



CLÁUDIA CARVALHO*

Responsável Jurídico e de Verificação do Cumprimento da VICTORIA
Membro da AIDA Portugal

O impacto da Lei da Morte Medicamente Assistida nos seguros de vida

The impact of the Medically Assisted Death Act on life insurance

RESUMO: No presente artigo, abordaremos o tema da despenalização da morte medicamente assistida em Portugal, em particular o impacto da recente Lei n.º 22/2023, de 25 de maio, nos seguros de vida. Por via da análise do seu artigo 29.º, será feita uma reflexão sobre as soluções adotadas pelo legislador e sobre as incertezas e dificuldades que a sua redação coloca.

Palavras-chave: Morte medicamente assistida; eutanásia; suicídio medicamente assistido; seguro de vida; cobertura do risco; beneficiários

ABSTRACT: In this article, we will address the issue of the decriminalisation of medically assisted death in Portugal, in particular the impact of the recent Law no. 22/2023, of 25 May, on life insurance. By analyzing its article 29, we will reflect on the solutions adopted by the legislator and the uncertainties and difficulties that its wording poses.

Keywords: medically assisted death; euthanasia; physician-assisted suicide; life insurance; risk coverage; beneficiaries

SUMÁRIO: 1. Introdução; 2. A Lei da Morte Medicamente Assistida: traços gerais; 3. O risco de morte medicamente assistida nos seguros de vida; 3.1. As

* As opiniões expressas no presente texto são exclusivamente pessoais e vinculam unicamente a autora.

soluções no direito comparado; 3.2. O regime jurídico português; 3.2.1. A Lei do Contrato de Seguro; 3.2.2. As soluções na Lei da Morte Medicamente Assistida; 4. A repartição do risco com os resseguradores; 5. Outras repercussões; 6. Conclusão.

ABREVIATURAS: ASF = Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões; APS = Associação Portuguesa de Seguradores; CADA = Comissão de Acesso aos Documentos Administrativos; CC = Código Civil, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 47344/66, de 25 de novembro, com as sucessivas alterações; CCom = Código Comercial, aprovado por Carta de Lei de 28 de junho de 1888, com as sucessivas alterações; CNPD = Comissão Nacional de Proteção de Dados; CP = Código Penal, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 48/95, de 15 de março, com as sucessivas alterações; CRP = Constituição da República Portuguesa; CVA = Comissão de Verificação e Avaliação; LADA = Regime de acesso à informação administrativa e ambiental e de reutilização dos documentos administrativos, aprovado pela Lei n.º 26/2016, de 22 de agosto, com as sucessivas alterações; LCCG = Regime Jurídico das Cláusulas Contratuais Gerais, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 446/85, de 25 de outubro; LCS = Regime Jurídico do Contrato de Seguro (ou Lei do Contrato de Seguro), aprovado pelo Decreto-Lei n.º 72/2008, de 16 de abril, com as sucessivas alterações; LERGPD = Lei de Execução do Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados, aprovada pela Lei n.º 58/2019, de 08 de agosto; RGPD = Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados, aprovado pelo Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016, com as sucessivas alterações; RJASR = Regime Jurídico de Acesso e Exercício da Atividade Seguradora e Resseguradora, aprovado pela Lei n.º 147/2015, de 09 de setembro, com as sucessivas alterações; RJFP = Regime Jurídico da Constituição e do Funcionamento dos Fundos de Pensões e das Entidades Gestoras de Fundos de Pensões, aprovado pela Lei n.º 27/2020, de 23 de julho.

1. Introdução

I. Como bem se compreenderá, o tema da morte medicamente assistida é controverso e delicado: entre o direito à vida e a liberdade individual quanto a decidir o seu *terminus*, para que lado devemos pender?

Dogmaticamente, podemos falar de três tipos de morte assistida: **i)** a eutanásia ativa, que implica que o médico participe, atue, nomeadamente, através da injeção de uma dose letal no paciente, com a intenção de causar a morte; **ii)** a eutanásia passiva (ou indi-

reta), quando um paciente morre devido à inação ou omissão de um médico, como a retenção de hidratação e nutrientes ou a recusa de iniciar terapias; e *iii*) o suicídio assistido, o qual não requer a ação ou omissão do médico, mas sim a sua assistência, oferecendo os seus conhecimentos médicos.¹

II. No plano internacional, encontramos exemplos de países que, por um lado, admitem a eutanásia (Bélgica, Canadá, Espanha, Luxemburgo, Nova Zelândia, Países Baixos e Portugal), a toleram, no sentido de prática observada nos tribunais superiores (Colômbia, Japão e Uruguai) ou, pelo contrário, a punem (Alemanha, Áustria, Brasil, Dinamarca, Finlândia, França, Grécia, Itália, Reino Unido, Suíça e Suécia). Por outro lado, admitem o suicídio assistido (Áustria, Canadá, Espanha, alguns estados federados dos E.U.A., Finlândia, Luxemburgo, Nova Zelândia, Países Baixos, Portugal, Suíça e Suécia), o toleram, no sentido de prática observada nos tribunais superiores (Alemanha, Itália e Japão) ou, pelo contrário, o punem (Bélgica, Brasil, Dinamarca, alguns estados federados dos E.U.A., França, Grécia, Reino Unido). Apesar da diversidade, a maioria dos países do mundo ainda tipifica a eutanásia e o suicídio assistido como crime.²

III. Em Portugal, foi recentemente publicada a Lei n.º 22/2023, de 25 de maio, que regula as condições em que a morte medicamente assistida não é punível e altera o Código Penal.

A discussão nacional sobre a despenalização da morte medicamente assistida durou quase trinta anos³, com um histórico de

¹ Abel B. Veiga Copo, *Eutanasia, Derecho a Morir, Suicidio, Paliativos, Homicidio y su Aseguramiento em Seguro de personas e inteligencia artificial*, coord. Miguel Martínez Muñoz, 1.ª ed., Editorial Civitas, Madrid, 2022, 819-873.

