Tribunal da Relação de Coimbra
Processo nº 3416/23.0T8LRA.C1

Relator: HUGO MEIRELES

Sessão: 08 Abril 2025

Votação: UNANIMIDADE

Meio Processual: APELAÇÃO

Decisão: REVOGADA

CONTRATO DE SEGURO

DECLARAÇÃO INICIAL DO RISCO

QUESTIONÁRIO MÉDICO

SIDA

DECLARAÇÕES INEXATAS

ATUAÇÃO DOLOSA

ANULAÇÃO DO CONTRATO

Sumário

I - Se, no quadro da declaração inicial do risco num contrato de seguro, perante questionário médico que integra a proposta de adesão a um seguro de grupo, o tomador/segurado responde negativamente à pergunta se tem ou teve HIV/SIDA, quando tal doença lhe havia sido diagnosticada anos antes e desde então se encontra em seguimento em consulta de imunodeficiência, incorre este numa atuação dolosa, tendente a enganar a outra parte, quanto a uma circunstância pessoal relevante para apreciação do risco da seguradora;

II - Provando-se que se soubesse do quadro clínico que padecia a pessoa segura à data da subscrição do contrato, a seguradora não teria aceite subscrevê-lo, está verificado o fundamento de anulação do contrato previsto no art.º 25º do RJCS, o qual pode ser invocado, por via de exceção, na contestação da ação movida contra a seguradora.

(Sumário elaborado pelo Relator)

Texto Integral

Requerente/Recorrente: A..., SA

Recorrido: AA

Acordam os Juízes na 3ª Secção do Tribunal da Relação de Coimbra

AA instaurou ação declarativa de condenação contra A..., SA, pedindo a condenação desta:

a) a pagar ao Banco 1..., SA, beneficiário do contrato de seguro, o capital em dívida à data da decisão final destes autos, relativo ao empréstimo celebrado pelo tomador de seguro, junto daquela instituição bancária;

b) a pagar à A. o remanescente do montante do capital seguro à data do falecimento do tomador do seguro (16/03/2022), descontado o montante a que se refere a alínea a);

c) a pagar à A. o montante correspondente às prestações mensais pagas ao Banco 1..., SA relativas ao empréstimo, desde a data do óbito do tomador do seguro (16/03/2022) até à data em que a R. puser à disposição do Banco o capital do seguro, montante esse a apurar em sede de incidente liquidação e que, no presente, ascende a €4.672,58;

d) a pagar a A. juros de mora desta a citação até efectivo e integral pagamento, sobre as quantias a apurar referidas em b) e c).

Alegou, para o efeito e em síntese, que a autora e BB celebraram um contrato de mútuo com o Banco 2.... Pela utilização do capital mutuado, o dito BB e a autora obrigaram-se perante o Banco 2... a contratar um seguro de vida em benefício de tal instituição bancária, segurando o risco de morte e de invalidez, pelo montante mutuado de €12.500,00. O referido BB faleceu em 16/3/2022 de causa desconhecida. Na sequência do falecimento de BB, a autora comunicou ao Banco 2... o óbito. Comunicado o óbito à ré, esta comunicou que declinava a responsabilidade porque o BB, aquando o preenchimento do questionário, não tinha comunicado factos relevantes, que a serem conhecidos poderiam ter influído na aceitação do seguro. Em consequência a autora continua, desde março de 2022 a pagar ao Banco 2... o valor das prestações do empréstimo, tendo pago, desde 5/3/2022 e até 18/9/2023, a quantia de €4,672,58.

*

Contestou a ré, alegando, em síntese, que o segurado BB, no momento da subscrição do contrato de seguro, faltou à verdade no preenchimento do

questionário sobre o seu estado de saúde que lhe foi apresentado com a proposta de seguro, respondendo que “*não*” [padezia] de “*tuberculose, hepatite (B, C ou outras), meningite, malária, HIV/SIDA, sífilis*”, quando o certo é que era seropositivo para o HIV desde 2004 e desde então estava a ser acompanhado em consulta de imunodeficiência. Alega ainda que, a ter conhecimento que o segurado se encontrava infetado com HIV desde 2004, não teria aceite a proposta de seguro, o que, defende, acarreta a nulidade do referido contrato de seguro.

*

A autora, convidada para exercer contraditório, pugnou pela improcedência da exceção perentória invocada pela ré, alegando que o questionário em causa não foi preenchido pelo segurado, que se limitou a assinar no final. Invocou ainda o incumprimento do dever de informação, por não ter sido comunicado/informado ao segurado o regime do incumprimento do dever de declarar com exatidão a sua condição de saúde. Mais alegou que o segurado não atuou com dolo, uma vez que apesar de portador de doença pré-existente, tal doença se encontrava completamente controlada e permitia ao segurado fazer a sua vida com normalidade.

