



SUMÁRIO:

Através do contrato de seguro, o segurador cobre um risco determinado do tomador do seguro ou de outrem, obrigando -se a realizar a prestação convencionada em caso de ocorrência do evento aleatório previsto no contrato, e o tomador do seguro obriga -se a pagar o prémio correspondente.

SENTENÇA

Proc. n.º 1715/2022 - CNIACC

Requerente: A

Requerida: B

1. Relatório

1.1 O Requerente deslocou-se para Andorra para fazer ski entre 28.02.2022 e 04.03.2022.

1.2 O Requerente e a sua mulher, celebraram com a Requerida um contrato de seguro para acidentes pessoais denominado “.....” que segurava despesas médicas até € 7.500,00, por pessoa, para Andorra e € 12.500,00, por pessoa, para Europa, que vigoraria entre 28.02.2022 e 04.03.2022..

1.3 O Requerente sofreu uma queda a fazer ski no dia 04.03.2022.

1.4 O Autor queixou-se de dor aguda no joelho e foi visto por um médico no local, tendo-lhe sido prestada assistência médica imediata, existente na própria estância de ski.

1.5 O Autor não contactou a Requerida, porque não se faz acompanhar de telemóvel enquanto pratica ski.

1.6 O Requerente pagou € 404,59 em despesas médicas.

1.7 A Requerida recusou ressarcir o Requerente do pagamento de tais despesas, por considerar que as mesmas não se encontram cobertas pelo contrato de seguro celebrado.

1.8 Requer a condenação da Requerida no pagamento das despesas de saúde por si suportadas - € 404,59 -, bem como, nos honorários pagos ao advogado - € 492,00.

1.9 A Requerida apresentou contestação em que, sumariamente, confirma a celebração do contrato de seguro referido em 1.2.

2.0 Afirma que o Requerente foi devidamente informado das condições da apólice.

2.1 A validade do seguro contratado pelo Requerente estaria dependente da aquisição de um serviço de transporte aéreo.

2.2 O Requerente não contratou tal serviço, o que afasta a cobertura prevista na apólice.

2.3 Por outro lado, todas as despesas que não tenham sido solicitadas à Seguradora ou que tenham sido feitas sem o acordo prévio da mesma, estão excluídas.

2.4 o Requerente nunca comunicou ou solicitou a autorização da Requerida para a realização das despesas ora peticionadas.

2.5 Requer que seja considerado improcedente o pedido da Requerente.

*

A audiência realizou-se com a presença do Requerente e Requerida.

*

2. Objeto do litígio

Por via de ação declarativa de condenação, nos termos em que a define o Art.º 10, ns.º 1, 2 e 3 b) do CPC, a questão colocada em apreciação a este Tribunal-arbitral, coincide com a verificação da obrigação da Requerida indemnizar a Requerente pelas despesas de saúde por si suportadas ao abrigo do contrato de seguro celebrado.

Fundamentação

Factos provados:

- A) A Requerida actua no âmbito do mercado de seguros e resseguros.
- B) O Requerente celebrou com a Requerida um contrato de seguro para acidentes pessoais denominado “.....” que segurava despesas médicas até € 7.500,00, por pessoa, para Andorra e € 12.500,00, por pessoa, para Europa.
- C) O Requerente sofreu uma queda a fazer ski no dia 04.03.2022.
- D) Como resultado da queda, o Requerente pagou € 404,59 em despesas médicas.
- E) A Requerida não ressarciu o Requerente do montante referido em D).
- F) O Requerente nunca comunicou ou solicitou a autorização da Requerida para a realização das despesas referidas em D).

Factos não provados:

Toda a demais factualidade alegada.

3.3

Motivação

A prova positiva e negativa à factualidade levada a apreciação deste Tribunal, prendeu-se, maioritariamente, com o acordo das partes quanto a parte dos factos, bem como da prova documental apresentada pelos mesmos

Os quesito B), C), E) e F) resultaram provados do acordo entre Requerente e Requerida quanto à celebração, vigência e tipologia de contrato de seguro celebrado entre ambas, bem como, quanto à queda sofrida pelo Requerente e ao facto de o Requerente não ter solicitado autorização da Requerida para realizar as despesas médicas dos autos e, por fim, quanto ao facto da Requerida não ter ressarcido o Requerente das mesmas despesas.

Saliente-se que, para a prova positiva ao quesito B) o Tribunal arbitral socorreu-se ainda da cópia do contrato junto aso autos pelo Requerente a fls.18 a 28.

Por sua vez, para a resposta positiva ao quesito C) concorreu ainda os documentos de fls. 29 a 32 que comprovam a queda sofrida pelo Requerente e o dano sofrido.

Concomitantemente, o quesito D) resultou provado da factura junta aos autos a fls. 32 dos autos

O Quesito A) resulta provado do conhecimento que o Tribunal-arbitral tem sobre a actividade desenvolvida pela Requerida.

Relativamente à fixação da matéria dada como não provada, a ausência de prova, quer documental quer testemunhal, não permitiu ao Tribunal aferir da veracidade dos factos, justificando-se, desta forma, a resposta negativa dado aos mesmos.

3.4. Do Direito

O Art. 1º do Regime Jurídico do Contrato de Seguro (Decreto-Lei n.º 72/2008 de 16 de Abril) estatui que:

por efeito do contrato de seguro, o segurador cobre um risco determinado do tomador do seguro ou de outrem, obrigando -se a realizar a prestação convencionada em caso de ocorrência do evento aleatório previsto no contrato, e o tomador do seguro obriga -se a pagar o prémio correspondente.

