



OREY DA CUNHA  
ADVOGADOS

**RELATÓRIO DA ACTIVIDADE DO**  
**PROVEDOR DO CLIENTE DA**  
**GNB - COMPANHIA DE SEGUROS VIDA, S.A.**

**A - Reclamação de**

1 - Por carta de 10 de Janeiro de 2017 foi o signatário abordado pelo Sr. .  
 , em representação de sua esposa  
referindo em síntese

- Serem titulares da Apólice seguro vida associado ao crédito à habitação.
- Ter feito participação do sinistro por invalidez da sua esposa em
- Não tendo obtido resposta da seguradora “na devida altura” apresentou reclamação na ASF e interpelou novamente a seguradora, nomeadamente por carta de 5 de Janeiro de 2017.
- A carta que entendeu ser de resposta, foi, segundo diz, totalmente desadequada à situação que expusera: (I) refere-se a um outro segurado; (II) fee terá sido submetido a uma consulta (sendo que a esposa do reclamante não o tinha sido, fazendo referência a uma incapacidade de 85%, quando a esposa do reclamante tinha uma incapacidade de 89%.
- Mais refere a necessidade em a sinistrada recorrer à assistência de terceira pessoa, não conseguir andar de transportes públicos, só o podendo fazer em transportes particulares com muita ajuda, tudo devido a uma doença grave do foro ortopédico (dificuldade em se vestir, calçar, levantar-se, subir escadas...), sendo também de realçar que sofre também do foro neurológico SPI (Síndrome de Pernas Inquietas).
- Termina requerendo a intervenção do Provedor.



- Juntou cópia da Participação datada de 9/5/2016 e do Atestado Médico Multiuso emitido em 3/5/2016, que revela o grau de incapacidade de 0,890 de 3/5/2016, Atestado Médico emitido pelo Centro de Saúde do Montijo, Extensão USF Alfonsoeiro de 5/9/2016, Declaração da Segurança Social de 2/1/2017, comprovativa da qualidade de pensionista, cópia da sua carta de 5/12/2016 dirigida à Seguradora, cópia da carta da Seguradora dirigida à sinistrada de 29/11/2016 e uma fotocópia do texto do artº 1º das Condições Especiais do Seguro Crédito à Habitação Tranquilidade.

2 - O signatário respondeu ao Reclamante em 13/1/2017 dizendo estar impedido de dar seguimento ao assunto sem que se demonstrasse ter sido requerida a actuação do Sistema de Gestão de Reclamações da GNB - Seguros Vida.

3 - Nessa mesma data o signatário informou a Seguradora do teor da Reclamação e da resposta que fez seguir.

4 - A Seguradora respondeu, dizendo que se tratava de um assunto TVIDA, pelo que iria remeter a questão para o Provedor da TVIDA, Sr. Dr. Teles de Matos.

5 - Tratando-se, pois, de assunto que dizia respeito à Companhia de Seguros TVIDA (Tranquilidade) o signatário remeteu a questão para o respectivo Provedor.

6 - Respondeu o Reclamante referindo que na verdade fora com a Tranquilidade que celebrara o contrato e fizera a participação do sinistro, e que não obteve resposta, apenas indicações, inclusive da ASF, de que aquela apólice migrara para o Novo Banco.

7 - Finalmente, o Gabinete de Atendimento de Reclamações da GNB - Seguros de Vida comunicou ter reiterado o pedido de resposta ao reclamante ao Provedor da TVIDA, Dr. Teles de Matos, informação que foi pelo signatário transmitida ao Sr.

B - . . . , em 19 de Dezembro de 2016, comunicou ao signatário que abrira uma conta no Novo Banco a fim de receber o complemento da pensão de sobrevivência a que tinha direito por óbito de seu marido, tendo-se depois



apercebido que a C.G.D. lhe estava a cobrar 5,15€ por mês, invocando que se tratava de transferência de pensão.

