

Capítulo 4
Análise da Evolução
das Reclamações

67

4 | Análise da Evolução das Reclamações

4.1. Enquadramento

No quadro das competências atribuídas ao ISP inclui-se a análise e emissão de pareceres “sobre pedidos de informação e reclamações, apresentados por particulares e organismos oficiais, não resolvidos noutras instâncias, relativamente ao exercício da actividade seguradora, de mediação de seguros e de fundos de pensões” [alínea g) do artigo 16.º do Estatuto do ISP aprovado pelo Decreto-Lei n.º 289/2001, de 13 de Novembro].

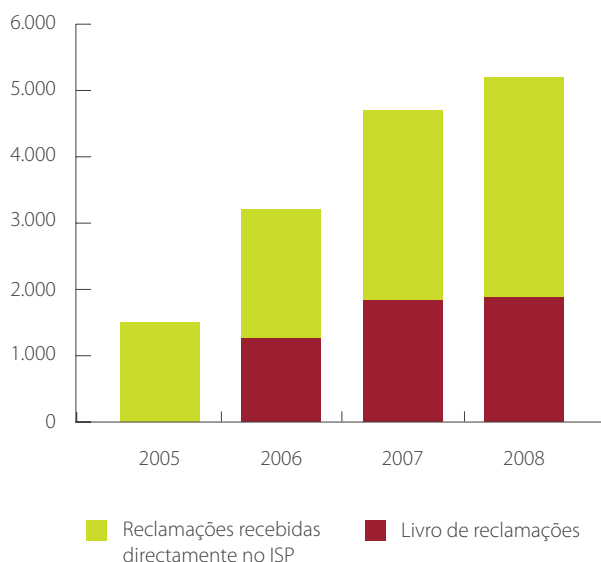
Assim, o ISP recebe reclamações referentes à actuação das entidades sob sua supervisão, nomeadamente, as empresas de seguros, os mediadores de seguros e as sociedades gestoras de fundos de pensões. As reclamações são recepcionadas através de duas vias distintas: (i) apresentadas directamente pelos interessados junto desta autoridade de supervisão e (ii) através do Livro de Reclamações disponibilizado pelos diferentes operadores nos respectivos estabelecimentos onde efectuam atendimento ao público.

Desde 2006 – ano em que entrou em vigor o Decreto-Lei n.º 156/2005, de 15 de Setembro (diploma que tornou obrigatória a existência e disponibilização do Livro de Reclamações) –, o número global das reclamações recebidas no Instituto tem vindo a registar um acréscimo significativo (Quadro 4.1 e Gráfico 4.1).

Quadro 4.1 Evolução das reclamações apresentadas ao ISP (2005-2008)

Ano	Recebidas via Livro de Reclamações	Recebidas directamente no ISP	Total Geral
2005	–	1.421	1.421
2006	1.252	1.933	3.185
2007	1.721	2.895	4.616
2008	1.935	3.312	5.247

Gráfico 4.1 Evolução das reclamações apresentadas ao ISP (2005-2008)



4.2. Gestão de reclamações pelo ISP

Para os efeitos previstos na alínea *g*) do artigo 16.º do respectivo Estatuto, o ISP entende por “reclamação” qualquer manifestação de discordância em relação à posição assumida por um operador ou de insatisfação em relação aos serviços prestados por este, bem como qualquer alegação de eventual incumprimento, apresentada por tomadores de seguros, segurados, beneficiários ou terceiros lesados.

O modelo de gestão das reclamações recebidas foi estruturado no sentido de permitir responder, de forma atempada e adequada, às expectativas dos diferentes intervenientes e, bem assim, recolher e analisar a informação sobre a conduta dos operadores, de modo a viabilizar a avaliação da sua conformidade face ao quadro legal e regulamentar em vigor.

Atendendo ao modelo adoptado pelo ISP para a gestão de reclamações recepcionadas – que visa assegurar a participação de todos os intervenientes envolvidos e a qualidade e diligência na gestão de processos –, foi definido, como objectivo interno, um prazo médio de 28 dias para o respectivo tratamento.

No âmbito dos procedimentos instituídos, todas as reclamações, independentemente da sua proveniência, são sujeitas a uma análise prévia efectuada por um colaborador com formação jurídica. Sendo classificado um processo como reclamação contra um operador, este último é, em regra, contactado no sentido de ser auscultado sobre a situação em apreço. A entidade supervisionada pronuncia-se sobre o teor da reclamação, competindo ao ISP a ponderação das diligências consideradas ajustadas ao caso concreto.