² Abordaremos, com maior detalhe, o quadro legal de alguns destes países, infra 3.1. Para maior desenvolvimento, vd. Divisão de Informação Legislativa e Parlamentar da Assembleia da República, *Eutanásia e Suicídio Assistido: Enquadramento Internacional*, Coleção Temas n.º 60, Lisboa, 2022, acessível em: www.parlamento.pt

³ A este propósito vd. Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, *Parecer sobre Aspectos Éticos dos Cuidados de Saúde relacionados com o Final da Vida (11/CNECV/95)*, 1995, acessível em: www.cnecv.pt

sucessivos Projetos de Lei falhados e declarações de inconstitucionalidade (vd. Acórdãos do Tribunal Constitucional n.º 123/2021 e n.º 5/2023). Apesar de aprovadas, as soluções encontradas e vertidas na Lei da Morte Medicamente Assistida mereceram inúmeras críticas por parte das comunidades científica, ética, jurídica e de associações profissionais, num país em que o sistema público de saúde apresenta graves carências na prestação efetiva de cuidados paliativos⁴.

À data da elaboração do presente artigo, algumas matérias carecem de regulamentação pelo Governo⁵, o que condiciona a entrada em vigor do diploma, tendo, ainda, sido requerida a fiscalização abstrata sucessiva da constitucionalidade de determinadas normas, da qual se aguarda a decisão do Tribunal Constitucional. A relevância e a pertinência do estudo do tema não ficam, no entanto, prejudicadas.

2. A Lei da Morte Medicamente Assistida: traços gerais

I. A Lei n.º 22/2023 vem regular as condições em que a morte⁶ medicamente assistida não é punível, alterando o Código Penal.

⁴ Segundo a Organização Mundial de Saúde, os cuidados paliativos visam melhorar a qualidade de vida dos doentes e seus familiares, face a uma doença que ameace a vida, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce, adequada avaliação e tratamento da dor e demais sintomas físicos, psicossociais e espirituais. Os cuidados paliativos afirmam a vida e consideram a morte como um processo natural, não pretendendo antecipar nem adiar, oferecendo um sistema de apoio que ajuda os doentes a viver tão ativamente quanto possível, até à morte. De acordo com a alínea *a*) da Base II da Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro (“Lei de Bases dos Cuidados Paliativos”), consideram-se *cuidados paliativos* «os cuidados ativos, coordenados e globais, prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou no domicílio, a doentes em situação de sofrimento decorrente de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, assim como às suas famílias, com o principal objetivo de promover o seu bem-estar e a sua qualidade de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, com base na identificação precoce e do tratamento rigoroso da dor e outros problemas físicos, mas também psicossociais e espirituais».

⁵ *infra* 2.III.

⁶ Nos termos do artigo 2.º da Lei n.º 141/99, de 28 de agosto, a morte corresponde à cessação irreversível das funções do tronco cerebral.

Conforme definido na alínea a) do seu artigo 2.º, considera-se *morte medicamente assistida*, «a morte que ocorre por decisão da própria pessoa, em exercício do seu direito fundamental à autodeterminação e livre desenvolvimento da personalidade,⁷ quando praticada ou ajudada por profissionais de saúde».

⁷ Trata-se do direito fundamental ao desenvolvimento da personalidade, previsto no n.º 1 do artigo 26.º da CRP. No Acórdão n.º 5/2023 do Tribunal Constitucional podemos ler: «A doutrina portuguesa tem também vindo a acentuar as dimensões de liberdade e de autodeterminação que se encontram associadas a este direito. Como escrevem GOMES CANOTILHO e VITAL MOREIRA relativamente ao mesmo: «na qualidade de expressão geral de uma esfera de liberdade pessoal, ele constitui um direito subjetivo fundamental do indivíduo, garantindo-lhe um direito à formação livre da personalidade ou liberdade de ação como sujeito autónomo dotado de autodeterminação decisória, e um direito de personalidade fundamentalmente garantidor da sua esfera jurídico-pessoal e, em especial, da integridade deste» (Autores *cits.*, *Constituição...*, *cit.*, anot. III ao artigo 26.º, pp. 463-464). Os mesmos Autores acrescentam que o âmbito normativo de proteção deste direito compreende três dimensões: 1) a formação livre da personalidade, sem planificação ou imposição estatal de modelos de personalidade; 2) a proteção da liberdade de ação de acordo com o projeto de vida, vocação e capacidades pessoais próprias; e 3) a proteção da integridade da pessoa em vista a garantir a esfera jurídico-pessoal no processo de desenvolvimento (*ibidem*).

Em sentido próximo, RUI MEDEIROS e ANTÓNIO CORTÊS salientam que aquele direito compreende uma tutela abrangente da personalidade enquanto substrato da individualidade (nos seus diversos aspetos) e uma tutela da liberdade (Autores *cits.*, *Constituição...*, *cit.*, anot. XIV ao artigo 26.º, p. 614). Estes Autores assinalam ainda a interligação que se verifica entre o direito em apreço e outros direitos e interesses constitucionalmente tutelados, afirmando que «o respeito pela dignidade humana, pelo pluralismo democrático, pela identidade pessoal e pelo desenvolvimento da personalidade de cada um implica o reconhecimento de um espaço legítimo de liberdade e realização pessoal liberto de constrangimentos jurídicos» (*ibidem*).

A mencionada liberdade geral de ação traduz-se essencialmente num espaço próprio de autonomia que confere a cada pessoa a liberdade de conduzir a sua própria existência de acordo com as características específicas da sua personalidade e do seu projeto de vida. Como este Tribunal já frisou a propósito de tal dimensão, a mesma consiste numa «liberdade de exteriorização da personalidade ou liberdade de ação de acordo com o projeto de vida e a vocação e capacidades pessoais próprias» (Acórdão n.º 225/2018), assegurando-se «a cada um a liberdade de traçar o seu próprio plano de vida» (Acórdão n.º 288/98). Já a capacidade de autodeterminação traduz-se essencialmente num espaço próprio de autonomia decisória que confere a cada pessoa a liberdade de fazer escolhas relevantes para a sua vida enquanto ser racional e o ónus de assumir a responsabilidade pelas mesmas. Também esta vertente tem vindo a ser enfatizada na jurisprudência constitucional e na doutrina, que a descrevem como a «liberdade de ação necessária à autoconformação da identidade própria

A morte medicamente assistida pode ocorrer por suicídio medicamente assistido, por via de autoadministração de fármacos letais pelo próprio doente, sob supervisão médica, ou, subsidiariamente, por eutanásia, através da administração de fármacos letais pelo médico ou profissional de saúde devidamente habilitado para o efeito, a qual apenas poderá ocorrer quando o suicídio medicamente assistido for impossível por incapacidade física⁸ do doente. A lei veio, assim, admitir a *eutanásia ativa*.