- Em 6/2/2017 explicitou que, sendo titular da Ap.

invocava a responsabilidade da GNB – Seguros de Vida por erro na efectivação da transferência. Foi no entanto informada que até Janeiro de 2016, inclusive, a transferência fora efectuada com o Código 11 – Pensões Nacionais, tendo, daí em diante, sido processada com o Código 12 – Transferências.

- Posteriormente, o signatário, obtidos os esclarecimentos por parte da GNB – Companhia de Seguros Vida, S.A., informou a Reclamante que o BCE implementara um modelo de transferências bancárias denominado SEPA; e que desse modelo, tornado obrigatório, os processamentos em causa deixaram de ser efectuados como uma transferência. A comissão cobrada pela C.G.D. é assunto que não diz respeito à GNB – Companhia de Seguros Vida.

- Finalmente, em 24/2/2017, no decurso de um telefonema feito pela Reclamante, o signatário declinou dar mais explicações por não ser advogado do Novo Banco.

C – Em 13 de Fevereiro de 2017, o signatário foi interpelado por

, que comunicou em síntese que falecera o seu marido, F  
em 16/5/2016; e que em 23 desse mês comunicara ao Novo banco / GNB - Seguros Vida, o falecimento através da respectiva certidão de óbito. Referia-se às Apólices e Solicitou informação clínica ao Hospital Santa Maria, que a forneceu sem atrasos de maior. Reclamava, por virtude da delonga no atraso da apreciação e resolução do processo de sinistro.

- A fim de poder exercer as suas atribuições, o signatário solicitou os elementos respeitantes à identificação da Reclamante e cópia da correspondência trocada com o Serviço de Gestão de Reclamações da GNB – Seguros de Vida e informação sobre se fora requerida a intervenção da ASF, e, caso afirmativo, qual o resultado.

- Tendo dado início ao processo, foram prestadas pelo Gabinete de Atendimento de Gestão de Reclamações, as informações solicitadas, após o que o signatário emitiu o seu Parecer, que se junta e que foi enviado à Reclamante e à Seguradora.



D - Em 27 de Abril de 2017 foi o signatário interpelado por  
[redacted], como herdeira de seu Pai, [redacted] e de sua Mãe,  
[redacted], alegando que tinha tido conhecimento de que os seus  
Pais tinham um seguro de vida com cobertura de riscos e/ou poupança à data da  
sua morte. Pedia informações sobre o que seria necessário fazer para o resgate.

Respondi encaminhando-a para os Serviços da Companhia.

E - [redacted] interpelou o signatário em 26/7/2017 alegando problemas com o  
seguro de saúde.

Respondi dizendo não ser Provedor do Cliente do Novo Banco; e que qualquer  
reclamação dirigida ao Provedor deveria ser previamente apresentada à  
Seguradora.

F - Em 22 de Abril de 2017 o signatário foi contactado por  
protestando por não lhe ter sido tempestivamente enviada a declaração de IRS  
de 2016, referente a um contrato alegadamente celebrado com a GNB - Seguros  
de Vida.

Contactada a Seguradora foi esclarecido que só fora identificada no indicado  
nome, a Apólice NB PPR TAXA A GARANTIDA nº [redacted], subscrita em  
9/10/2014 através do Novo Banco, pelo que deveria haver algum equívoco  
quando são solicitadas "Declarações de Englobamento" de anos anteriores à  
subscrição, nomeadamente 2012 e 2013.

Quanto ao ano de 2014 não poderia ter sido enviado qualquer documento, uma  
vez que não fora efectuado qualquer resgate nem, evidentemente, qualquer  
retenção fiscal sobre os rendimentos, pelo que não existia qualquer valor  
passível de englobamento. Foram, no entanto, enviadas as declarações para  
efeitos fiscais respeitantes a 2014 e 2015 e os extractos anuais com informação  
sobre as entregas efectuadas e rendimentos gerados no contrato de seguro, nos  
anos de 2014 e 2015.