Da análise realizada pelo ISP pode resultar uma das seguintes situações:

- a) Não existem indícios de desconformidade face ao regime jurídico em vigor, sendo o reclamante informado sobre o desfecho do processo;
- b) Consta-se que a matéria objecto da reclamação é susceptível de ser resolvida por acordo entre as partes, procurando o ISP prestar o seu contributo no sentido de facilitar a convergência dos interesses em presença. Não sendo alcançado um acordo, o reclamante é informado sobre o enquadramento legal e regulamentar aplicável, bem como sobre os mecanismos alternativos de resolução extrajudicial de litígios e tribunais judiciais competentes para decidir e vincular as partes;
- c) Existem indícios de desconformidade relativamente a preceitos legais ou regulamentares aplicáveis, aprofundando o ISP o exame da situação em apreço. Findo este processo, podem ser adoptados em relação à entidade supervisionada, os seguintes procedimentos: *(i) advertência, (ii) recomendação, (iii) ou contra-ordenação* (cfr. Capítulo 2 *A Actividade de Supervisão da Conduta de Mercado*).

Neste contexto, é de ressaltar que, durante o ano de 2008, foram identificadas 94 situações que indiciavam condutas irregulares e que se reconduzem à alínea *c*) do parágrafo anterior. No quadro da actuação do ISP e, em especial, no âmbito da ponderação da eventual instauração de processos de contra-ordenação, destaca-se que, neste período, foram analisados 30 casos (7 dos quais transitados do ano anterior). Destes, foram efectivamente instaurados 26 processos de contra-ordenação, relativos a reclamações apresentadas mediante a utilização do Livro de Reclamações.

Por outro lado, analisada a reclamação, pode também concluir-se que a matéria que lhe deu origem é enquadrável na competência de outras entidades. Com efeito, quando estejam em causa reclamações referentes ao sector financeiro, estas são objecto de reencaminhamento entre as autoridades de supervisão (Banco de Portugal, Comissão do Mercado de Valores Mobiliários e ISP), atendendo às respectivas atribuições. Esta articulação encontra-se prevista, designadamente, em memorandos de entendimento entre estas celebrados.

4.3. Análise das reclamações recepcionadas

4.3.1. Apresentação de dados estatísticos e respectiva apreciação

Em 2008, o ISP recebeu um total de 5.247 reclamações, o que representou um crescimento de 14% face ao ano anterior. O Quadro 4.2 inclui o número de reclamações recepcionadas mensalmente ao longo dos últimos 2 anos, segundo a via através da qual foram apresentadas ao Instituto, nomeadamente através do Livro de Reclamações ou directamente junto desta autoridade de supervisão.

Quadro 4.2 Distribuição mensal das reclamações recebidas (2007-2008)

Mês	2007			2008		
	Livro de Reclamações	Reclamações recebidas directamente no ISP	Total	Livro de Reclamações	Reclamações recebidas directamente no ISP	Total
Janeiro	135	206	341	242	343	585
Fevereiro	116	196	312	96	357	453
Março	167	246	413	100	291	391
Abril	151	216	367	311	379	690
Maio	145	262	407	163	215	378
Junho	157	276	433	119	237	356
Julho	120	229	349	196	336	532
Agosto	191	303	494	147	198	345
Setembro	121	211	332	152	217	369
Outubro	130	235	365	162	257	419
Novembro	180	320	500	141	267	408
Dezembro	108	195	303	106	215	321
Total Geral	1721	2895	4616	1935	3312	5247

Os Quadros 4.3 a 4.5 ilustram a distribuição das reclamações por ramos, em valores absolutos e em valores relativos (ponderada pelo montante de prémios auferido e em proporção ao número de veículos seguros, número de apólices e número de pessoas seguras).

No que concerne aos Quadros 4.3 e 4.4, e para além das categorias *Ramo Vida* e *Ramos Não vida*, é também de referir o *item* residual *Não enquadráveis*, no qual se inserem as reclamações que não são passíveis de recondução às categorias anteriormente indicadas. Mencionem-se, por exemplo, as que respeitam a aspectos que reportam a fase anterior à da efectiva contratação de seguros (nomeadamente, morosidade ou qualidade do atendimento) ou aquelas em que não foi prestada informação sobre o ramo onde se integram (o que, porém, não inviabilizou a respectiva gestão).