*

Realizada a audiência de julgamento, em 11 de outubro de 2024, foi proferida sentença que decidiu “***julgar a ação parcialmente procedente, declarar a validade do contrato de seguro, titulado pela apólice n.º ...50, outorgado por BB, como pessoa segurada e pela Ré A..., SA e em que consta como tomador do seguro o Banco 2..., SA, à data do óbito de BB, em 16 de Março de 2022 e em consequência:***

I. Condenar a Ré A..., SA, a pagar à Autora, a título de direito de regresso a quantia de €5.264,68 (cinco mil duzentos e sessenta e quatro euros e sessenta e oito cêntimos), acrescidos de juros de mora, calculados à taxa legal de 4%, sobre aquela quantia, desde 24 de Abril de 2022, até integral pagamento;

II. Absolver do demais peticionado.

III. Condenar Autora e Ré em custas, na proporção e 2/3 para a Autora e 1/3 para a Ré.

*

Não se conformando com esta decisão, a ré veio interpor recurso, concluído as suas alegações nos termos que, a seguir, se transcrevem:

(...).

*

A recorrida não apresentou contra-alegações.

*

Colhidos os vistos, cumpre decidir:

*

II. Questões a decidir

Tendo em conta o objeto do recurso delimitado pela recorrente nas conclusões da sua alegação, nos termos dos artigos 635º. n.º 4 e 639º, n.ºs 1 e 2 do Código de Processo Civil, por ordem lógica e sem prejuízo apreciação de questões de conhecimento oficioso:

I) A impugnação da matéria de facto;

II. A anulabilidade do contrato de seguro por declarações inexatas de natureza dolosa feitas pelo segurado;

III. Se condenação da ré no pagamento juros de mora contados desde a data do óbito do segurado traduz uma condenação em quantidade superior à peticionada, tornando a sentença nula, nessa parte, nos termos dos arts. 609º/1 e 615º/1 e), in initio.

*

III. Fundamentação de facto

A sentença recorrida, considerou provados os seguintes factos:

1. A 16 de Março de 2022 faleceu, no estado de solteiro, BB;

2. Consta da escritura de habilitação de herdeiros que a Autora AA, sua irmã, é a sua única e universal herdeira, por vocação testamentária;

3. No dia 9/1/2019, BB e a Autora subscreveram escrito particular epigrafado “crédito ao consumidor” com n.º ...01, através do qual acordaram que o Banco

2... emprestaria a BB e à Autora, o montante de €12.500,00, que estes se obrigariam a devolver ao Banco 2..., através do pagamento de 60 prestações mensais e sucessivas, no valor de €246,19 e com termo no dia 5/2/2024;

4. No dia 9/1/2019, foi ainda subscrito pelo falecido BB, enquanto pessoa segura, pela Ré A..., SA, como seguradora e pelo Banco 2..., como tomador do seguro, escrito particular epigrafado: "Proposta de Seguro - Banco 2... Protecção Crédito", a que foi atribuído a apólice n.º ...50, de acordo com o qual, na eventualidade da verificação do evento "morte" ou "invalidez absoluta e definitiva" da pessoa segura, a seguradora pagaria à tomadora do seguro o capital seguro;

5. Em anexo ao escrito identificado em 4., consta documento particular, epigrafado "Questionário Clínico", composto por duas folhas, subscrito pelo punho de BB onde se pode ler: "Declaro que respondi completamente e com toda a veracidade às perguntas formuladas anteriormente e tomei conhecimento de que qualquer declaração incompleta ou menos verdadeira poderá ter como consequência a nulidade do seguro";

6. No escrito descrito em 4., só se encontram disponíveis para preencher: os campos com o valor da tensão arterial, o peso e a altura do segurado, a opção pela selecção, em cada campo, num total de 24 questões, de resposta de "não" ou "sim", a data e local para aposição de assinatura de cada um dos outorgantes, encontrando-se escrito na questão 14.8, "se sofre ou já sofreu de": "tuberculose, hepatite (B, C, ou outras), meningite, malária, HIV/SIDA, sífilis";

7. O "Questionário Clínico" descrito em 5. foi integralmente lido por CC, empregada bancária no Banco 2..., que preencheu o questionário conforme as respostas de BB, que respondeu que não a todas as perguntas do questionário e explicou a BB que caso faltasse à verdade, o contrato de seguro poderia ser anulado, após o que BB rubricou com o seu punho a 1.ª folha e assinou a 2.ª e última folha;

8. No dia 16 de Março de 2022, BB faleceu no Hospital ... - ...;

9. Consta de escrito epigrafado "certificado de óbito", com o n.º ...11, subscrito por DD, médica com a cédula n.º ...60, que não era médica assistente de BB nos seis dias que antecederam a morte e com fundamento em "informação clínica", que BB, faleceu às 10h15, do dia 16/3/2022, de óbito "natural/causa desconhecida";

10. A Autora efectuou a participação do sinistro por morte ao Banco 2..., que por sua vez o comunicou à Ré em 24 de Março de 2022;