Não foi enviada qualquer documentação em relação ao ano de 2016 uma vez que a Apólice fora anulada por Resgate Total em 4 de Outubro desse ano.

Também foi esclarecido pela Seguradora que havia sido facultada em 2/5/2017 resposta a reclamação semelhante de 28/4/2017, informando o segurado que não teria direito à emissão da Declaração de IRS/2016 (apesar de ter efectuado entregas mensais em 2016) porque a Apólice nº \_\_\_\_\_ fora anulada por reembolso total em 4/10/2016.

G - 1 \_\_\_\_\_, na sequência de conversa telefónica, enviou ao signatário um e-mail mediante o qual relatou que seu filho falecera com 27 anos de idade em 8 de Agosto de 2016 no Hospital Fernando da Fonseca. Esse seu filho tinha subscrito dois seguros de vida através do Novo Banco.

Refere ter solicitado à sua Advogada, \_\_\_\_\_ que accionasse os mecanismos necessários para o pagamentos dos referidos seguros de vida; refere que o relatório da autópsia foi enviado em Fevereiro de 2016 e que a Seguradora informara que o assunto estava em análise e bem assim que a reclamante iria receber uma carta registada com aviso de recepção.

Não a tendo recebido, contactou a ASF a fim de agilizar o processo, tendo recebido em 4/7/2017 a resposta, no sentido de que a Seguradora havia informado haver três apólices de seguros de vida em que o segurado era Dário Alexandre Diniz Pestana, todas elas anuladas a pedido do segurado, duas delas em Maio de 2016 e uma terceira em 17 de Setembro de 2009, sendo que a Seguradora informara também não existir qualquer sinistro na GNB - Companhia de Seguros Vida, respeitante a \_\_\_\_\_ para análise.

O signatário comunicou à reclamante, a quem solicitou a evidência do pedido de sinistro e a cópia do pedido do relatório da autópsia, o teor da informação da Seguradora.

\_\_\_\_\_ enviou o Relatório e informou que a sua Advogada é que teria o outro documento.



No entanto, em contacto posterior (10/7/2017), veio questionar a razão pela qual, tendo o seguro o período de validade de 30 de Abril a 30 de Maio de 2016, e o seguro sido cancelado em 10 de Maio, não foi restituído o correspondente a 20 dias.

Mais manifestou estranheza pelo facto de só então ter sido apresentado o comprovativo do cancelamento de um seguro.

O signatário enviou à Seguradora o Relatório da Autópsia e a Resposta da Reclamante.

Em seguida, por e-mail de 28 de Julho de 2017, transmitiu à reclamante que entendia estar o assunto esclarecido pela Seguradora com o e-mail que este lhe dirigira de 14 de Julho enviado pelo signatário em 17 desse mês: "?????????"

Não emiti, sobre este assunto, qualquer parecer.

H - interpelou o signatário por carta de 11/10/2017, informando que duvidava da veracidade das informações que recebera da GNB.

O assunto, a pedido do signatário, foi esclarecido pela Seguradora através de e-mail cujo teor foi transmitido à Reclamante por carta registada de 16/10/2017, ficando o assunto encerrado.

Com efeito, segundo a Seguradora, tinha ficado a Reclamante de enviar uma carta devidamente assinada pela própria, conforme documento de identificação e indicação do IBAN da conta a creditar. Faltava essa carta para liquidação final.

#### I - Reclamação dos Herdeiros de

Por carta da Sra. D. datada de 12/6/2017, foi o signatário interpelado para, junto da GNB - Seguros de Vida, diligenciar pela correcção dos montantes pagos aos herdeiros supra referidos, no âmbito das Apólices - NP PPR Investimento 2009 e - PPR Super Garantia 2010 - 1ª Série.



A questão já fora esclarecida pela Seguradora, embora, por lapso, tivesse ocorrido erro no endereço eletrónico da reclamante.