Não é punível a morte medicamente assistida que ocorra sob determinados requisitos (artigo 3.º), a saber:

- i) decisão da própria pessoa⁹;
- ii) maior e de nacionalidade portuguesa ou legalmente residente em território nacional;

de um sujeito autodeterminado» (Acórdão n.º 225/2018), ou ainda a como a «liberdade de ação como sujeito autónomo dotado de autodeterminação decisória» (v. GOMES CANOTILHO e VITAL MOREIRA, *Constituição...*, cit., anot. III ao artigo 26.º, p. 463).

Estas duas dimensões do direito ao desenvolvimento da personalidade conferem a cada pessoa o poder de tomar decisões cruciais sobre a forma como pretende viver a própria vida e, por inerência, a forma como não a pretende continuar a viver. O espaço irredutível de autonomia individual para conduzir a sua própria existência de acordo com as características específicas da sua personalidade e o seu projeto de vida decorrente da liberdade geral de ação pode, assim, integrar um projeto de fim de vida delineado em função das conceções e valorações relativas ao significado da própria existência para cada pessoa. Por sua vez, a liberdade de cada um fazer escolhas relevantes para a própria vida enquanto ser dotado de racionalidade e de responsabilidade, que é própria da autonomia decisória, também pode proteger a decisão de uma pessoa pôr termo à própria vida, desde que tomada de forma capaz, livre, consciente e esclarecida. Vai nesse sentido o entendimento do TEDH de que «o direito de uma pessoa decidir de que modo e em que momento a sua vida deve terminar, desde que esteja em condições de formar livremente a sua vontade a esse respeito e de agir em conformidade é um dos aspetos compreendidos no direito ao respeito pela vida privada consagrado no artigo 8.º da Convenção» (v. o Acórdão [Sec.] de 20 de janeiro de 2011, Haas c. Suisse, Queixa n.º 31322/07, § 51; confirmando esta jurisprudência, v. os Acórdãos [Sec.] de 19 de julho de 2012, Koch c. Allemagne, Queixa n.º 497/09, § 52; e de 14 de maio de 2013, Gross c. Suisse, Queixa n.º 67810/10, § 59).», acessível em: www.tribunalconstitucional.pt

⁸ Neste sentido, fica por esclarecer o que se deva entender por “incapacidade física” e quais os requisitos a que a mesma deva obedecer.

⁹ A Lei n.º 22/2023 exige, em qualquer fase do procedimento, uma decisão «estritamente pessoal e indelegável» do doente. Caso o doente que solicita a morte medicamente assistida

- iii) cuja vontade seja atual e reiterada, séria, livre e esclarecida¹⁰;
- iv) em situação de sofrimento de grande intensidade¹¹;
- v) com lesão definitiva de gravidade extrema¹² ou doença grave e incurável¹³;
- vi) quando praticada ou ajudada por profissionais de saúde.

não saiba ou esteja impossibilitado fisicamente de escrever e assinar, pode, em todas as fases do procedimento em que seja requerido, fazer-se substituir por pessoa da sua confiança, por si designada apenas para esse efeito, aplicando-se as regras do reconhecimento de assinatura a rogo na presença de profissional legalmente competente, devendo a assinatura ser efetuada na presença do médico orientador, com referência expressa a essa circunstância, e na presença de uma ou mais testemunhas.

¹⁰ Pretende-se, assim, que a vontade não seja passageira ou irrefletida, mas sim insistente, verdadeira, ponderada, consciente, não influenciada ou inquinada por vícios da vontade (coação, erro). Nos termos do artigo 7.º da lei da morte medicamente assistida, é obrigatório o parecer de um médico psiquiatra quando: «a) O médico orientador e ou o médico especialista tenham dúvidas sobre a capacidade da pessoa para solicitar a morte medicamente assistida revelando uma vontade séria, livre e esclarecida; b) O médico orientador e ou o médico especialista admitam que a pessoa seja portadora de perturbação psíquica ou condição médica que afete a sua capacidade de tomar decisões.». Em caso de parecer desfavorável do médico psiquiatra, o procedimento é cancelado.

¹¹ Definido na alínea f) do artigo 2.º como «o sofrimento decorrente de doença grave e incurável ou de lesão definitiva de gravidade extrema, com grande intensidade, persistente, continuado ou permanente e considerado intolerável pela própria pessoa». Ao contrário do que seria desejável, ficou por concretizar o conceito “grande intensidade”, parecendo deixá-lo ao critério e sensibilidade de cada doente, profissionais de saúde e outros aplicadores da lei e, em última análise, aos tribunais.

¹² Definida na alínea e) do artigo 2.º como «a lesão grave, definitiva e amplamente incapacitante que coloca a pessoa em situação de dependência de terceiro ou de apoio tecnológico para a realização das atividades elementares da vida diária, existindo certeza ou probabilidade muito elevada de que tais limitações venham a persistir no tempo sem possibilidade de cura ou de melhoria significativa».

¹³ Definida na alínea d) do artigo 2.º como «a doença que ameaça a vida, em fase avançada e progressiva, incurável e irreversível, que origina sofrimento de grande intensidade». Fazemos notar que, para esta definição de doença grave e incurável, não assume relevância o prognóstico do tempo de vida do doente (“prognóstico vital”), o que parece desfasado da Lei n.º 31/2018, de 18 de julho, que estabelece um conjunto de direitos das pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida. Nos termos do artigo 2.º da Lei n.º 31/2018: «considera-se que uma pessoa se encontra em contexto de doença avançada e em fim de vida quando padeça de doença grave, que ameaça a vida, em fase avançada, incurável e irreversível e exista prognóstico vital estimado de 6 a 12 meses.».

II. O procedimento clínico tem início com o pedido de abertura, efetuado pelo doente, ou por pessoa por si designada, podendo ser livremente revogado, a todo o tempo. Ao exigir o pedido, a lei parece indiciar que não basta o simples consentimento do doente ou uma atitude passiva por parte deste, como seja a de tolerar, aceitar, suportar ou concordar, tendo de intervir ativamente no processo de formação desta (sua) decisão. A revogação do pedido de morte medicamente assistida põe termo ao procedimento clínico em curso.

Após o pedido de abertura, segue-se o parecer do médico orientador, que carece de posterior confirmação por médico especialista e, em alguns casos, de confirmação por médico especialista em psiquiatria (artigos 5.º a 7.º). Sendo estes pareceres favoráveis e reconfirmada a vontade do doente, caberá à CVA emitir parecer, nos termos do artigo 8.º. No caso de também este ser favorável e confirmando-se, novamente, a vontade do doente, é concretizada a decisão, por via da administração dos fármacos letais (artigos 9.º e 10.º).

