo o seguinte:

"Todavia, cremos que um declaratário normal, colocado na posição da autora interpretaria a aludida cláusula contratual geral --: "invalidez absoluta e definitiva" – no sentido de abranger a situação de incapacidade de que a mesma padece, assim se preenchendo o conceito de invalidez absoluta e definitiva de que depende o accionamento do referido contrato de seguro de vida.

Com efeito, resulta dos factos provados que à autora foi diagnosticada uma grave doença do foro neurológico, a qual lhe importa uma incapacidade permanente global de 80%, nos termos que constam do documento junto a fls. 9.

Resultou ainda provado que a autora manteve capacidade de exercer actividade remunerada durante cerca de 4 meses, interrompidos, pontualmente, quando a autora se sentia pior.

E dos documentos juntos a fls. 12 e 13 a 14, verifica-se que a autora desde 2002 foi sujeita a vários tratamentos, com diagnósticos sucessivos de cancro, em diversas partes do corpo.

Assim sendo, forçoso será de concluir que a situação da autora integra uma invalidez absoluta e definitiva, sendo que o motivo determinante normal da contratação não pode deixar de ser o de que em caso do

aderente ser vitima de uma doença que de acordo com os conhecimentos actuais de medicina, não seja possível esperar uma melhoria do estado de saúde, pela continuação do tratamento médico aplicável e, consequentemente, a incapacite de ganho, lhe venha a valer o seguro".

A Apelante também não questiona estas considerações. Tal como já se referiu, a Apelante limitou-se a discordar da decisão, com base na definição do conceito que constava das referidas cláusulas do contrato, sem manifestar a sua discordância relativamente às questões que foram apreciadas na sentença e que sustentaram a decisão, mais concretamente, a exclusão daquelas cláusulas (e, consequentemente, a sua inaplicabilidade) e a interpretação da declaração negocial em função das regras que, para o efeito, se encontram previstas na lei.

De qualquer forma, temos por acertadas as considerações feitas na sentença recorrida a propósito da interpretação da declaração negocial.

Com efeito, afigura-se-nos indiscutível que um declaratário normal, colocado na posição da Autora e sem qualquer outro esclarecimento ou informação adicional, não interpretaria aquele conceito de "invalidez absoluta e definitiva" no sentido de o mesmo exigir uma situação de absoluta necessidade de recorrer à assistência permanente de uma terceira pessoa para efectuar os actos ordinários da vida corrente, sendo certo que um tal conceito é habitualmente utilizado para definir as situações de impossibilidade de exercício de qualquer actividade profissional que possibilite a angariação de rendimentos, independentemente de esta situação ser ou não acompanhada da impossibilidade de praticar os demais actos da vida corrente.

Note-se, aliás, que a intenção subjacente à celebração de um contrato de seguro em função da verificação de uma situação de invalidez absoluta e definitiva será, pelo menos em regra, a de fazer face a uma situação de carência de rendimentos que poderá decorrer da verificação do sinistro e essa carência de rendimentos está associada à impossibilidade de angariar esses rendimentos pelo seu trabalho e não à impossibilidade de praticar os actos ordinários da vida corrente (comer, vestir-se, despir-se, deslocar-se, etc.).

De facto, o conceito de invalidez absoluta e definitiva que a Apelante pretende fazer vingar e que constava das condições especiais do contrato tem uma dimensão muito reduzida, na medida em que se limita às situações em que a pessoa segura, além de ficar total e definitivamente incapaz de exercer qualquer actividade remunerada, fique totalmente dependente de terceiros para efectuar os actos mais simples da sua vida corrente e, como nos parece óbvio, uma dimensão tão reduzida desse conceito apenas poderia ser aplicável se fosse expressamente comunicada e aceite por ambas as partes (o que, no caso, não aconteceu, já que a cláusula que assim o definia não foi comunicada à Autora), já que um declaratário normal, sem quaisquer esclarecimentos ou informações adicionais, nunca entenderia aquele conceito com essa dimensão reduzida.