11. No dia 11 de Maio de 2022, a Ré comunicou ao Banco 2... que a declinava a responsabilidade, com fundamento em “aquando do preenchimento do questionário sobre o estado de saúde, documento que serviu de base à emissão de apólice, não foram referidos factos relevantes, os quais, a serem do nosso conhecimento poderiam ter influído decisivamente para a aceitação do seguro.”;

12. O segurado BB era seropositivo para o VIH1, com seguimento desde 2004, em consulta de imunodeficiência do CHUC;

13. Por declaração médica subscrita pelo médico EE, com n.º de cédula ...30, do CHUC - Infecciosas imunodeficiência, em 20/6/2024, pode-se ler as seguintes conclusões: “À data do diagnóstico encontrava-se em estágio A1 dos CDC” [assintomático, com valores de linfócitos CD4 de valor igual ou superior a 500 cel/mm³];

“Realizou terapêutica antirretroviral com DOLULEGRAVIR 50MG + Abacavir 600mg + Lamivudina 300mg, com muito boa adesão à terapêutica com excelente resposta imunológica e virológica”;

“Apresenta cargas virais de VIH1 persistentemente indetectáveis e contagem de linfócitos CD4 persistentemente superiores a 500 cel/mm³”;

“Tratava-se por de utente portador de infecção pelo VIH1 com situação clínica estabilizada, cumpridor da terapêutica, frequentador assíduo das consultas e com óptimo status imunológico e virológico.”

14. Se, momento da adesão, a patologia descrita em 12. fosse conhecida pela Ré, esta não teria aceite a proposta de seguro;

15. No que respeita ao contrato de mútuo n.º ...01, o montante em dívida em 16/3/2022 era de €5.264,68, tendo sido pago desde aquela data até 12/3/2024 o valor de €5.264,68;

16. A concessão do crédito descrito em 3., encontrava-se dependente da celebração de seguro de vida, com coberturas obrigatórias do risco morte e invalidez absoluta e definitiva, com opção de contratar a “Banco 2... Protecção Crédito” ou outra seguradora;

*

E considerou não provados os seguintes factos:

a) Que apesar do óbito de BB, desde 5/3/2022 e até 18/9/2023 a Autora pagou ao Banco 2... o montante no valor de €4.672,58;

b) Que BB tenha sido informado ou tido conhecimento do teor do clausulado do contrato de seguro a que respeita o questionário preenchido, descrito em 5., 6., 7.

*

IV. Fundamentação de Direito

a) impugnação da matéria de facto

Insurge-se a recorrente contra a decisão proferida nos autos, intentando a reapreciação da matéria de facto provada sob os pontos 4 e o facto não provado sob a al. b).

Impõe-se, assim, antes de mais, uma breve consideração sobre os requisitos de admissibilidade do recurso quanto à reapreciação da matéria de facto pelo tribunal “ad quem”, previstos no art.º 640º, n.º 1, do Código de Processo Civil, o qual dispõe que:

«Quando seja impugnada a decisão sobre a matéria de facto, deve o recorrente obrigatoriamente especificar, sob pena de rejeição:

a) Os concretos pontos de facto que considera incorretamente julgados;

b) Os concretos meios probatórios, constantes do processo ou de registo ou gravação nele realizada, que impunham decisão sobre os pontos da matéria de facto impugnados diversa da recorrida;

c) A decisão que, no seu entender, deve ser proferida sobre as questões de facto impugnadas.»

No que toca à especificação dos meios probatórios, «Quando os meios probatórios como fundamento do erro na apreciação das provas tenham sido gravados, incumbe ao recorrente, sob pena de imediata rejeição do recurso na respetiva parte, indicar com exatidão as passagens da gravação em que se funda o seu recurso, sem prejuízo de poder proceder à transcrição dos excertos que considere relevantes”» (art.º 640º, n.º 2, al. a) do Código de Processo Civil).

No que respeita à observância dos requisitos constantes deste preceito legal,

após posições divergentes na nossa jurisprudência, o Supremo Tribunal de Justiça tem vindo a pronunciar-se no sentido de que “(...) enquanto a especificação dos concretos pontos de facto deve constar das conclusões recursórias, já não se afigura que a especificação dos meios de prova nem, muito menos, a indicação das passagens das gravações devam constar da síntese conclusiva, bastando que figurem no corpo das alegações, posto que estas não têm por função delimitar o objeto do recurso nessa parte, constituindo antes elementos de apoio à argumentação probatória.”^[1]

Assim, o que verdadeiramente importa ao exercício do ónus de impugnação em sede de matéria de facto é que as alegações, na sua globalidade, e as conclusões, contenham todos os requisitos que constam do art.º 640º do Código de Processo Civil.

A saber:

- A concretização dos pontos de facto incorretamente julgados;
- A especificação dos meios probatórios que no entender do Recorrente imponham uma solução diversa;
- E a decisão alternativa que é pretendida.

Nestes termos deste preceito resultam dois ónus principais e um secundário, consistente os primeiros na indicação concreta da matéria de facto impugnada, dos meios de prova que sustentam decisão diversa e da decisão que deveria ter sido tomada; o segundo, “na indicação exacta das passagens relevantes dos depoimentos gravados - art. 640.º, n.º 2, al. a), do CPC”^[2].