Quadro 4.3 Distribuição das reclamações por ramos, em valores absolutos e percentuais

	N.º			%		
	2006	2007	2008	2006	2007	2008
Ramo Vida	305	547	841	9,58%	11,85%	16,03%
Automóvel	1.961	2.672	2.640	61,57%	57,89%	50,31%
Incêndio/ Multirriscos	204	377	420	6,41%	8,17%	8,00%
Ramos Não Vida						
Acidentes	174	240	367	5,46%	5,20%	6,99%
Doença	172	248	331	5,40%	5,37%	6,31%
RC Geral	59	93	93	1,85%	2,01%	1,77%
Não enquadráveis	310	439	555	9,73%	9,51%	10,58%
Total Geral	3.185	4.616	5.247	100,00%	100,00%	100,00%

Relativamente à distribuição de reclamações por ramos, verifica-se que, em 2008, aproximadamente metade relaciona-se com o ramo automóvel, seguindo-se as relativas ao *Ramo Vida*, com cerca de 16% do total e, finalmente, as referentes aos seguros tradicionalmente comercializados sob a designação *Incêndio/Multirriscos* e os seguros classificados como *Acidentes* e *Doença*. Por outro lado, através da comparação dos valores e percentagens relativos às reclamações apresentadas por ramos (2006-2008) e desconsiderando, para este efeito, o *item* residual *Não enquadráveis*, constata-se que a tendência se manteve inalterada nos três anos em referência.

Quadro 4.4 Distribuição e variação das reclamações por ramos, em valores relativos (prémios)

	Número de reclamações por cada cem milhões de euros em prémios			Variação (em %)	
	2006	2007	2008	2007 VS 2006	2008 VS 2007
Ramo Vida	3	6	8	67,71%	30,81%
Automóvel	98	137	146	40,39%	6,16%
Incêndio/ Multirriscos	30	53	57	79,71%	7,37%
Ramos Não Vida					
Acidentes	18	26	40	39,61%	55,85%
Doença	42	56	69	33,72%	21,73%
RC Geral	61	86	85	41,80%	-0,91%
Não enquadráveis	140	176	202	25,57%	14,72%
Total Geral	24	34	34	38,31%	1,91%

A leitura do Quadro 4.4. permite genericamente registar um aumento no número de reclamações por cada cem milhões de euros em prémios nos ramos em análise.

O quadro seguinte procura ilustrar, nos anos de 2007 e 2008, a distribuição do número total de reclamações por ramo (*Automóvel, Incêndio/Multirriscos, Doença, Acidentes e Vida*) em proporção, conforme aplicável, do número de veículos seguros, do número de apólices contratadas e do número de pessoas seguras.

Quadro 4.5 Distribuição das reclamações por ramos (em proporção do número de veículos seguros, de apólices e de pessoas seguras)

		N.º	
		2007	2008
Automóvel	N.º de veículos seguros	6.319.498	6.638.300
	N.º de reclamações	2.672	2.640
	N.º de reclamações por cada cem mil veículos seguros	42	40
Incêndio/ Multirriscos	N.º de apólices	3.768.127	3.617.634
	N.º de reclamações	377	420
	N.º de reclamações por cada cem mil apólices	10	12
Doença	N.º de pessoas seguras	1.897.640	1.941.095
	N.º de reclamações	248	331
	N.º de reclamações por cada cem mil pessoas seguras	13	17
Acidentes	N.º de apólices ⁽¹⁾	1.479.210	1.616.461
	N.º de reclamações	240	367
	N.º de reclamações por cada cem mil apólices	16	23
Vida	N.º de apólices ⁽²⁾	4.103.170	4.409.383
	N.º de reclamações	547	841
	N.º de reclamações por cada cem mil apólices	13	19

⁽¹⁾ Inclui apólices de Acidentes Pessoais e Acidentes de Trabalho

⁽²⁾ Não inclui contratos de operações de capitalização

Após análise do quadro anterior, e em comparação com os valores apresentados nos Quadros 4.3. e 4.4., cumpre salientar que o número de reclamações recebidas, quando ponderadas, respectivamente, por número de veículos seguros, número de apólices ou número de pessoas seguras, é relativamente reduzido.