J - Reclamação de

Por carta de 6/6/2017, foi apresentada Reclamação pela referenciada por não se conformar com a decisão da Seguradora em declinar a responsabilidade relativamente à incapacidade permanente ao não activar a cobertura prevista na Apólice:

Ouvida a Seguradora, prestados os esclarecimentos que se impunham e examinada a documentação que foi carreada, foi elaborado parecer mediante o qual se concluiu não se terem objectivamente verificado os requisitos que obrigam a Seguradora a activar o seguro na modalidade de invalidez permanente; nem o grau de invalidez demonstrado, embora obviamente elevado, atinge o exigido contratualmente, nem se demonstra que a segurada padece de qualquer das doenças associadas à incapacidade.

Tal parecer que se junta foi enviado à Reclamante e à Seguradora.

Junta: Dois Pareceres

Lisboa, 31 de Janeiro de 2018

(António d'Orey da Cunha)



OREY DA CUNHA  
ADVOGADOS

**Assunto: Apreciação da Reclamação apresentada ao Provedor do Cliente da GNB - Companhia de Seguros Vida, por**

**RELATÓRIO**

1 - Por carta datada de 6/6/2017 - recebida no escritório do signatário, por reexpedição devido à alteração do seu domicílio profissional, em 12/6/2017 - foi apresentada Reclamação pela tomadora do seguro, por não se conformar com a decisão da Companhia em declinar responsabilidade relativamente à incapacidade permanente, ao não activar a cobertura prevista na Apólice

Alegou, em síntese, ser beneficiária do seguro, cuja activação solicitou por ser portadora de uma incapacidade permanente com elevado grau de invalidez; e que a documentação carreada para o processo, era demonstrativa de ser portadora de uma incapacidade permanente e de ser reformada por invalidez. Juntou documentos clínicos que evidenciavam a sua incapacidade permanente, com necessidades especiais de acompanhamento de terceiros e que se encontrava a ser seguida na consulta de ortopedia desde Agosto de 2015 no Centro Hospitalar do Montijo, pelo que entendia que se encontrava com uma incapacidade / invalidez permanente grave, em analogia com as doenças graves associadas ao contrato de seguro.

Mais alegou que a descrição constante da nota informativa sobre as condições gerais e especiais integra o seu estado de invalidez absoluta e definitiva num contexto de se encontrar cada vez mais limitada no que concerne ao facto de não conseguir "per se" desempenhar as tarefas relativas à gestão da vida quotidiana.



Diz ainda estar a providenciar no sentido de ter apoio domiciliário diário e permanente.

Refere também que se deve considerar como meramente indicativo o pressuposto enunciado de que o grau de incapacidade seja superior a 85% pelo que deveria proceder-se a uma análise casuística com ponderação de todos os outros pressupostos que integram o conceito de invalidez absoluta e definitiva e do elenco das doenças graves mencionadas na Nota Informativa sobre as condições gerais e especiais do seguro, que considera limitativas, afigurando-se que devem ter apenas carácter exemplificativo (por excluïrem outro tipo de patologias que condicionam, pela sua gravidade, um estado de invalidez absoluta e definitiva).

2 - Foi junta à Reclamação:

- a) Cópia do officio da Seguradora de 11/4/2017 que confirma não haver alteração da sua posição relativamente à anteriormente comunicada no sentido de declinar a activação da cobertura prevista na apólice em causa.
- b) Cópia do officio de 9 de Março de 2017 da Seguradora em que se explicita o conceito de Invalidez Absoluta e Definitiva e o elenco das doenças graves associadas ao contrato, e que confirma a posição da Seguradora de considerar que a invalidez de que a segurada é portadora não se enquadra no previsto nas Condições Especiais dos Seguros Complementares do Seguro.
- c) Atestado médico de incapacidade multiuso onde resulta o grau de incapacidade da reclamante de 0,80%.
- d) Informação médica de 3/10/2016.
- e) Declaração da Clínica de Saúde do Barreiro sobre acompanhamento psicológico à segurada desde Outubro de 2013.