Descendo ao caso vertente, dir-se-á, relativamente à impugnação do facto provado com o n.º 4, ser evidente que o recurso cumpre os supra mencionados ónus, indicando não só o mencionado ponto da matéria de facto impugnado, como também a redação que, em alternativa, lhe deverá ser dada, mencionando ainda o concreto meio de prova que impõe a alteração que a recorrente preconiza, pelo que nada impede a sua apreciação.

Vejamos, então.

No identificado ponto 4 dos factos provados escreveu-se que o Banco 2... é o tomador do seguro, enquanto se identifica o mencionado BB apenas como sendo a “pessoa segura”.

No fundo, pretende a recorrente que existe um erro sobre a qualidade assumida pelo banco mutuante no contrato de seguro celebrado entre as partes, já que não foi esta instituição a tomadora do seguro - mas antes o mencionado BB (que cumula essa qualidade com a de pessoa segura) - sendo apenas a beneficiário irrevogável do seguro.

Na motivação da decisão da matéria de facto, a Mmª Juiz *a quo* escreveu: “No

que respeita aos factos relativos à subscrição do contrato de crédito e do documento de adesão a seguro de vida por BB, nele intervindo a Ré como companhia de seguro e o B... como banco mutuante e tomador do seguro, estes factos encontram-se admitidos por acordo nos articulados e comprovados pelos documentos juntos com a contestação e juntos aos autos em requerimento do Banco, de 12/3/2024.”

Acontece que de acordo com a proposta de seguro junta com a contestação, quem subscreve o contrato na qualidade de tomador (e segurado), assumindo a obrigação de pagamento do respetivo prémio, é o mencionado contrato é o aludido BB, sendo o banco mutuante ali identificado como beneficiário (irrevogável) do seguro.

Determina-se, assim, a alteração da redação do ponto 4 dos factos provados para a seguinte:

No dia 9/1/2019, foi ainda subscrito pelo falecido BB, enquanto tomador do seguro e pessoa segura, e pela Ré A..., SA, como seguradora, escrito particular epigrafado: “Proposta de Seguro - Banco 2... Protecção Crédito”, a que foi atribuído a apólice n.º ...50, de acordo com o qual, na eventualidade da verificação do evento “morte” ou “invalidade absoluta e definitiva” da pessoa segura, a seguradora pagaria ao Banco 2... o capital seguro;

No que concerne al. b) dos factos não provados - objeto de impugnação pela recorrente - o tribunal indicou como base da sua convicção, o seguinte: *No que respeita aos factos inscritos em b), não foi declarado pela testemunha FF que tenha entregue o contrato de seguro ao segurado. Com efeito, o contrato de seguro junto a estes autos pela Ré, na contestação não se encontra assinado, nem rubricado pelo segurado, em qualquer das suas folhas, razão pela qual, atenta a sua extensão (9 páginas em letra pequena) foi julgado não provada a sua comunicação ao segurado.*

No caso dos autos, a causa de pedir subjacente à pretensão da autora é um contrato de seguro do ramo vida a que o mencionado BB terá aderido, mediante a subscrição do formulário de adesão, ao qual se aplicava, à data desta subscrição o disposto no D.L. 72/2008 de 16 de abril (Regime Jurídico do Contrato de Seguro, doravante designado RJCS)

O referido Decreto-Lei (retificado pelas Declarações de Retificação nºs 32-A/2008 de 13/06 e 39/2008 de 23/07) entrou em vigor em 01/01/09, revogando expressamente entre outras normas os artºs 425 a 462 do Código Comercial e os artºs 1 a 5 e 8 a 25 do DL. 176/95 de 26/07.

No que se reporta ao dever de informação nos contratos de seguro de vida, resulta do disposto no art.º 185º o dever de prestação pela seguradora de um

conjunto de informações sobre o contrato, previstas no nº2 deste preceito e nos arts 18º a 21º.

Por sua vez, do artº 21 do RJCS decorre que:

“1 - As informações referidas nos artigos anteriores devem ser prestadas de forma clara, por escrito e em língua portuguesa, antes de o tomador do seguro se vincular.

2 - As autoridades de supervisão competentes podem fixar, por regulamento, regras quanto ao suporte das informações a prestar ao tomador do seguro.

3 - No contrato de seguro à distância, o modo de prestação de informações rege-se pela legislação sobre comercialização de contratos financeiros celebrados à distância.

4 - Nas situações previstas no n.º 2 do artigo 36.º, as informações a que se refere o n.º 1 podem ser prestadas noutra língua.

5 - A proposta de seguro deve conter uma menção comprovativa de que as informações que o segurador tem de prestar foram dadas a conhecer ao tomador do seguro antes de este se vincular.”