A escolha do local para a prática da morte medicamente assistida cabe ao doente, podendo ocorrer nos estabelecimentos de saúde do Serviço Nacional de Saúde e dos setores privado e social que estejam devidamente licenciados e autorizados para a prática de cuidados de saúde, disponham de internamento e de local adequado e com acesso reservado, ou outro local, desde que o médico orientador certifique que o mesmo dispõe de condições clínicas e de conforto adequadas para o efeito, cfr. artigo 13.º.

De acordo com o n.º 5 do artigo 4.º, desde a data do pedido de abertura do procedimento clínico até à concretização da morte medicamente assistida, terá de decorrer um período mínimo de dois meses, sem prejuízo dos prazos fixados na lei para cada etapa do processo.

III. Algumas matérias carecem de regulamentação, nomeadamente o modelo de Registo Clínico Especial¹⁴ e o modelo de Rela-

¹⁴ De acordo com o n.º 1 do artigo 16.º da Lei, do Registo Clínico Especial devem constar: «a) Todas as informações clínicas relativas ao procedimento em curso; b) Os pareceres e relatórios apresentados pelos médicos e outros profissionais de saúde intervenientes no processo; c) O parecer da CVA; d) As decisões do doente sobre a continuação do procedimento

tório Final¹⁵, a serem aprovados pelo Governo no prazo de noventa dias após a publicação da lei, o qual já se encontra ultrapassado.

Perante o incumprimento, foi anunciado o Projeto de Resolução n.º 923/XV/2, de 28 de setembro de 2023, que recomenda ao Governo que proceda à regulamentação da lei que regula a morte medicamente assistida.¹⁶ À data da elaboração do presente estudo, é sabido o adiamento da respetiva regulamentação para o ano de 2024.¹⁷

A sua publicação marcará, assim, o início da contagem do prazo de trinta dias para a entrada em vigor da lei.

IV. Não menos importante para a operacionalização do procedimento clínico da morte medicamente assistida, assumindo um papel central no mesmo, trata-se da designação dos membros da CVA, composta por: dois juristas, um designado pelo Conselho Superior da Magistratura e outro pelo Conselho Superior do Ministério Público; um médico designado pela Ordem dos Médicos¹⁸; um enfer-

ou a revogação do pedido; e) A decisão do doente sobre o método de morte medicamente assistida; f) Outras ocorrências consideradas relevantes.».

¹⁵ De acordo com o n.º 3 do artigo 17.º da Lei, do Relatório Final, emitido após a morte do doente, devem constar, entre outros: «a) A identificação do doente e dos médicos e outros profissionais intervenientes no processo, incluindo os que praticaram ou ajudaram à morte medicamente assistida, e das pessoas consultadas durante o procedimento; b) Os elementos que confirmam o cumprimento dos requisitos exigidos pela presente lei para a morte medicamente assistida; c) A informação sobre o estado clínico, nomeadamente sobre o diagnóstico e prognóstico, com explicitação da natureza grave e incurável da doença ou da condição definitiva e de gravidade extrema da lesão e das características e intensidade previsível do sofrimento; d) O método e os fármacos letais utilizados; e) A data, a hora e o local onde se praticou o procedimento de morte medicamente assistida e a identificação dos presentes; f) Os fundamentos do encerramento do procedimento.».

¹⁶ Acessível em: www.parlamento.pt

¹⁷ Cfr. informação acessível em: www.expresso.pt

¹⁸ Determina o n.º 2 do artigo 65.º do Código Deontológico da Ordem dos Médicos (aprovado pelo Regulamento n.º 707/2016 da Ordem dos Médicos) que ao médico é vedada a ajuda ao suicídio, a eutanásia e a distanásia. No âmbito do Projeto de Lei n.º 5/XV/1, a Ordem dos Médicos informou a Assembleia da República da sua posição de recusa em indicar ou nomear médicos para a CVA e emitiu o seu Parecer: «O Código Deontológico da Ordem dos Médicos não é um simples regulamento administrativo, mas um recetáculo de valores éticos fundamentais, suprapositivos e enraizados a consciência ético-jurídica dos Médicos. Se a lei da eutanásia entrar em vigor não pode por si mesma determinar ou obrigar

meiro designado pela Ordem dos Enfermeiros; e um especialista em bioética designado pelo Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. Esta designação deverá ocorrer no prazo de vinte dias úteis a contar da entrada em vigor da lei. Será esta mesma Comissão que, administrativamente, terá a “última palavra” sobre se, no caso em concreto, estão reunidas as condições e requisitos legais para a prática da morte medicamente assistida: em caso de parecer desfavorável, o procedimento em curso é cancelado, podendo ser reiniciado com um novo pedido de abertura. Compete, igualmente, à CVA a avaliação sistemática da aplicação desta lei, apresentando à Assembleia da República, anualmente, um relatório com informação estatística e eventuais recomendações.

V. A lei vem, ainda, alterar o artigo 134.º (*Homicídio a pedido da vítima*)¹⁹, o artigo 135.º (*Incitamento ou ajuda ao suicídio*)²⁰ e o artigo 139.º (*Propaganda do suicídio*), todos do CP, despenalizando as condutas realizadas no cumprimento das condições estabelecidas na Lei da Morte Medicamente Assistida.

à adulteração dos princípios éticos e deontológicos da Medicina, através da alteração do nosso código de conduta.».

Esta posição encontra-se alinhada com o entendimento da Associação Médica Mundial (*World Medical Association*), que se opõe firmemente à eutanásia e ao suicídio assistido, conforme Declaração adotada na 70.ª Assembleia Geral em outubro de 2019, acessível em: www.wma.net

¹⁹ A propósito do crime previsto no artigo 134.º do CP, Manuel da Costa Andrade entende que: «A exigência da realização do ilícito típico do Homicídio determina, por um lado, a exclusão do âmbito do Homicídio a pedido da vítima dos factos que possam levar-se à conta do suicídio, auxílio ao suicídio ou mesmo à chamada eutanásia indireta (ortotanásia). Também a eutanásia indireta não cai sobre a área de tutela do crime de Homicídio. (...) a conduta do agente não configura aqui um matar no sentido da ação típica do Homicídio.» – Manuel da Costa Andrade, anotação ao artigo 134.º, no *Comentário Conimbricense do Código Penal Anotado – Parte Especial*, t. I, coord. Jorge de Figueiredo Dias, Coimbra Editora, Coimbra, 1999, 60.