No caso em apreço, verificamos que o sinistro comunicado pela Requerente à Requerida encontra-se – em abstracto – coberto pelos riscos próprios da apólice/condições particulares que tutelam a relação contratual de seguro vigente entre Requerente e Requerida.

De facto, não nos parece que assista qualquer razão à Requerida quando condiciona a validade do seguro à aquisição de uma viagem de avião.

Para além de tal conclusão nos parecer despropositada, a verdade é que, o texto das informações pré-contratuais emitidos pela Requerida também não corrobora tal conclusão ou entendimento, fazendo, aliás, uma descrição exaustiva dos riscos cobertos, entre os quais se inclui, autonomamente, as despesas médicas em consequência de acidente ou doença súbita (ponto 5 das mesmas informações pré-contratuais).

Assim, somos da opinião que a tese da Requerida quanto a este ponto deverá improceder.

Alega, contudo, a Requerida que, toda e qualquer despesa médica deveria, nos termos da apólice contratada, ser previamente comunicada e autorizada pela Requerida.

Para tal, lança mão das condições gerais da apólice de seguro celebrado que sufragam tal entendimento.

Saliente-se que, sobre a Requerida impende o ónus imposto pelo Art. 18º do Regime Jurídico do Contrato de Seguro que estatui:

(...)

Cabe ao segurador prestar todos os esclarecimentos exigíveis e informar o tomador do seguro das condições do contrato, nomeadamente:

a) Da sua denominação e do seu estatuto legal;

b) Do âmbito do risco que se propõe cobrir;

c) Das exclusões e limitações de cobertura;

d) Do valor total do prémio, ou, não sendo possível, do seu método de cálculo, assim como das modalidades de pagamento do prémio e das consequências da falta de pagamento;

- e) Dos agravamentos ou bónus que possam ser aplicados no contrato, enunciando o respectivo regime de cálculo;*
- f) Do montante mínimo do capital nos seguros obrigatórios;*
- g) Do montante máximo a que o segurador se obriga em cada período de vigência do contrato;*
- h) Da duração do contrato e do respectivo regime de renovação, de denúncia e de livre resolução;*
- i) Do regime de transmissão do contrato;*
- j) Do modo de efectuar reclamações, dos correspondentes mecanismos de protecção jurídica e da autoridade de supervisão;*
- l) Do regime relativo à lei aplicável, nos termos estabelecidos nos artigos 5.º a 10.º, com indicação da lei que o segurador propõe que seja escolhida.”*

Concluindo-se que, o incumprimento de tal dever, acarretará a responsabilidade civil da seguradora, nos termos do previsto no Art. 23º, n.º 1 do mesmo diploma legal supra identificado.

O Requerente nada refere quanto a uma eventual omissão da Requerida no cumprimento de tal dever de informação quanto a este ponto específico.

Contudo, da análise dos documentos juntos autos, somos do parecer que não assiste razão à Requerida, na medida em que, ainda que se perceba que a realização de tratamentos e intervenções esteja dependente da autorização da Requerida, não nos parece razoável exigir tal autorização para situações de urgência.

Ou seja, a tese da Requerida, se entendida cegamente, conforme a mesma pretende que o Tribunal-arbitral faça, implicaria que em situações de urgência e mesmo de vida ou morte, o sinistrado teria sempre de aguardar instruções e autorização da companhia de seguros previamente à realização de qualquer intervenção médica. Tal entendimento não se nos afigura razoável ou legítimo.

No caso dos autos, percebe-se que concorreram uma série de factores que impediram que o Requerente comunicasse com a Requerida. Designadamente:

- O facto de o mesmo não se acompanhar de telemóvel, o que geralmente acontece com todos os praticantes de ski ou outros desportos de neve.
- O facto de o mesmo ter sido intervencionado na estância onde se encontrava a praticar snowboard.
- O facto de se tratar de uma situação urgente e imprevista.

Para além disso, sendo os desportos de neve actividades iminentemente perigosas ou com grande risco, não se nos afigura razoável que um seguro denominado “.....” trate situações de emergência ou urgência com dependência de autorização da Requerida para realizar qualquer intervenção. Se assim é, competia à Requerida provar ao Tribunal que tal condição foi explicitamente comunicada ao Requerente aquando da contratação do seguro. O que não aconteceu.

Somos assim da opinião que a tese da Requerida não encontra sustentação nos documentos juntos aos autos, sendo que, a mesma não logrou provar, por um lado, que tenha comunicado ao Requerente as exclusões e condições gerais do seguro e, por outro, também não nos parece atendível que o Requerente não fosse tratado imediatamente após a queda (e enquanto não sabia a extensão do dano) e ficasse a aguardar a autorização da seguradora que, como sabemos, pode demorar mais de 24 horas.

Através do contrato de seguro, o segurador cobre um risco determinado do tomador do seguro ou de outrem, obrigando -se a realizar a prestação convencionada em caso de ocorrência do evento aleatório previsto no contrato, e o tomador do seguro obriga -se a pagar o prémio correspondente.

Face ao exposto, considera o Tribunal-arbitral que a Requerida deverá indemnizar o Requerente nas despesas de saúde que o mesmo custeou como resultado da queda - € 404,59.

Relativamente ao demais peticionado, uma vez que o Requerente não justifica a que título peticona o pagamento dos honorários ao seu mandatário, vai o mesmo indeferido.

4. Decisão

Face a todo o exposto, julgo a acção parcialmente procedente, por provada, condenando-se a Requerida a pagar ao Requerente a quantia de € 404,59 (quatrocentos e quatro euro e cinquenta e nove cêntimos).

Notifique-se.

Porto, 19 de fevereiro de 2023.

O Juiz-Árbitro,

(Hugo Telinhos Braga)