 2



f) Informação médica de 30/8/2016, da Clínica de Saúde do Barreiro, subscrita pelo Dr. I

3 - O signatário acusou a recepção da Reclamação, enviou cópia à Seguradora e solicitou-lhe os esclarecimentos que se afigurassem procedentes.

4 - A Seguradora em resposta disponibilizou ao signatário as Condições Contratuais que fundamentaram a recusa da Seguradora e que constam da primeira página da "Nota Informativa sobre as Condições Gerais e Especiais - GNB - Seguros de Vida".

Disponibilizou também ao signatário cópia das Condições Particulares da Apólice GNB - VIDA SEGURA, documento que, juntamente com as Condições Gerais e Especiais do produto, constitui a Apólice cuja garantia principal é a morte, sendo beneficiários os seus herdeiros, e garantias complementares a invalidez absoluta e definitiva, associada a doenças graves especificadas, na referida Nota Informativa sobre as Condições Gerais e Especiais - GNB - VIDA SEGURA.

5 - Invalidez absoluta e definitiva, nos termos da Nota Informativa que integra a Apólice em causa, ocorre quando "(...) em consequência de doença ou acidente fique total e definitivamente incapaz de exercer qualquer actividade remunerada e, simultaneamente, na obrigação de recorrer à assistência permanente de uma terceira pessoa para efectuar cumulativamente os actos elementares da vida corrente e desde que apresente um grau de incapacidade igual ou superior a 85% de acordo com a "Tabela Nacional de Incapacidade por Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais" oficialmente em vigor no momento do reconhecimento da invalidez. "Entende-se por acto elementar da vida corrente:

*Handwritten signature*



- Lavar-se: significa efectuar os actos necessários à manutenção de um nível de higiene correcto;
- Alimentar-se: significa tomar as refeições preparadas e servidas à mesa;
- Vestir-se: significa vestir-se e despir-se, tomando em consideração o vestuário usado habitualmente;
- Deslocar-se no local da residência habitual.”

Refere também a Nota Informativa que “As Doenças Graves (desde que contratadas) ao abrigo do contrato, são:

- Enfarte do Miocárdio;
- Ponte aorta coronário (bypass) e cirurgia das artérias coronárias;
- Acidente vascular cerebral (AVC);
- Cancro;
- Insuficiência renal terminal;
- Transplante de órgãos.”

### **DISCUSSÃO**

Argumenta a segurada que é portadora de incapacidade permanente, evidenciando que segundo a Tabela relevante atinge o grau de 80%.

Sendo certo que o grau mínimo de incapacidade relevante para o efeito desejado é de 85%, a segurada desvaloriza esse pormenor carreando para o processo informação médica sobre dificuldades que apresenta quanto à sua autonomia





diária, sobre o acompanhamento psicológico de que carece, e ajuda no domicílio por terceiros, defendendo que existe analogia entre a situação apresentada documentalmente e as doenças graves associadas ao contrato de seguro.

Por outro lado, sustenta que embora o grau de incapacidade demonstrado não atinja o mínimo de 85%, deverá fazer-se uma análise casuística e ser ponderadas as circunstâncias concretas da sua vida e situação, já que defende que o índice de 85% é meramente indicativo.

### **PARECER**

Compreendendo-se, embora, as circunstâncias dolorosas em que comprovadamente a segurada demonstra encontrar-se, o certo é que, em termos objectivos, não se verificam os requisitos que obrigam a Seguradora a activar o seguro na modalidade de invalidez permanente. Com efeito, nem o grau de incapacidade demonstrado, embora obviamente elevado, atinge o exigido contratualmente, nem se demonstra que a segurada padece de qualquer das doenças associadas à incapacidade.

Nestas circunstâncias, é parecer do signatário que não se verificavam à data da Reclamação, no caso presente, objectivamente, o conjunto de pressupostos que obrigam a Seguradora a activar o seguro.