Por seu turno, conforme referido anteriormente, o número de reclamações relativas ao ramo automóvel mantém-se o mais elevado no universo dos ramos analisados. Este facto pode, parcialmente, ser justificado pela circunstância de corresponder a um seguro de massa com maior frequência de sinistralidade.

Gráfico 4.2 Rácio de reclamações por prémios (em milhões de euros)
Empresas de seguros do ramo Vida com volume de prémios superior a um milhão de euros e o número de reclamações mensais, em média, superior a um.

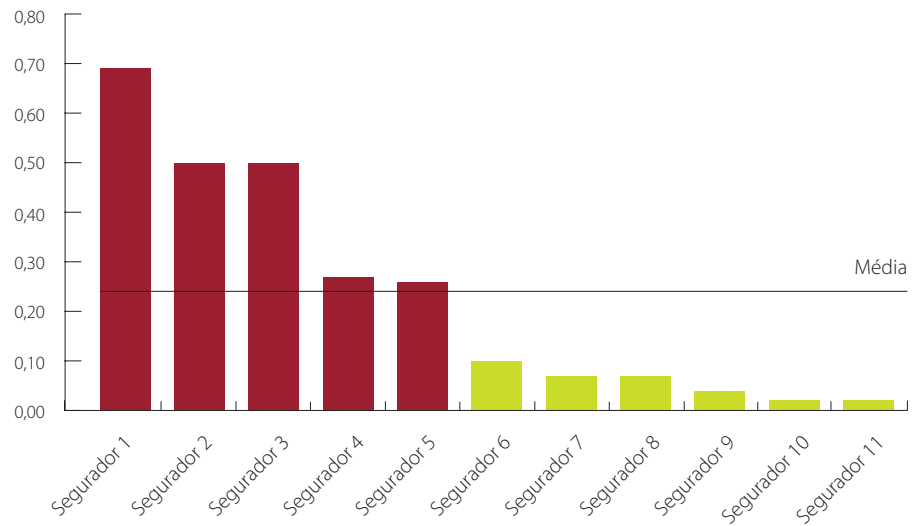


Gráfico 4.3 Rácio de reclamações por prémios (em milhões de euros)
Empresas de seguros do ramo Vida com volume de prémios inferior a um milhão de euros e/ou o número de reclamações mensais, em média, inferior a um.

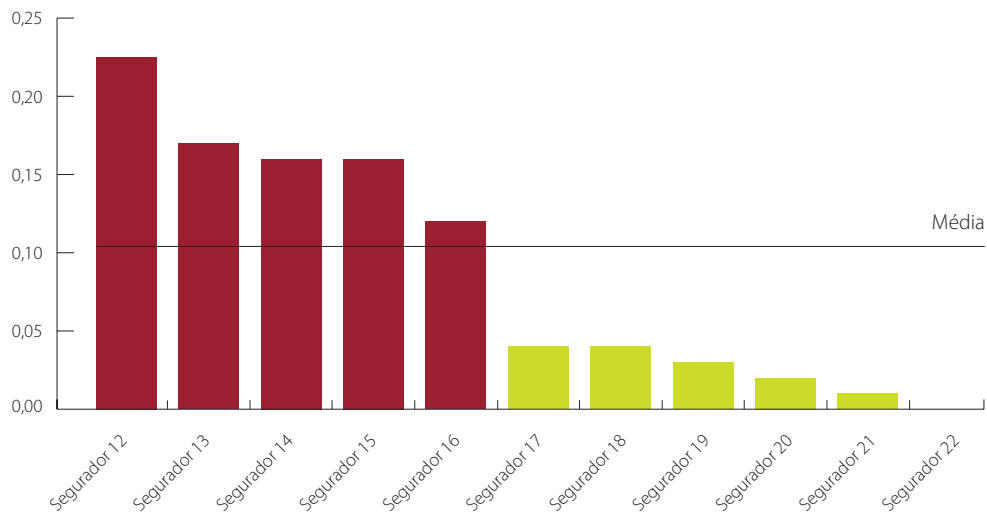


Gráfico 4.4 Rácio de reclamações por prémios (em milhões de euros)
Empresas de seguros dos ramos Não Vida com volume de prémios superior a um milhão de euros e o número de reclamações mensais, em média, superior a um.