²⁰ O médico que, respeitando a vontade do doente de recusa de tratamento ainda que provoque a sua morte, não intervém e não o salva (eutanásia passiva ou indireta), não comete a infração prevista neste artigo. Cfr. Manuel da Costa Andrade, anotação ao artigo 135.º, no *Comentário Conimbricense do Código Penal Anotado – Parte Especial* cit. –, t. I, 81.

VI. Sintomático da controvérsia do tema e das soluções adotadas pelo legislador, é o facto de ter sido requerida a fiscalização abstrata sucessiva da constitucionalidade de determinadas normas, da qual se aguarda a decisão do Tribunal Constitucional.

3. O risco de morte medicamente assistida nos seguros de vida

3.1. As soluções no direito comparado

I. Apesar de a morte medicamente assistida ser, em regra, proibida e punida nos E.U.A., existem alguns estados federados que permitem o suicídio assistido, como é o caso do Oregon, desde outubro de 1997, através do *The Oregon Death With Dignity Act – Oregon Revised Statutes*, que determina que a eficácia e validade dos contratos de seguro de vida, de saúde e de acidentes não são afetadas pela decisão de a pessoa pôr fim à sua vida por meio do suicídio assistido.²¹

II. Nos Países Baixos, tanto a eutanásia, como o suicídio assistido, são permitidos, encontrando-se regulados na *Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding*²² – Lei sobre o controlo da interrupção da vida a pedido e do suicídio assistido [tradução livre] – que entrou em vigor em abril de 2002.²³

²¹ «127.875 §3.13. Insurance or annuity policies. The sale, procurement, or issuance of any life, health, or accident insurance or annuity policy or the rate charged for any policy shall not be conditioned upon or affected by the making or rescinding of a request, by a person, for medication to end his or her life in a humane and dignified manner. Neither shall a qualified patient's act of ingesting medication to end his or her life in a humane and dignified manner have an effect upon a life, health, or accident insurance or annuity policy. [1995 c.3 §3.13]», acessível em: <https://euthanasia.procon.org>

²² Acessível em: <https://wetten.overheid.nl>

²³ Decorridos 20 anos desde a entrada em vigor da lei, em 2022, a morte medicamente assistida representou 5,1% do total de mortes declaradas no país, conforme o relatório anual elaborado pelo *Regional Euthanasia Review Committees*, acessível em: <https://english.euthanasiecommissie.nl>

A lei não prevê qualquer disposição em matéria de contratos, em especial nos seguro de vida. No entanto, o que a prática neerlandesa demonstra é que o mercado segurador garante o pagamento do capital seguro em caso de morte medicamente assistida: ora definindo expressamente que, para efeitos de exclusão do suicídio ocorrido nos dois primeiros anos de vigência da apólice, a eutanásia, efetuada nos termos fixados na lei e/ou na jurisprudência, não é considerada suicídio; ora prevendo expressamente que, para efeito de cobertura do seguro, há lugar à cobertura do sinistro e à realização da prestação do segurador em caso de eutanásia realizada de acordo com os critérios fixados na lei e na jurisprudência.²⁴

III. Na Bélgica, desde a entrada em vigor da *Loi relative à l'euthanasie*²⁵, em 20 de setembro de 2002, é permitida a eutanásia.²⁶

A lei esclarece, no seu artigo 15.º, que a morte de uma pessoa na sequência de uma eutanásia praticada ao abrigo daquele normativo é considerada como morte natural, para efeitos dos contratos de que é parte, em particular dos contratos de seguro, e que os profissionais que intervêm no processo de eutanásia não podem beneficiar de disposições *inter vivos* ou testamentárias feitas a seu favor pelo doente no decurso do procedimento.²⁷

²⁴ A este propósito, veja-se os exemplos das Condições Gerais *Personal Life Insurance*, da TAF (alínea c) da cláusula 6.1.), Condições Gerais do Seguro de Vida n.º 2423, da Nationale Nederlanden (cláusula sob o título *Wanneer keren we uit?*) e Condições Gerais do Seguro de Vida 2023.03, da ASR (cláusula 3.4.), acessíveis em: www.taf.nl, www.nn.nl e www.asr.nl, respetivamente.

²⁵ Acessível em: www.ejustice.just.fgov.be

²⁶ Decorridos quase 20 anos desde a entrada em vigor da lei, em 2021, a morte medicamente assistida representou 2,4% do total de mortes declaradas no país, conforme o relatório anual elaborado pela *Commission fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie*, acessível em: <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be>

²⁷ «Art. 15. La personne décédée à la suite d'une euthanasie dans le respect des conditions imposées par la présente loi est réputée décédée de mort naturelle pour ce qui concerne l'exécution des contrats auxquels elle était partie, en particulier les contrats d'assurance. Les dispositions de l'article 909 du Code civil sont applicables aux membres de l'équipe soignante visés à l'article 3».

O suicídio assistido não é permitido e não foi incluído na noção de morte medicamente assistida que consta no artigo 2.º daquela lei. O contrato de seguro não cobre, salvo convenção em contrário, o pagamento do capital seguro em caso de suicídio ocorrido no primeiro ano de vigência da apólice, recaindo sobre o segurador o ónus da prova da existência de suicídio, conforme decorre do §1.º, do artigo 164.º, da *Loi relative aux assurances*, de 4 de abril de 2014.²⁸

IV. O Luxemburgo despenalizou a eutanásia e o suicídio assistido, com a publicação da *Loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide*²⁹, que entrou em vigor a 20 de março de 2009.³⁰

Com a alteração introduzida pela Lei de 2 de março de 2021 foi aditado o artigo 15.º-A, sendo considerada morte natural, para efeitos dos contratos de que é parte, a morte de uma pessoa na sequência de eutanásia ou suicídio assistido praticados ao abrigo daquele normativo.³¹

V. No Canadá, desde 2016,³² é permitida a morte medicamente assistida (tanto a eutanásia, como o suicídio assistido), encontran-

²⁸ «Risques exclus

Art. 164. § 1er. Sauf convention contraire, l'assurance ne couvre pas le suicide de l'assuré survenu moins d'un an après la prise d'effet du contrat. L'assurance couvre le suicide survenu un an ou plus d'un an après la prise d'effet du contrat. La preuve du suicide incombe à l'assureur. (...), acessível em: www.ejustice.just.fgov.be.