Lisboa, 2017-07-19

(António d'Orey da Cunha)



OREY DA CUNHA  
ADVOGADOS

**Assunto: Apreciação da Reclamação apresentada em 13/2/2017, junto do  
Provedor do Cliente da GNB – Seguros de Vida, por  
- Apólices**

**A – Relatório**

1 – Através da sua caixa de correio eletrónico, em 13/02/2017,  
solicitou a intervenção do signatário porquanto, tendo o seu  
marido falecido em 17/5/2016, e tendo a Reclamante  
participado o falecimento à Seguradora em 23/5/2016 através da entrega da  
certidão de óbito, a Seguradora ao fim de sete meses sobre a data da  
comunicação não fizera o pagamento dos valores correspondentes ao capital  
segurado pelas Apólices referidas em assunto, pelo que ela, Reclamante, no final  
de Dezembro, fez reclamação ao Gestor de Reclamações da GNB Seguros de Vida.

Mais referiu que, sabendo embora que a Companhia solicitara informação clínica  
ao Hospital de Santa Maria, onde seu marido falecera, tal informação fora  
fornecida sem atraso de maior.

Alegou não haver procedimento administrativo ou técnico que pudesse justificar  
tamanho atraso, perante “as consequências brutais” do falecimento do seu  
cônjuge, tanto mais que a família vira agravadas as condições de vida, por ter  
visto subitamente diminuído o seu rendimento mensal de forma substancial.

2 – No dia subsequente à recepção do pedido da sua intervenção, o signatário  
solicitou à participante o número do seu documento de identificação, cópia da  
correspondência trocada com o Serviço de Gestão de Reclamações acerca do  
assunto e informação sobre se fora ou não requerida a intervenção da ASF.

3 – No dia 29 de Março a Reclamante informou o signatário, por e-mail, que não  
requerera a intervenção da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de



Pensões; e que a reclamação que apresentara se deveria considerar prejudicada por lhe ter sido comunicado pela Seguradora, por ofício datado de 14 de Março de 2017, não haver lugar ao pagamento do capital de risco.

4 - A decisão da Seguradora, no seu entender, é inadmissível e injusta, pelo que vinha dela RECLAMAR.

**B - Fundamento do Pedido de Intervenção do Provedor do Cliente:**

5 - Segundo a Reclamante, a Seguradora informara não haver lugar ao pagamento do capital de risco por se ter constatado que à data da adesão ao seguro de vida o segurado era portador de quadro clínico susceptível de influenciar a verificação de risco.

Argumenta a Reclamante que a Seguradora fizera uma avaliação de risco inerente ao estado de saúde do marido, aceitando garantir apenas 50% do capital, ajustando assim o risco à avaliação entretanto efectuada "porque do relatório clínico emitido pela \_\_\_\_\_, médica assistente do Hospital de Santa Maria e do relatório médico emitido pela Dra. \_\_\_\_\_, do Hospital Central do Funchal, não é possível concluir que a morte esteja relacionada com o quadro clínico existente na altura da celebração do contrato de seguro".

Assim, sendo a causa de morte "a instalação súbita de insuficiência respiratória no contexto de provável tromboembolismo pulmonar", várias podem ser, segundo a reclamante, as causas clínicas que levam à instalação de um quadro de tromboembolismo pulmonar, não sendo possível estabelecer uma relação de causa e efeito entre o tromboembolismo e o quadro clínico original. Refere ainda a Reclamante que a decisão da Seguradora é fundada em suposições e não em factos ou verdades científicas, não sendo válida nem justa.