Relativamente à declaração inicial de risco, resulta do artº 24 nº1 que “O tomador do seguro ou o segurado está obrigado, antes da celebração do contrato, a declarar com exatidão todas as circunstâncias que conheça e razoavelmente deva ter por significativas para a apreciação do risco pelo segurador”, dispendo o n.º 4 da mesma norma que “O segurador, antes da celebração do contrato, deve esclarecer o eventual tomador do seguro ou o segurado acerca do dever referido no n.º 1, bem como do regime do seu incumprimento, sob pena de incorrer em responsabilidade civil, nos termos gerais.”

A este respeito alegou a autora, na resposta à contestação, que “ao malgrado segurado não foi comunicado/explicado, quando do preenchimento do questionário que acompanhava a proposta de seguro, o regime do incumprimento do dever de informação, tal como não foi explicado à própria autora, também ela subscritora do contrato de mútuo e que acompanhou toda a tramitação da celebração dos contratos”.

Podemos assim dizer que a violação do dever de informação que aqui é imputada à Ré é a prevista no n.º 4 do artº 24, nº4 cuja consequência é a obrigação de indemnizar a cargo da seguradora.

É certo que que, conforme se diz no Ac. do STJ de 15 de maio de 2024^[3], “(d)eve entender-se ser aplicável ao contrato de seguro, para além do seu regime jurídico próprio, a Lei das Cláusulas Contratuais Gerais (DL n.º 446/85, de 25 de outubro), encontrando-se a seguradora vinculada aos deveres de comunicação e de informação consagrados em tal regime.

Assim, se é à Seguradora que cabe o ónus de prova de que forneceu as

informações referentes às condições do seguro e ao dever do segurado de declarar todas as circunstâncias relevantes para a aferição do risco, será à pessoa segura/aderente que cabe o ónus de alegação dos factos integradores da violação desse dever de informação, só nesse caso se impondo o ónus de prova da prestação destas informações pelo vinculado à obrigação^[4].

Sucedo que, em momento algum a autora alegou que não tenham sido comunicadas ao tomador/segurado as condições gerais e especiais do contrato de seguro em momento prévio à subscrição da proposta de seguro, que tenha solicitado informações complementares sobre determinadas cláusulas que não lhe tenham sido satisfeitas, mas apenas que lhe não foram explicadas, aquando do preenchimento do mencionado questionário de saúde, as consequências do incumprimento do dever de informação que resultava do preenchimento daquele questionário e qual a influência desta declaração nos direitos do autor.

O conhecimento da factualidade considerada como não provada sob a al. b) - *que o BB tenha sido informado ou tido conhecimento do teor do clausulado do contrato de seguro a que respeita o questionário preenchido, descrito em 5, 6 e 7* - pressupunha assim o prévio cumprimento do ónus de alegação, a cargo da autora, da violação do correspondente dever de informação ou de comunicação.

Em lado algum, a autora alegou a facticidade referente à violação de tais deveres de comunicação e informação.

Assim sendo, o conhecimento da factualidade a que se refere a al. b) dos factos não provados integrará, antes de mais, uma nulidade da sentença por excesso de pronúncia, por se tratar de uma questão (de facto) de que não podia tomar conhecimento, nos termos da al. b), nº1 do artigo 615º do CPC, o que determina a sua eliminação do elenco dos factos não provados.

*

b) A anulabilidade do contrato de seguro por declarações inexatas de natureza dolosa feitas pelo segurado

O Tribunal recorrido, afastando a anulabilidade do contrato de seguro invocada pela ré, entendeu que, em razão do óbito da pessoa segura, a autora tem direito a exigir da ré/seguradora o pagamento do valor que liquidou ao

banco beneficiário do referido seguro após o óbito daquele, no valor de €5.264,68, acrescido de juros de mora contados desde a data de tal óbito

Recordemos que a ré se opôs a esta pretensão invocando em juízo que o dito tomador/segurado prestou falsas declarações quando subscreveu o contrato de seguro, mais concretamente ao preencher o questionário de saúde que então lhe foi entregue, na medida em que era portador de doença grave pré-existente, da qual não podia deixar de ter conhecimento.

A questão central posta no recurso respeita então às declarações iniciais de risco no âmbito do contrato de seguro de pessoas, cujo objeto, de acordo com o disposto no artigo 175.º, n.º 1, do RJCS, é aquele que compreende a cobertura de riscos relativos à vida, à saúde e à integridade física de uma pessoa ou grupo de pessoas.

Na modalidade de seguro de vida, o artigo 183.º do RJCS estabelece que o segurador cobre um risco relacionado com morte ou a sobrevivência da pessoa segura.

A questão posta no recurso, sobre os deveres pré-contratuais de informação que incumbem ao segurado, convoca para a sua apreciação a importância das declarações iniciais de risco e consequências da sua inobservância.