²⁹ Acessível em: <https://legilux.public.lu>

³⁰ Decorridos mais de 10 anos desde a entrada em vigor da lei, em 2022 registaram-se 34 óbitos por morte medicamente assistida, conforme o relatório anual elaborado pela *Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation de l'application de la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide*, acessível em: <https://sante.public.lu>

³¹ «Art. 15bis.

La personne décédée à la suite d'une euthanasie ou d'une assistance au suicide dans le respect des dispositions de la présente loi est réputée décédée de mort naturelle pour ce qui concerne l'exécution des contrats auxquels elle était partie.», acessível em: <https://legilux.public.lu>

³² Em 2021, a morte medicamente assistida representou 3,3% do total de mortes declaradas no país, conforme o relatório anual elaborado pela *Health Canada*, acessível em: www.canada.ca

do-se esta matéria regulada pelo *An Act to amend the Criminal Code and to make related amendments to other Acts (medical assistance in dying)*.³³

Sem prejuízo de esta lei ser omissa quanto aos efeitos nos contratos de seguro, em novembro de 2016, a *Canadian Life and Health Insurance Association* publicou a sua posição relativamente a este tema, no sentido de considerar que, se a morte medicamente assistida (“MAID”) ocorrer no cumprimento dos requisitos previstos na lei, então tal não será considerado suicídio para efeitos de exclusão nos seguros de vida.³⁴

VI. Em Espanha, a *Ley Orgánica 3/2021*, de 24 de março³⁵, veio regular a morte medicamente assistida (tanto a eutanásia, como o suicídio assistido), tendo entrado em vigor em 25 de junho de 2021.³⁶

Num dos seus artigos, esclarece que a morte medicamente assistida será considerada, para todos os efeitos, como morte natural, o que se reflete, naturalmente, nos contratos de seguro de vida celebrados pelo doente, para efeito de pagamento do sinistro.³⁷

³³ Acessível em: <https://laws-lois.justice.gc.ca>

³⁴ «1. If MAID takes place and it is in accordance with the rules and processes set out by the government(s), then MAID will not be considered to be “suicide” for the purposes of life insurance.

2. Where the MAID process takes place in accordance with paragraph 1, an insurer would not be prevented from relying upon any other defences (not related to accessing MAID) that may otherwise be applicable. For example:

a. any misrepresentation that may have been made in applying for coverage, or
b. any medical conditions specifically excluded at the time the policy was issued.

3. Where the MAID process takes place, it will still generally be necessary to know the underlying illness. For this reason, we recommend that any death certificate issued following MAID should also indicate the underlying cause of death.» acessível em: www.clhia.ca

³⁵ Acessível em: www.boe.es

³⁶ De acordo com o relatório anual elaborado pelo *Ministerio de Sanidad*, em 2021 registaram-se em Espanha 71 óbitos por morte medicamente assistida, acessível em: www.sanidad.gob.es

³⁷ «Disposición adicional primera. Sobre la consideración legal de la muerte.

La muerte como consecuencia de la prestación de ayuda para morir tendrá la consideración legal de muerte natural a todos los efectos, independientemente de la codificación realizada en la misma.»

A lei espanhola determina, ainda, que não podem intervir no procedimento de morte medicamente assistida quem se encontre em situação de conflito de interesses ou obtenha algum benefício com o procedimento.³⁸

3.2. O regime jurídico português

3.2.1. A Lei do Contrato de Seguro

I. Apesar de a LCS não definir *contrato de seguro*, o artigo 1.º indica os seus elementos característicos: o segurador cobre um determinado risco do tomador do seguro ou de outrem, obrigando-se a realizar a prestação convencionada em caso de ocorrência do evento aleatório previsto no contrato, em contrapartida do pagamento do prémio.

Na esteira de José Vasques, os conceitos de álea e de risco não se confundem, porquanto o primeiro indica a probabilidade de uma vantagem com a inerente probabilidade de perda, em contraposição com o segundo que reflete apenas o aspeto negativo da situação de incerteza, na medida em que significa a possibilidade da ocorrência do evento danoso: «O risco é normalmente caracterizado como o evento danoso, lícito, fortuito e incerto, isto é, que não seja contrário à lei ou ofensivo da ordem pública ou dos bons costumes [...], que não tenha ainda ocorrido [...] ou cessado [...], e relativamente ao qual exista uma possibilidade absoluta ou relativa de ocorrência, consoante a incerteza se refira à própria verificação do evento [...], ao momento da sua certa ocorrência [...] ou quanto ao seu montante [...]».³⁹

Já Menezes Cordeiro explica: «Tecnicamente, considera-se que a álea exprime uma margem de flutuação nos eventos futuros, impli-

³⁸ «Artículo 14. Prestación de la ayuda para morir por los servicios de salud.

(...) No podrán intervenir en ninguno de los equipos profesionales quienes incurran en conflicto de intereses ni quienes resulten beneficiados de la práctica de la eutanasia.»

³⁹ José Vasques, anotação ao artigo 44.º, na *Lei do Contrato de Seguro – Anotada*, Pedro Romano Martínez *et al.*, 4.ª ed., Almedina, Coimbra, 2023 (reimpr.), 260.

cando uma possibilidade de vantagens, com a inerente probabilidade de uma perda. Sendo assim, o risco exprimiria a vertente negativa da álea: a de um perigo de um mal. Risco pode, deste modo, ser definido como a probabilidade de diminuição, numa situação previamente considerada. Toma corpo numa de cinco eventualidades:

- na supressão ou na diminuição de uma vantagem;
- no não-surgimento de uma vantagem;
- no aumento de uma desvantagem;
- no não-desaparecimento de uma desvantagem;
- no desaparecimento menor de uma desvantagem.

O risco não tem de ser reportado a eventos futuros; mas quando assente em factos passados (ou presentes), estes não podem ser do conhecimento de quem corra o risco: ou já não haverá probabilidades, mas certezas.»⁴⁰, concluindo que uma definição do contrato de seguro que dispensasse o risco redundaria numa simples aposta.

Por seu turno, Margarida Lima Rego esclarece o seguinte: «O contrato de seguro é habitualmente caracterizado como um contrato aleatório por se desconhecer à partida qual das duas partes desembolsará maior pecúlio. É habitual referir-se, por simplicidade, o caso mais frequente em que é certo o pagamento do prémio pelo tomador e meramente eventual o pagamento da indemnização pelo segurador. [...] Em qualquer dos casos, importante é o desconhecimento, aquando da contratação, de qual das duas partes desembolsará, a final, maior pecúlio.»⁴¹

O *evento aleatório* a que o artigo 1.º da LCS se refere é o sinistro. Prevê o seu artigo 99.º que o sinistro corresponde à verificação, total ou parcial, do evento que desencadeia o acionamento da cobertura do risco prevista no contrato.