A Reclamante apresentou cópias do seu cartão de cidadão, do ofício da GNB – Seguros Vida que lhe foi dirigido em 14/3/2017, do relatório médico emitido em 20/2/2017 pela Dra. [redacted] (Hospital Central do Funchal) e do relatório médico emitido em 7/11/2016 pela Dra. [redacted] (Hospital de Santa Maria), bem como do certificado de óbito de [redacted]

6 – Refere a Dra. [redacted] no seu Relatório Clínico datado de 20/02/2017: “O Sr. [redacted] era um doente com infecção HIV diagnosticado há 20 anos, seguido também na Consulta de Infeciologia do Hospital Central do Funchal. Veio a falecer a 17 de Maio de 2016, às 6h20 por quadro de Insuficiência Respiratória no contexto de provável Tromboembolismo Pulmonar”.

Refere a médica assistente, Dra. [redacted], no seu Relatório Clínico de 7/10/2016: “A pedido de [redacted] familiar do doente [redacted], informa-se tratar-se de um doente com infecção HIV em acompanhamento regular na Consulta de Imunodepressão do HSM – CHLN com boa adesão, sob terapêutica antirretroviral e virológicamente controlado. Esteve internado no Serviço de Doenças Infecciosas no período de 10 a 17 de Maio de 2016 para esclarecimento de quadro com dois meses de evolução de astenia anorexia, perda ponderal de pancitopenia, tendo vindo a falecer no dia 17/05/2016, às 6h20, por instalação súbita de insuficiência respiratória no contexto de provável Tromboembolismo pulmonar. Por ser verdade e me ter sido pedido, dato e assino”.

### **C – Contraditório:**

7 - No dia 31 de Março de 2017, o signatário deu conhecimento ao Gabinete de Atendimento de Gestão de Reclamações da GNB – Seguros de Vida, do teor da





nova reclamação, solicitando que fosse tomada posição sobre o assunto, tendo em vista a argumentação da Reclamante, bem como o fornecimento dos elementos necessários para a apreciação da reclamação.

8 - Os esclarecimentos solicitados foram prestados pelo referido gabinete através do e-mail de 7 de abril corrente, no qual se informa:

- a) Terem os contratos em causa sido celebrados em Novembro de 2007 e Julho de 2007, sendo que, aquando da subscrição dos mesmos, são apresentados aos proponentes questionários clínicos que deverão ser respondidos com veracidade.
- b) Terem sido respondidas negativamente todas as questões de âmbito clínico postas pela Seguradora aos proponentes.
- c) O primeiro relatório clínico disponibilizado de Fevereiro de 2017 indica que o segurado tinha um diagnóstico, há 20 anos, de uma patologia não declarada na resposta ao questionário referido.
- d) A omissão ou inexatidão da informação, como era do conhecimento dos proponentes no momento da subscrição, são motivos de recusa.
- e) Finalmente a Seguradora disponibilizou as Condições Gerais das Apólices, chamando a atenção para o ponto "3.2. - Incontestabilidade".

9 - Ainda o signatário, solicitou em 10 do corrente à Seguradora, informação complementar sobre a razão que motivou que, segundo a Reclamante, durante as negociações para a celebração do seguro, o capital tenha sido reduzido para 50%.

10 - Em resposta a Seguradora informou que o capital seguro não fora reduzido para 50% durante a análise de risco por si efectuada, previamente à subscrição das Apólices. Mais informou que os Aderentes seleccionaram, aquando da adesão aos Seguros de Vida, a opção de Cobertura - "2 Segurados a 50%" (cópia da Proposta de Subscrição, pág. 2). Tal opção pressupunha que, em caso de sinistro,



e se este fosse aceite pelo Segurador (o que não se verificou nesta situação em concreto) seria liquidado o capital de risco (em dívida à data do sinistro) ao Beneficiário / Credor Hipotecário.

#### **D - Apreciação.**

11 - É de afastar a ideia de que a garantia aceite de apenas de 50% do capital resultou do ajuste do risco à avaliação entretanto efectuada ao estado de saúde de

Com efeito, tal situação não se verificou em concreto.

12 - Das respostas ao Questionário Clínico de (2º Aderente) não consta a patologia HIV, verificada há 20 anos, conforme o relatório clínico mencionado.