Dispõe o artigo 227.º, n.º 1, do Código Civil que *[q]uem negocia com outrem para conclusão de um contrato deve, tanto nos preliminares como na formação dele, proceder segundo as regras da boa fé, sob pena de responder pelos danos que culposamente causar à outra parte.*

De tal preceito extrai-se que a boa-fé constitui um pilar basilar sobre o qual assenta a ordem jurídica portuguesa, conferindo segurança ao comércio jurídico na mesma medida que confere confiança aos particulares que iniciam qualquer processo negocial.

Tal princípio da boa-fé, evidenciado em vários preceitos do Regime Jurídico do Contrato de Seguro, é particularmente relevante para a presente decisão, considerando o seu objeto.

Dispõe também o art.º 24º ,1 do RJCS que: *"o tomador do seguro ou o segurado está obrigado, antes da celebração do contrato, a declarar com exatidão todas as circunstâncias que conheça e razoavelmente deva ter por significativas para a apreciação do risco pelo segurador"*.

É, assim, entendimento pacífico que, no caso de um seguro de vida, exige-se ao tomador ou ao segurado que manifestem as circunstâncias relativas à saúde do segurado que conhecem no momento da declaração, o que, para a seguradora, tendo em conta a avaliação dos riscos que vai assumir é, em princípio, relevante ou para a decisão de contratar ou para a definição concreta do conteúdo do contrato.

E de acordo com o art.º 25º,1 do RJCS, em caso de incumprimento doloso do dever referido no nº 1 do artigo anterior, o contrato é anulável mediante declaração enviada pelo segurador ao tomador do seguro, relevando para este efeito, as mais das vezes, o questionário/formulário de saúde preenchido acerca da situação do proponente do seguro.

Se é verdade que no regime que vigora entre nós não existe obrigatoriedade de apresentação de um questionário por parte da seguradora, não é menos certo que os questionários predominam nos seguros de pessoas, considerando-se nessa conformidade que sendo um questionário respondido com seriedade e de boa fé, nada mais haverá, em princípio, a acrescentar.

Como se diz no Acórdão do Supremo Tribunal da Justiça, de 19.06.2019^[5] “*[o] elemento decisivo para a celebração do contrato é o questionário apresentado ao segurado, na medida em que se presume não serem aí feitas perguntas inúteis e, através dele, é o próprio segurador que indica ao tomador quais as circunstâncias que julga terem influência no contrato (...) [a]s respostas ao questionário são o repositório das declarações de risco da pessoa segura em que a seguradora deve confiar e em função das quais aceita o não o contrato e fixa as respectivas condições, não se concebendo a formulação de perguntas inúteis ou irrelevantes”*

Com o Regime Jurídico do Contrato de Seguro passou a estabelecer-se a distinção entre as atuações *dolosas* e meramente *negligentes*, podendo no primeiro caso a seguradora arguir a anulabilidade do contrato, enquanto que nas condutas *negligentes* a consequência se traduz, em regra, na exigência da redução proporcional da sua responsabilidade. Os arts. 25.º e 26.º do mencionado Diploma que fazem a destriça das situações de omissões ou inexatidões dolosas das omissões ou inexatidões negligentes.

A «inexatidão» corresponde ao vício da declaração que é falsa, desconforme à verdade, à realidade objetiva conhecida. A «omissão» é o vício da declaração que silencia uma circunstância relevante, não a revelando total ou parcialmente^[6].

Em caso de incumprimento doloso do dever de declaração inicial do risco, o contrato é anulável mediante declaração enviada pelo segurador ao tomador do seguro (artigo 25.º, n.º1 do RJCS).

Vem-se entendendo que o dolo aqui mencionado será aquele a que se reporta o n.º 1 do art.º 253º do Código Civil e não o dolo modalidade da culpa – o art.º 25 regulará uma *anulabilidade por erro qualificado por dolo*. Consoante explica Pedro Romano Martinez^[7], neste sentido o erro causado por dolo contrapõe-se ao erro negocial simples sendo que no que respeita àquele nada obsta a que possa haver uma situação de dolo em que o agente agiu conscientemente de modo incorreto, induzindo ou mantendo em erro a contraparte, sem pretender retirar uma vantagem.

O dolo do tomador ou segurado terá de ser causa do erro, sendo o contrato anulável se a decisão do errante/segurador de se vincular se tiver devido, de modo juridicamente relevante, ao seu erro (essencialidade do erro). O ónus da prova da essencialidade compete ao segurador (art.º 342 do Código Civil)

Contrapõe-se ao erro simples, ou seja, aos casos em que a declaração negocial se formou «com algum desvio em relação ao que se queria dizer por ter assentado em pressupostos ou informações insuficientes ou incorretas, mas sem que tenha havido intenção do declarante de provocar tal situação», nos termos dos artigos 247.º, 251.º e 252.º do Código Civil.

Assim, para que se possa afirmar que o contrato se encontra viciado por erro devido a dolo, por aplicação subsidiária do artigo 254.º, n.º 1, do Código Civil, é necessário o preenchimento de dois requisitos: a causalidade entre o dolo e o erro e a essencialidade do erro para o negócio celebrado.

No que respeita ao primeiro requisito – causalidade entre o dolo e o erro – exige-se que o dolo do tomador seja causa do erro do segurador.