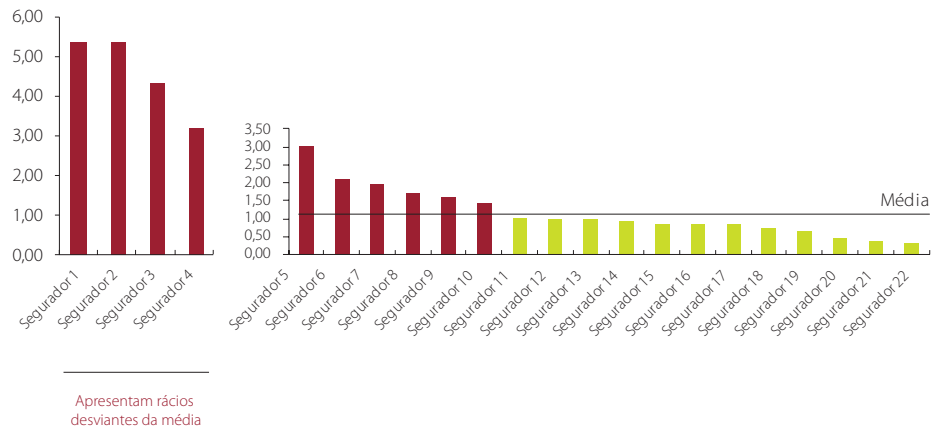
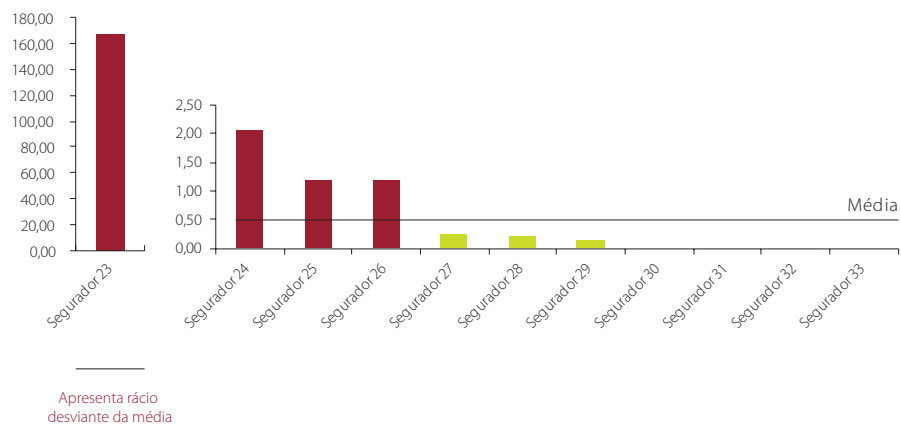


Gráfico 4.5 Rácio de reclamações por prémios (em milhões de euros)
Empresas de seguros do ramos Não Vida com volume de prémios inferior a um milhão de euros e/ou o número de reclamações mensais, em média, inferior a um.



Os gráficos anteriores ilustram a distribuição do rácio de reclamações por volume de prémios. Da respectiva leitura é de assinalar que, apesar da maior parte das empresas de seguros, em ambos os ramos, apresentar um rácio de reclamações por volume de prémios inferior à média, um pequeno número de empresas apresenta rácios que se desviam significativamente da média. Este desvio revela-se mais expressivo no âmbito dos ramos Não Vida.

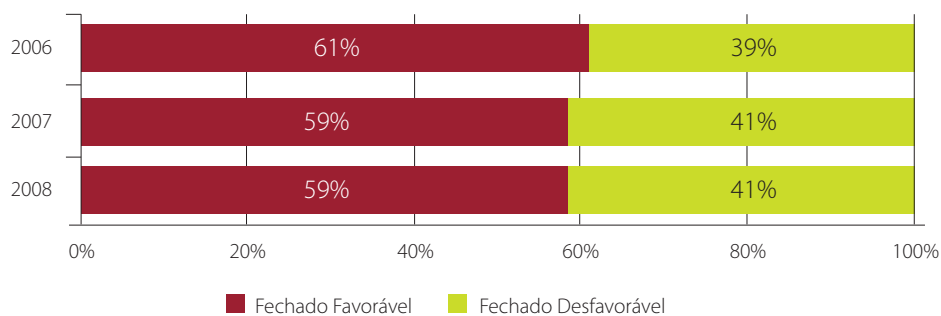
Por seu turno, o gráfico seguinte permite observar a evolução registada, ao longo dos últimos 2 anos, quanto às matérias que, com maior frequência, originam reclamações. Deste modo, destacam-se a denúncia de *Procedimentos Considerados Incorrectos*, a *Morosidade* e o *Incumprimento Contratual*, no contexto do relacionamento dos operadores com os consumidores.

