

Revista STJ:2023:2224.14.4TBSTS.P1.S1.DD (Versión en portugués)**Antecedentes do processo**

Em 1999, um casal pediu um empréstimo bancário para adquirir um imóvel. Associado ao empréstimo, subscreveram um seguro de vida que cobria o risco de invalidez total do segurado. Para o efeito, assinaram um questionário, sem que ninguém lhes explicasse as cláusulas, no qual declaravam que, nos últimos seis meses, não tinham tido qualquer alteração significativa do seu estado de saúde devido a doença ou acidente e que estavam em plena capacidade de trabalho. Em 2014, a mulher sofreu um grave agravamento do seu estado de saúde e foi declarada incapacitada permanentemente, facto que foi comunicado à seguradora que declinou qualquer responsabilidade e resolveu o contrato, argumentando que a cobertura excluía situações clínicas decorrentes de condições médicas pré-existentes. A mulher intentou uma ação judicial contra este facto, que foi julgada improcedente em primeira instância. Inconformada, recorreu e o Tribunal anulou a decisão e condenou a seguradora a pagar o saldo em dívida ao banco, bem como o reembolso das prestações de amortização, juros e indemnização por danos morais à autora. A seguradora interpôs então recurso de revista.

Desenvolvimento do acórdão

O Supremo Tribunal de Justiça analisou se as declarações sobre o estado de saúde da recorrente eram falsas e incompletas e, consequentemente, se o contrato de adesão era nulo e sem efeito. A este respeito, o Tribunal observou que a parte contratante sofria de várias doenças antes da celebração do contrato, mas que a recorrente exercia a sua profissão há vários anos, pelo que a declaração que assinou sobre a sua plena capacidade de trabalho não era falsa. Além disso, a declaração relativa ao seu estado de saúde não era incompleta, uma vez que nem a seguradora nem o banco lhe pediram informações médicas para a celebração do contrato, não existindo qualquer obrigação de fornecer informações complementares à declaração que assinou.

Por outro lado, o Tribunal examinou a obrigação de o banco e a seguradora comunicarem as cláusulas de exclusão da cobertura do seguro. A este respeito, sublinhou a obrigação regulamentar de informar as partes contratantes do seguro de grupo sobre as coberturas e exclusões aplicáveis para a compreensão efectiva do contrato. Por outro lado, o quadro regional europeu aplicável estabelece que qualquer cláusula de exclusão de cobertura que não tenha sido expressamente comunicada à parte contratante é abusiva e contrária ao princípio da boa fé contratual. Assim, face à omissão de comunicação da cláusula de exclusão de responsabilidade à parte contratante, a mesma encontra-se excluída e, consequentemente, a invalidez total e permanente do requerente encontra-se coberta pelo seguro contratado.

Decisões

O Supremo Tribunal de Portugal negou provimento ao recurso, confirmou o acórdão recorrido e condenou a instituição recorrente nas despesas.

Revista STJ:2023:2224.14.4TBSTS.P1.S1.DD (Versión en español)**Antecedentes del caso**

En 1999, un matrimonio solicitó un préstamo bancario para adquirir un inmueble. Asociado al préstamo, contrataron un seguro de vida que cubría el riesgo de invalidez total de los asegurados. Para ello, firmaron un cuestionario, sin que nadie les explicara las cláusulas, en donde declararon que en los últimos seis meses no habían tenido ningún cambio significativo en su estado de salud debido a enfermedad o accidente, además de que se encontraban en plena capacidad laboral. En 2014, la esposa sufrió un grave deterioro en su salud y fue declarada con una incapacidad permanente, la cual fue comunicada a la aseguradora quien declinó toda responsabilidad y rescindió el contrato, pues argumentó que la cobertura excluye situaciones clínicas derivadas de condiciones médicas preexistentes. En contra, la mujer interpuso una demanda y en primera instancia fue desestimada. Inconforme, interpuso recurso de apelación y el Tribunal revocó la resolución y ordenó a la aseguradora el pago del saldo pendiente al banco, así como el reembolso de las cuotas de amortización, intereses e indemnización por daño moral a la accionante. Entonces, la aseguradora interpuso recurso de revisión.

Desarrollo de la sentencia

El Supremo Tribunal de Justicia analizó si las declaraciones sobre el estado de salud de la solicitante fueron falsas e incompletas y, consecuentemente, si el contrato de adhesión es nulo. Al respecto, el Tribunal advirtió que la contratante padecía diversas enfermedades previo a la celebración del contrato, sin embargo, la solicitante ejerció su profesión durante varios años, por lo tanto, la declaración que firmó respecto de su plena capacidad laboral no fue falsa. Asimismo, la declaración sobre su estado no fue incompleta, pues ni la aseguradora ni el banco le solicitaron información médica para la celebración del contrato, además, no existe obligación de suministrar información adicional a la declaración que firmó.

Por otra parte, el Tribunal examinó la obligación del banco y la aseguradora de comunicar las cláusulas excluyentes de cobertura del seguro. En ese sentido, enfatizó en la obligación normativa de informar a los contratantes de seguros colectivos sobre las coberturas y exclusiones aplicables para la comprensión efectiva del acuerdo. También, el marco regional europeo aplicable establece que cualquier cláusula de exclusión de cobertura que no haya sido expresamente comunicada al contratante resulta abusiva y contraria al principio de buena fe contractual. Por lo anterior, ante la omisión de comunicar a la contratante la cláusula de exclusión de responsabilidad, queda excluida y, en consecuencia, la incapacidad total y permanente de la solicitante queda cubierta por el seguro contratado.

Resolutivos

El Supremo Tribunal de Justicia de Portugal desestimó el recurso de casación, confirmó la sentencia recurrida y condenó al pago de costas a la institución recurrente.