Não o sendo, é aplicável o regime do erro simples, o qual não afeta a validade do contrato.

Por sua vez, o requisito da essencialidade do erro quer significar que o contrato só é anulável se a decisão do segurador de se vincular se tiver devido, de modo juridicamente relevante, ao erro. Com efeito, o erro revela-se essencial quando a vontade hipotética do errante, se não estivesse em erro, teria sido a de não celebrar aquele negócio jurídico ou de o não celebrar nos moldes em que o fez.

Como se escreve no sumário do Acórdão do Tribunal da Relação do Porto de 15.11.2018^[8], “ para anular o contrato, o segurador terá de demonstrar que o dolo o conduziu ao erro e que, se conhecesse o erro, não teria celebrado o contrato, ou seja, terá de demonstrar a essencialidade do erro”.

No caso vertente, a posição da ré/seguradora é a de que, tendo o tomador de seguro, aquando do preenchimento do questionário de saúde contemporâneo da celebração do contrato de seguro, prestado falsas declarações, o contrato de seguro é anulável.

Anulabilidade por ela invocada, a título de exceção, na sua contestação.

Note-se que a “expressão contida no artigo 25º nº 1 do RJCS no sentido de que *“o contrato é anulável mediante declaração enviada pelo segurador ao tomador do seguro”, apenas significa que é dispensado o recurso a juízo para operar esse efeito em relação ao contrato. O sentido normativo que resulta da letra do nº 1 daquele artigo 25º é o de que a anulabilidade do contrato pode fazer-se por declaração à outra parte”*^[9].

No caso, mostra-se provado que, objetivamente, as declarações prestadas pelo tomador do seguro não correspondiam à verdade, considerando que era seropositivo para o HIV, com seguimento desde 2004, em consulta de imunodeficiência do CHUC e que respondeu negativamente à questão se sofre ou já sofreu de: “tuberculose, hepatite (B, C, ou outras), meningite, malária, HIV/SIDA, sífilis”, expressamente mencionada no referido formulário.

Não podemos olvidar, por um lado, que estão em causa factos pessoais do declarante, que este não podia ignorar, e por outro lado, que qualquer pessoa normalmente diligente e cuidadosa, não podia deixar de ter consciência da sua relevância para determinação do risco a cobrir/transferir, sobretudo considerando a gravidade da patologia que então o afetava e o facto - considerado como provado - de lhe ter sido explicado, pela funcionária bancária, que caso faltasse à verdade (na resposta às questões colocadas no questionário de saúde), o contrato de seguro poderia ser anulado

Assim, ao responder negativamente, quando expressamente lhe foi perguntado se padecia de ou tinha padecido de HIV, privou a contraparte de informação relevante, que só por seu intermedio poderia chegar ao conhecimento desta, pelo que entendemos suficientemente demonstrada pelo menos a consciência “de induzir ou manter em erro” a aqui recorrente.

Como se refere no Acórdão desta Relação de 23/04/2024^[10], *o artifício está na elaboração das respostas, nitidamente omissivas, quanto a factos pessoais e manifestamente relevantes, tal como oferecidas ao questionário médico, bastando, em acréscimo, a dita consciência de induzir ou manter em erro (com dispensa da intenção de prejudicar ou dolus malus).*

Face ao exposto, não nos oferecem dúvidas de que a ré logrou provar, como era seu ónus (art.º 342.º, n.º 2, do Código Civil), que o referido tomador do seguro lhe prestou declarações inexatas, omitindo uma patologia relevante aquando da proposta de celebração do seguro de vida que apresentou à seguradora, fazendo-o com dolo.

Ademais, resultou provado que se a ré tivesse conhecimento, à data da subscrição da apólice em apreço, da verdadeira situação clínica do tomador do seguro, a contratação do referido seguro não se teria sequer concretizado [facto n.º 14) se, momento da adesão, a patologia descrita em 12. fosse conhecida pela Ré, esta não teria aceite a proposta de seguro].

Ora, do exposto, resulta que não só se encontra preenchido o requisito da causalidade entre o dolo e o erro – na medida em que foi o dolo do tomador do seguro, consubstanciado nas falsas declarações prestadas em sede de questionário de saúde, a causa do erro comercial da seguradora - como também o requisito da essencialidade do erro.

*

É verdade que, como já referimos, a autora, na resposta à contestação, vem imputar a violação dos deveres pré-contratuais de informação que impendem sobre a ré, na qualidade de seguradora, mais concretamente aquele que resulta do art, 24º, n.º 4 da Lei do Contrato de seguro, alegando que que “*não foi comunicado/explicado ao tomador do seguro, nem à própria autora, quando do preenchimento do questionário que acompanhava a proposta de seguro, o regime do incumprimento do dever de informação*”.