⁴⁰ António Menezes Cordeiro, *Direito dos Seguros*, 2.ª ed., Almedina, Coimbra, 2017 (reimpr.), 539-541.

⁴¹ Margarida Lima Rego, *Contrato de Seguro e Terceiros – Estudo de direito civil*, Coimbra Editora, Coimbra, 2010, 395-396.

II. Nos termos do artigo 183.º da LCS, no seguro de vida, o segurador cobre um risco relacionado com a morte ou a sobrevivência da pessoa.⁴² Neste tipo de seguro, garantem-se, essencialmente, prestações de valor predeterminado, através do pagamento de um capital convencionado, não dependendo da existência de um dano ou do seu efetivo montante (n.º 2 do artigo 175.º da LCS), pelo que o princípio do indemnizatório, plasmado nos artigos 128.º a 136.º da LCS, não é aplicável ao seguro de vida, na medida em que assenta naquelas prestações.⁴³

III. Conforme decorre do artigo 191.º, n.º 1, da LCS, salvo convenção em contrário, a cobertura da morte em caso de suicídio ocorrido até um ano após a celebração do contrato encontra-se excluída. Esta limitação temporal, para efeito de exclusão, aplica-se, ainda, em caso de aumento do capital seguro por morte, bem como na eventualidade de a vigência do contrato ser repostada, respeitando a exclusão apenas ao acréscimo de cobertura relacionado com essas circunstâncias, nos termos do artigo 191.º, n.º 2, da LCS.

Esta disposição é supletiva (cfr. artigos 12.º e 13.º da LCS, *a contrario*), pelo que vigorando o princípio da liberdade contratual, previsto no artigo 11.º da LCS e decorrente do princípio geral do artigo 405.º do CC, o segurador tanto pode aumentar o prazo da exclusão⁴⁴, como até decidir eliminá-la.

A fixação desta limitação temporal pelo legislador teve como objetivo prevenir situações de fraude e o próprio ato de suicídio, desen-

⁴² De acordo com o artigo 9.º do RJASR, o ramo vida inclui: «a) Seguro de vida: i) Em caso de morte, em caso de vida, misto e em caso de vida com contrasseguro; ii) Renda; iii) Seguros complementares dos seguros de vida, nomeadamente, os relativos a danos corporais, incluindo-se nestes a incapacidade para o trabalho, a morte por acidente ou a invalidez em consequência de acidente ou doença (...)».

⁴³ Cfr. José Alves de Brito, anotação ao artigo 175.º, na *Lei do Contrato de Seguro – Anotada* cit., 534, Luís Poças, *Problemas e Soluções de Direito dos Seguros* cit., 207. Para maior desenvolvimento sobre aquele princípio, e.g. Francisco Rodrigues Rocha, *Do princípio indemnizatório no seguro de Danos*, Almedina, Coimbra, 2015.

⁴⁴ Fixando aquele limite em dois anos, encontramos como exemplos as Condições Gerais Seguro de Vida e as Condições Gerais e Especiais Allianz Vida Segura, acessíveis em: www.fidelidade.pt e www.allianz.pt, respetivamente.

corajando a contratação do seguro por aquele que, já com a intenção ou previsão de vir a cometer suicídio, pretendesse acautelar a situação financeira das pessoas que designasse como beneficiários.

Ainda assim, ao contrário do regime anterior⁴⁵, a LCS não distingue o suicídio voluntário do suicídio involuntário, de maneira que, o disposto no artigo 191.º aplica-se a ambos, quer o contrato de seguro de vida tenha sido celebrado pelo próprio, quer por terceiro.

Nos termos gerais do n.º 2 do artigo 342.º do CC, caberá ao segurador o ónus da prova, para efeitos de exclusão e não realização da prestação devida em caso de sinistro.

IV. Em linha com o previsto no n.º 2 do artigo 46.º da LCS, que determina que o beneficiário que tenha causado dolosamente o dano não tem direito à prestação, o artigo 192.º da LCS estabelece que o autor, cúmplice, instigador ou encobridor do homicídio doloso da pessoa segura, ainda que não consumado, perde o direito à prestação, aplicando-se, salvo convenção em contrário, o regime da designação beneficiária, previsto no n.º 2 do artigo 198.º da LCS.⁴⁶

⁴⁵ O antigo n.º 1 e § único do Artigo 458.º do CCom previam: «O segurador não é obrigado a pagar a quantia segura: 1.º Se a morte da pessoa, cuja vida se segurou, é resultado de duelo, condenação judicial, suicídio voluntário, crime ou delito cometido pelo segurado, ou se este foi morto pelos seus herdeiros; (...) § único. A disposição do n.º 1 deste artigo não é aplicável ao seguro de vida contratado por terceiro». Pelo interesse histórico do anterior regime, vd. J. C. Moitinho de Almeida, *O Contrato de Seguro no Direito Português e Comparado*, Livraria Sá da Costa Editora, Lisboa, 1971, Luiz da Cunha Gonçalves, *Comentário ao Código Comercial Português*, 3 Vol, Empresa Editora José Bastos, Lisboa, 1914-1918, Adriano Anthero, *Comentário ao código commercial portuguez*, Artes e Letras, Porto, 1915, Pedro Soares Martínez, *Teoria e prática dos seguros*, 2.ª ed., s.n., Lisboa, 1961. Já na vigência da LCS, vd. J. C. Moitinho de Almeida, *O novo regime jurídico do contrato de seguro. Breves considerações sobre a protecção dos segurados*, em *Contrato de Seguro – Estudos*, Coimbra Editora, Coimbra, 2009; Maria Inês Oliveira Martins, *O seguro de vida enquanto tipo contratual legal*, Coimbra Editora, Coimbra, 2010.