13 - À questão 7 do Questionário: "Está hospitalizado ou está por motivo de doença ou acidente?"; e à questão 8: "Esteve ou está sob tratamento médico superior a 2 semanas?"; - as respostas do 2º Aderente foram NÃO.

14 - Aliás a todas as questões que constam do Questionário Clínico sob os números 8 a 16, 18, 20 a 24, respondeu negativamente.

15 - Porém em 28/09/2007, ambos os tomadores do seguro subscreveram o texto das Declarações - Autorizações onde, além do mais, declararam o seguinte: "(...) Declaro ainda não estar infectado pelo HIV (vírus da Sida) ou por hepatite de qualquer tipo. Declaro confirmar a exactidão das afirmações prestadas e nada ter omitido em relação ao meu estado de saúde. Estou ciente de que caso haja qualquer tipo de restrição deverei obter o questionário prático previsto para tal fim e preenche-lo na totalidade. Estou consciente também que quaisquer falsas



declarações ou omissões da minha parte relativas ao termo de responsabilidade, terá como consequência a nulidade do contrato de seguro, conforme determina a lei”.

16 – À data da adesão ao seguro, o não podia ignorar que estava infectado com o vírus de HIV, declarando o contrário.

E muito embora a causa da sua morte não esteja relacionada com tal patologia, o certo é que a declaração referida, como todas as outras constantes das respostas ao Questionário, foram causa da vontade de contratar pela Seguradora e de, em consequência, subscrever o contrato de seguro.

17 – De resto, nos termos do ponto 3.2. Das Condições Gerais das Apólices, foi estabelecido o princípio da incontestabilidade, segundo o qual as declarações inexactas ou incompletas e que alterem a apreciação do risco, tornam o Contrato nulo, não tendo o Tomador do Seguro, em caso de má fé, direito a qualquer restituição de prémios.

Também o ponto 3.1. Das Condições Gerais das Apólices estabelece, além do mais, que as declarações prestadas pelo Tomador do Seguro, tanto na Proposta como na Declaração Individual de Adesão e respectivos Questionários exigidos, servem de base ao presente Contrato, o qual é incontestável após a sua entrada em vigor.

Finalmente o ponto 3.3. Das Condições Gerais das Apólices estabelece que se entende por má fé para o efeito supra referido “o conhecimento por parte do Tomador do Seguro (...) de que as declarações são inexactas ou incompletas”.

18 – O artigo 24 do Regime do Contrato de Seguro, aprovado pelo DL 72/2008, de 16 de Abril, impõe ao tomador do seguro o dever de declarar, antes da celebração do contrato, com exactidão, todas as circunstâncias que conheça e



razoavelmente deva ter por significativas para a apreciação do risco pelo Segurador, obrigação também aplicável a circunstâncias cuja menção não seja solicitada em questionário eventualmente fornecido para o efeito.

O incumprimento por parte do tomador do seguro das obrigações referidas tornam o contrato anulável nos termos do disposto nos artigos 25º e 26º do mesmo diploma.

Em caso de dolo o Segurador não está obrigado a cobrir o sinistro, mantendo o direito ao prémio.

Em caso de mera negligência, o Segurador, demonstrando que em caso algum teria celebrado o contrato se tivesse conhecido o facto omitido ou declarado inexatamente, não cobre o sinistro e fica apenas vinculado à devolução do prémio.

### **E – Conclusão**

A Seguradora GNB – Seguros de Vida, perante as circunstâncias descritas, sendo o contrato de seguro anulável, não é obrigada a cobrir o sinistro.

Lisboa, 2017-04-17

O Provedor do Cliente,

António d'Orey da Cunha

**ANTÓNIO D'OREY DA CUNHA**

**ADVOGADO**

C.P. 2680L – NIF 113 481 810

Rua Tomás Ribeiro, 111 - 1050-228 LISBOA

Tel. 210 992 855 – Fax: 216 018 147