Veja-se, a propósito, o Ac. da Relação de Guimarães de 27/03/2008, processo 369/08-1[1] (citado na sentença recorrida), onde se refere que: "...quer o legislador (veja-se no foro laboral e no domínio dos acidentes de viação), quer o declaratário normal, não adoptam o conceito de invalidez absoluta como correspondente exclusivamente àquelas situações em que, para além da impossibilidade permanente do exercício de actividade remunerada, se associa, imperiosamente, um quadro de necessidade de assistência

permanente de uma terceira pessoa para efectuar os actos ordinários da vida corrente. O fulcro do conceito de invalidez passa pela impossibilidade de provir, através do seu trabalho, ao respectivo sustento".

Veja-se ainda o Acórdão do STJ de 07/10/2010, processo nº 1583/06.7TBPRD.L1.S1[2], onde se considera que a impossibilidade de exercer qualquer actividade remunerada é bastante para consubstanciar uma situação de invalidez permanente, considerando-se mesmo que a cláusula que exige, para a verificação dessa situação, a necessidade de apoio permanente de terceira pessoa é desproporcionada à caracterização do estado de invalidez permanente que o seguro firmado visou prevenir, é abusiva e, como tal, nula, podendo ainda ver-se neste sentido o Acórdão do STJ de 27/05/2010, processo nº 976/06.4TBOAZ.P1.S1[3].

Assim, e tal como se considerou na sentença recorrida, também nós consideramos que a situação em que se encontrava a Autora preenchia o conceito de invalidez absoluta e definitiva de que dependia o accionamento do contrato de seguro, ainda que não tenha ficado demonstrada a necessidade de recorrer a terceira pessoa para praticar os actos ordinários da sua vida corrente.

Ao contrário do que alega a Apelante a sentença recorrida – que agora se confirma – não determina qualquer alargamento da cobertura do contrato de seguro.

Com efeito, sendo indiscutível que o contrato de seguro abrangia a situação de invalidez absoluta e definitiva do segurado e não sendo possível acolher a definição desse conceito que constava das condições especiais do contrato – porque essas cláusulas se devem ter por excluídas do contrato por não terem sido comunicadas à Autora –, a sentença recorrida limitou-se a interpretar esse conceito (considerando-o preenchido) à luz das regras legais e em conformidade com o sentido que um declaratário normal lhe daria (cfr. art. 236º, nº 1, do Código Civil).

A cláusula com base na qual a Apelante pretende fazer vingar um determinado conceito de "invalidez absoluta e definitiva" – de acordo com o qual essa situação dependia também da necessidade de assistência permanente de terceira pessoa para a prática dos actos ordinários da vida corrente – não foi comunicada à Autora e, como tal, considera-se excluída do contrato.

Excluída essa cláusula, aquele conceito terá que ser interpretado de acordo com as regras legais a que fizemos referência e, de acordo com essas regras, tal conceito deve ser interpretado no sentido de que a sua verificação se basta com a impossibilidade de exercer qualquer actividade remunerada, não se exigindo que, além disso, seja ainda necessária a verificação de uma total dependência de terceiros para a prática dos actos normais da vida corrente.

Assim, e ao contrário do que pretende a Apelante, a circunstância de não ter sido feita a prova de que a Autora tivesse ficado dependente de terceira pessoa para a prática desses actos (tomar as refeições, vestir, despir, cuidar da sua higiene, deslocar-se, etc.) é totalmente irrelevante para a decisão, já que, independentemente desse facto, verificou-se a situação de invalidez absoluta e definitiva da Autora, que correspondia ao risco coberto pelo contrato de seguro.

Improcede, pois, o recurso, confirmando-se a sentença recorrida.

/////

V.

Pelo exposto, nega-se provimento ao presente recurso e, em consequência, confirma-se a sentença recorrida.

Custas a cargo da Apelante.

Notifique.

Porto, 2010/12/02

Maria Catarina Ramalho Gonçalves

Filipe Manuel Nunes Caroço

Teresa Maria dos Santos

---

[1] Disponível em http://www.dgsi.pt.

[2] Disponível em http://www.dgsi.pt.

[3] Também disponível em http://www.dgsi.pt.

Fonte: http://www.dgsi.pt