Gráfico 4.6 Distribuição das reclamações por matéria objecto de reclamação (2007-2008)



O gráfico seguinte visa representar o sentido da conclusão dos processos relativos a reclamações por parte do operador (designadamente, *Fechado Favorável* ou *Fechado Desfavorável*, em relação à pretensão do reclamante), por referência ao período 2006-2008, quando exista intervenção do ISP.

Gráfico 4.7 Desfecho dos processos de reclamação após intervenção do ISP (2006-2008)



Quando se avalia o resultado da intervenção do ISP na esfera concreta da relação de interesses que subjaz a cada uma das reclamações recebidas, verificamos que em cerca de 60% dos casos os operadores responderam favoravelmente à pretensão do reclamante.

4.3.2. Conclusões

Conforme se pode extrair da análise conjunta dos elementos incluídos nos quadros e gráficos que integram o presente capítulo, o número de reclamações apresentadas junto do ISP nos períodos em apreço tem vindo a sofrer um acréscimo. Em particular, destaque-se que esta tendência decorre, em parte, da disponibilização de um instrumento (o Livro de Reclamações) que contribuiu para agilizar os procedimentos vigentes no âmbito de apresentação de reclamações por parte dos consumidores de seguros relativamente aos serviços prestados pelos operadores.

Por outro lado, é de ressaltar outra variável que poderá explicar o crescimento das reclamações nos últimos anos e que corresponde à maior consciencialização dos consumidores quanto aos direitos que lhes assistem (designadamente, ao nível da qualidade do serviço prestado) e respectivas vias de efectivação.

Adicionalmente, é de destacar, em ambos os ramos, e no que respeita ao rácio de reclamações por prémios, uma distribuição bastante distinta das empresas de seguros. De facto, constata-se existirem empresas de seguros cujos rácios de reclamações se desviam significativamente da média. De assinalar, contudo, que a maioria das empresas de seguros apresenta um rácio de reclamações por volume de prémios inferior à média.

A título complementar, refira-se que o ISP tem, no âmbito das suas atribuições, procurado criar e desenvolver as estruturas e condições que facilitam a apresentação e a gestão de reclamações. Por exemplo, cite-se a existência de uma área especificamente dedicada ao “Apoio ao consumidor” no sítio da Internet do ISP, na qual se inclui um formulário próprio para registo de reclamações pelos consumidores.

Quando analisada a distribuição das reclamações recepcionadas pelo ISP por ramos, nos períodos em referência, verifica-se que o automóvel corresponde àquele em que o número de reclamações é mais elevado. Com efeito, integram este ramo seguros designados por “seguros de massa”, que, pela sua natureza, originam elevados níveis de contratação.

Não obstante, conforme se assinalou *supra*, se atendermos à distribuição do número total de reclamações por ramos, em proporção ao número de veículos seguros, de apólices contratadas e de pessoas seguras (quando aplicável), conclui-se que, globalmente, o valor relativo de reclamações é consideravelmente reduzido.

No que concerne ao desfecho dos processos referentes a reclamações, é de registar que, nos períodos em referência, a maioria é encerrada em sentido favorável à pretensão do reclamante.

4.4. Exemplos de reclamações e respectiva apreciação

Com o intuito de destacar algumas matérias que são, com frequência, objecto de reclamação por parte dos consumidores, apresenta-se, em seguida, um conjunto de exemplos, seleccionados atendendo à sua relevância prática.

4.4.1. Seguro de responsabilidade civil automóvel

Exemplo 1

O lesado de um sinistro automóvel reclama por não lhe ter sido atribuído um veículo de substituição logo após a ocorrência do acidente.

Apreciação

O número 1 do artigo 42.º do Decreto-Lei n.º 291/2007, de 21 de Agosto (Regime Jurídico do Seguro Obrigatório de Responsabilidade Civil Automóvel) prevê que, perante a imobilização de veículo sinistrado, o lesado tem direito a um veículo de substituição a partir da data em que a empresa de seguros assumia a responsabilidade exclusiva pelo ressarcimento dos danos resultantes do acidente. Assim, nos termos do regime jurídico em vigor, o segurador não é obrigado a disponibilizar veículo de substituição em período anterior à respectiva assunção de responsabilidade.