Contudo, ficou demonstrado que o dito “*Questionário Clínico*”, composto por duas folhas, foi subscrito pelo punho de BB, e nele pode ler-se: “*Declaro que respondi completamente e com toda a veracidade às perguntas formuladas anteriormente e tomei conhecimento de que qualquer declaração incompleta ou menos verdadeira poderá ter como consequência a nulidade do seguro*”, o que não deixa de constituir uma declaração confessória, desfavorável ao

recorrente e prestada à entidade que emite a proposta, a aqui recorrente, tal como resulta expressamente do disposto no artº 376º do Código Civil.

Por outro lado, como refere o acórdão do STJ de 27/03/2014^[11], “[n]estas circunstâncias – apesar de não provado que o segurado preencheu pelo seu próprio punho o referido questionário - a assinatura do documento tem de significar e fazer presumir o conhecimento e a aprovação do seu conteúdo e a assunção da paternidade do documento pelo assinante/ subscritor”.

Ocorre que não só não foi feita a prova de que não foi prestada a mencionada informação, que corresponde no essencial ao disposto no n.º 4 do art.º 24 do RJCS, como ficou até demonstrado que o mesmo documento foi integralmente lido pela funcionária do Banco 2..., que preencheu o questionário conforme as respostas de BB - que respondeu que não a todas as perguntas do questionário - e explicou a BB que caso faltasse à verdade, o contrato de seguro poderia ser anulado, após o que BB rubricou com o seu punho a 1.ª folha e assinou a 2.ª e última folha.

De todo o modo, sempre se dirá – ao contrário do sustentado na sentença recorrida, como fundamento para a improcedência de exceção de anulabilidade invocada pela ré - que não está em causa a invocação pela ré de uma qualquer cláusula contratual de que preveja a exclusão da sua responsabilidade enquanto seguradora em caso de resposta inverídica ou incompleta sobre as circunstâncias relevantes para a apreciação do risco, mas antes do regime legal que resulta do citado art.º 25º do Regime Jurídico do Contrato de Seguro.

Assim, a eventual violação do dever de informação a cargo da ré não impediria a anulabilidade do contrato de seguro (como se defendeu na sentença recorrida), podendo somente fazer incorrer a seguradora, ora recorrente, em responsabilidade civil, nos termos gerais, nos termos do n.º 4 do art.º 24º da referida norma.

Resta, assim, concluir pela verificação do circunstancialismo previsto no artigo 25º nº 1 do RJCS, ou seja, pela anulabilidade do contrato de seguro em causa, com base no carácter doloso das declarações inexatas feitas pelo segurado.

Perante tal conclusão, fica prejudicado, por inútil a apreciação da invocada questão da condenação *ultra petitum* quanto a juros de mora.

Sumário (ao abrigo do disposto no art.º 663º, n.º 7 do CPC):
(...).

*

VI Decisão

Nestes termos, acordam os Juízes desta Relação em julgar a apelação procedente e, em consequência, revogar a sentença recorrida, substituindo-a por outra que julga a ação improcedente e absolve a ré dos pedidos contra ela formulados.

Mais se condena a recorrida nas custas do recurso e da ação.

Coimbra, 8 de abril de 2025

Assinado eletronicamente por:

Hugo Meireles

Francisco Costeira da Rocha

Luís Miguel Carvalho Ricardo

(O presente acórdão segue na sua redação as regras do novo acordo ortográfico, com exceção das citações/transcrições efetuadas que não o sigam)

[1] Assim, o Acórdão do Supremo Tribunal de Justiça de 19-02-2015, processo 299/05.6TBMGD.P2.S1, (Relator Tomé Gomes), in www.dgsi.pt.

[2] Ac. do STJ de 16/12/20, processo nº 8640/18.5YIPRT.C1.S1 (Relator Bernardo Domingos), disponível in www.dgsi.pt.

[3] Processo n.º 61/22.1T8CPV.P1.S1 (Relatora Maria Clara Sottomayor), in www.dgsi.pt.

[4] Cf. entre outros, o Ac. deste Relação de 14/01/2025, processo 2390/23.8T8LRA.C1 (Relatora Cristina Neves) e o Ac da Relação do Porto de 29.6.2023 (proferido no Proc. Nº 12734/21.1T8PRT.P1), ambos publicados em www.dgsi.pt,-“

[5] Processo n.º 4702/15.9T8MTS.P1.S1 (relatado por Ilídio Martins), in www.dgsi.pt

[6] Cf. o Acórdão da Relação de Guimarães de 4/11/2021, processo n.º 4017/18.0T8GMR.G1 (Relatora Conceição Sampaio), in www.dgsi.pt.

[7] Lei do Contrato de Seguro Anotada, Almedina, 2016, 3ª edição, pag. 153-156.

[8] p. 12886/16.2T8PRT.P1, in www.dgsi.pt

[9] Cf. Ac. do STJ de 19/06/2019, já citado

[10] Processo n.º 3576/18.2T8CBR.C2 (Relator Vítor Martins), in www.dgsi.pt

[11] Processo 2971/12.5TBBERG.G1.S (Relator Lopes do Rego), in www.dgsi.pt,