No entanto, na medida em que se procura assegurar a reconstituição da situação existente caso não tivesse ocorrido o acidente, assiste ao lesado o direito de ser indemnizado no excesso de despesas em que incorreu com transporte, resultantes da imobilização do veículo e durante o período em que não dispôs de veículo de substituição (número 5 do artigo 42.º do referido Decreto-Lei).

Exemplo 2

O lesado de um sinistro automóvel reclama pelo facto de o seu veículo não ter sido reparado no prazo de 3 meses após a ocorrência do sinistro.

Apreciação

O artigo 36.º do Decreto-Lei n.º 291/2007, de 21 de Agosto, fixa vários prazos a observar pela empresa de seguros na regularização de um sinistro automóvel, entre os quais, o primeiro contacto com o lesado, segurado ou tomador do seguro para efeitos de (i) marcação de peritagem ao veículo; (ii) conclusão da peritagem; (iii) disponibilização dos respectivos relatórios ou (iv) comunicação da eventual assunção de responsabilidade. Neste contexto, para a comunicação da assunção da responsabilidade, determina-se um prazo global de 32 dias úteis contados a partir da data da participação.

Exemplo 3

O lesado discorda do facto de o segurador ter considerado que o seu veículo se enquadra em situação de perda total, bem como do valor de indemnização proposto.

Apreciação

O artigo 41.º do Decreto-Lei n.º 291/2007, de 21 de Agosto, define como critério para a aferição da perda total o valor de reparação dos danos sofridos, adicionado ao valor do salvado, ultrapassar 100% ou 120% do valor venal do veículo (valor de substituição no momento anterior ao acidente), consoante se trate, respectivamente, de um veículo com menos ou mais de dois anos. Este regime não prejudica, no entanto, a possibilidade das partes acordarem em sentido diferente.

4.4.2. Pagamento de prémios

Exemplo 4

O tomador de seguro reclama pelo facto de ter tentado pagar o seguro dois dias depois do prazo de vencimento e o operador não ter aceite a manutenção daquele contrato, propondo-lhe um novo.

Apreciação

Nos termos do artigo 61.º do Regime Jurídico do Contrato de Seguro, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 72/2008, de 16 de Abril, "a falta de pagamento do prémio inicial, ou da primeira fracção deste, na data do vencimento, determina a resolução automática do contrato a partir da data da sua celebração". Esta consequência aplica-se, igualmente, se não for efectuado o pagamento de fracção subsequente do prémio.

No entanto, nos termos do artigo 68.º do mesmo diploma, esta disposição não se aplica aos "seguros e operações regulados no capítulo respeitante ao seguro de vida, aos seguros de colheitas e pecuário, aos seguros mútuos em que o prémio seja pago com o produto de receitas e aos seguros de cobertura de grandes riscos, salvo na medida em que essa aplicação decorra de estipulação das partes e não se oponha à natureza do vínculo".

4.4.3. Seguro de incêndio/multiriscos

Exemplo 5

O tomador do seguro participa um sinistro relacionado com problemas de canalização à empresa de seguros, recusando esta a reparação ou indemnização invocando que o evento se encontra excluído das coberturas da apólice.

Apreciação

O seguro contra o risco de incêndio é obrigatório para os edifícios que se encontrem em regime de propriedade horizontal ("condomínios"), nos termos do número 1 do artigo 1429.º do Código Civil, sendo usualmente comercializado sob a designação de seguro multiriscos quando associado a outras coberturas.

Para efeitos de determinação do âmbito de cobertura, é necessário atender às condições contratuais, aos capitais seguros e às respectivas franquias, quando aplicáveis. Com efeito, a designação multiriscos não implica que todos os riscos relacionados com a habitação estejam cobertos no âmbito de determinado contrato de seguro, mas apenas aqueles que tenham sido efectivamente contratados entre o segurador e o tomador de seguro.

Exemplo 6

O reclamante pretende accionar o "seguro do condomínio" por considerar que ocorreram danos nas partes comuns do edifício que afectam a sua fracção. Contudo, o administrador do condomínio encaminhou-o para a empresa de seguros com quem o reclamante celebrou o contrato de seguro da respectiva fracção autónoma.

Apreciação

As situações de pluralidade de seguros são reguladas actualmente no artigo 133.º do Regime Jurídico do Contrato de Seguro aprovado pelo Decreto-Lei n.º 72/2008, de 16 de Abril. Este preceito legal estabelece que "*quando um mesmo risco relativo ao mesmo interesse e por idêntico período esteja seguro por vários seguradores, o tomador do seguro ou o segurado deve informar dessa circunstância todos os seguradores, logo que tome conhecimento da sua verificação, bem como aquando da participação do sinistro*".

Determina, ainda, que "*o sinistro verificado no âmbito (desses) contratos é indemnizado por qualquer dos seguradores, à escolha do segurado, dentro dos limites da respectiva obrigação*", sendo o acerto a efectuar, acordado posteriormente entre os operadores, na proporção da quantia que cada uma teria de pagar se tivesse sido celebrado um único contrato de seguro.

4.4.4. Seguro de saúde

Exemplo 7

Um segurado pretende obter autorização para realizar intervenção cirúrgica, não sendo essa intervenção autorizada pelo segurador, com fundamento em preexistência da patologia.

Apreciação

Embora o artigo 216.º do Regime Jurídico do Contrato de Seguro aprovado pelo Decreto-Lei n.º 72/2008, de 16 de Abril, disponha que “as doenças preexistentes, conhecidas da pessoa segura à data da realização do contrato, consideram-se abrangidas na cobertura convencionada pelo segurador, podendo ser excluídas por acordo em contrário, de modo genérico ou especificadamente”, prevê-se usualmente, nas condições contratuais, que as patologias preexistentes à data da celebração do contrato de seguro se encontram excluídas do mesmo, pelo menos durante um determinado período de tempo. De facto, trata-se de uma disposição supletiva pelo que, no âmbito da liberdade contratual, as partes podem ajustar as condições contratuais dentro dos limites legalmente estabelecidos.

4.4.5. Seguro de acidentes pessoais

Exemplo 8

O reclamante sofreu um acidente no decurso da prática de esqui numa estância de férias de Inverno, no estrangeiro, do qual resultaram várias despesas, relativamente às quais foram posteriormente apresentados recibos à empresa de seguros com vista à obtenção do reembolso destas quantias, tendo esta recusado pagar despesas consideradas “não urgentes”.

Apreciação

No contrato de seguro encontram-se identificadas, com frequência, as despesas que apenas são reembolsáveis mediante pré-autorização, sendo usual a distinção entre o reembolso de pagamentos médicos “urgentes” sem recurso a pré-autorização e as demais situações, exclusivamente reembolsáveis quando previamente autorizadas.

4.4.6. Seguro de vida

Exemplo 9

O reclamante contratou um seguro com componente de capitalização, reclamando por, no momento do vencimento do contrato, o segurador não lhe ter comunicado esse facto e, em consequência, não o ter informado acerca das quantias a que este teria direito.

Apreciação

Nos termos do número 2 do artigo 186.º do Regime Jurídico do Contrato de Seguro aprovado pelo Decreto-Lei n.º 72/2008, de 16 de Abril, *“a empresa de seguros deve informar o tomador do seguro acerca das quantias a que este tenha direito com a cessação do contrato, bem como das diligências ou documentos necessários para o seu recebimento”*.

Em especial, em contratos de longa duração, o tomador de seguro poderá não ter sempre presente o momento exacto que corresponde(rá) à cessação de contrato que tenha celebrado. Deste modo, o integral cumprimento dos deveres de informação que recaem, neste domínio, sobre o operador traduz um comportamento diligente no contexto do seu relacionamento com os consumidores.

Situação semelhante decorre do regime consagrado no Decreto-Lei n.º 384/2007, de 19 de Novembro, que visa proteger a posição do beneficiário de contratos de seguro de vida, de acidentes pessoais e das operações de capitalização, em caso de morte.

Neste campo, impende sobre o segurador o dever de informar o beneficiário, por escrito, da existência de contrato de seguro ou de operação de capitalização, da sua qualidade de beneficiário e, bem assim, do seu direito às importâncias devidas no âmbito de contrato de seguro ou de operação de capitalização, sempre que esta tenha conhecimento da morte do segurado ou do subscritor. Esta obrigação deve ser cumprida no prazo de 30 dias após a data do conhecimento desse facto.