⁴⁶ No antigo n.º 2 do Artigo 458.º do CCom, previa-se um fator de exclusão, ao invés de uma causa de caducidade da designação beneficiária: «O segurador não é obrigado a pagar a quantia segura: (...) 2.º Se aquele que reclama a indemnização foi autor ou cúmplice do crime da morte da pessoa, cuja vida se segurou (...)». Pelo interesse histórico, vd. anotação anterior. Para maior desenvolvimento sobre o tema dos seguros de vida e, em particular,

No caso de designação conjunta, a caducidade da designação, relativamente ao criminoso, tem como consequência, não a reversão da prestação para os demais designados, mas sim a atribuição daquela prestação para os herdeiros da pessoa segura, como se não tivesse existido designação do beneficiário, nos termos da alínea a) do n.º 2 do artigo 198.º.⁴⁷

«Enquanto não houver notícia de processo penal o segurador só poderá sustentar o pagamento da indemnização se houver fundadas suspeitas do crime».⁴⁸ Tendo o segurador conhecimento de que está em curso um processo-crime, poderá fazer depender o pagamento da prestação do seu desfecho, para determinar, entre outras, a eventual participação do(s) beneficiário(s) no homicídio. Poderá, assim, aguardar por despacho de arquivamento que se tenha tornado definitivo, ou despacho de acusação que indicie outrem pela prática do crime que não o(s) beneficiário(s) ou decisão judicial transitada em julgado. Após o que, ficará determinado, em definitivo, o titular do direito à prestação do segurador – artigo 102.º, n.º 1, da LCS – iniciando-se o prazo de vencimento de trinta dias da obrigação do segurador de satisfazer a prestação contratual, previsto no artigo 104.º da LCS. Em matéria de prescrição, nos termos e para os efeitos do n.º 2 do artigo 121.º da LCS, «[e]stando a constituição do direito do titular dependente de uma decisão judicial condenatória do homicida, só na data do respetivo trânsito em julgado começará a contar o prazo prescricional».⁴⁹

Com a previsão do artigo 192.º *supra*, o legislador pretendeu, por razões de ordem pública e como bem se compreenderá, não beneficiar aquele que atenta contra a vida da pessoa segura, desconsiderando-o como titular do direito à prestação. Refira-se que a parte final do artigo é supletiva (cfr. artigos 12.º, n.º 1, e 13.º, n.º 1 da

a problemática do homicídio nos seguros de vida, vd. Luís Poças, *Problemas e Soluções de Direito dos Seguros*, Almedina, Coimbra, 2019, 201-235.

⁴⁷ Cfr. Arnaldo Costa Oliveira, anotação ao artigo 192.º, na *Lei do Contrato de Seguro – Anotada cit.*, 575.

⁴⁸ Cfr. Arnaldo Costa Oliveira, anotação ao artigo 192.º, na *Lei do Contrato de Seguro – Anotada cit.*, 576.

⁴⁹ Neste sentido, vd. Luís Poças, *Problemas e Soluções de Direito dos Seguros cit.*, 218.

LCS, *a contrario*), pelo que, ao abrigo do princípio da liberdade contratual, pode a mesma ser afastada, mediante convenção em sentido contrário, prevendo-se uma regra de atribuição da prestação do segurador diversa, em consequência daquela caducidade.

V. A designação dos beneficiários do contrato de seguro é efetuada, em regra, pelo tomador do seguro ou por quem este indique (n.º 1 do artigo 198.º da LCS), ou, nos seguros de grupo, pela pessoa segura (artigo 81.º da LCS), feita na proposta, em declaração escrita posterior ou em testamento. A pessoa que designa os beneficiários do contrato de seguro pode, a qualquer momento, revogar ou alterar a sua designação, salvo nos casos de designação irrevogável do beneficiário (artigo 199.º da LCS).

Havendo beneficiários designados, serão estes os titulares do direito a receber o capital seguro por falecimento da pessoa segura, seguindo-se as regras previstas nas alíneas *b*) a *d*) do n.º 2 do artigo 198.º da LCS e de acordo com a interpretação da cláusula beneficiária, nos termos do artigo 201.º da LCS; na falta de designação, o capital seguro será pago aos herdeiros da pessoa segura, seguindo-se o regime da sucessão legítima (alínea *a*) do n.º 2 do artigo 198.º e, por analogia, alínea *a*) do n.º 3 do artigo 201.º da LCS).

3.2.2. As soluções na Lei da Morte Medicamente Assistida

I. A regulação da morte medicamente assistida relativamente aos seguros de vida seria, idealmente: *(i)* suficientemente garantística, acautelando os interesses daqueles que pretendam iniciar o procedimento clínico; *(ii)* neutra, no sentido em que não devia, nem encorajar, nem desencorajar a tomada de decisões relativas aos seus seguros de vida; *(iii)* segura, garantindo ao doente (pessoa segura) que a sua decisão não prejudicaria os beneficiários do seguro de vida no recebimento da prestação; isto, sem nunca lesar os interesses dos restantes indivíduos que não ponderam recorrer a este procedimento clínico.

II. No decurso de anteriores trabalhos legislativos e perante a ausência de previsão expressa sobre seguros de vida nos Proje-

tos de Lei associados, no ano de 2020 a APS teve a oportunidade de demonstrar as suas preocupações junto do Grupo de Trabalho – Despenalização da Morte Medicamente Assistida, da Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias. Nessa audição parlamentar⁵⁰, a APS deu nota de algumas matérias que caberia ponderar, face ao impacto da despenalização da morte medicamente assistida nos seguros de vida, entre elas:

- i) A informação a constar das certidões de óbito de quem recorre à morte medicamente assistida, uma vez que a causa da morte é relevante nos seguros de vida, nomeadamente para efeitos de apuramento do capital a pagar;
- ii) A possibilidade de os profissionais de saúde que intervêm no procedimento e os seus familiares diretos, bem como os estabelecimentos de saúde, poderem ser beneficiários no contrato de seguro de vida do doente;
- iii) O possível conflito entre o princípio da aleatoriedade e incerteza da verificação do evento de morte, que é próprio dos seguros de vida, e a morte medicamente assistida, assente no pressuposto da vontade, intenção e decisão da pessoa segura, associado a um procedimento programado e longo;
- iv) Os riscos de tal fomentar um comércio de seguros de vida, em que, para antecipar o recebimento de um capital, é vendida a alteração do beneficiário designado, assistindo-se a um aproveitamento da situação de debilidade dos doentes em prejuízo de familiares diretos, à semelhança do que se assiste nos E.U.A.;⁵¹
- v) A limitação temporal das alterações de designação de beneficiário.

⁵⁰ Audição parlamentar de 15 de julho de 2020, acessível em: www.canal.parlamento.pt

⁵¹ Cremos que a APS se referia ao denominado *viatical settlement*: o acordo através do qual alguém, com uma doença terminal ou crónica, aliena onerosamente a sua posição contratual num contrato de seguro de vida a um terceiro (dito “investidor”). O acordo permite a quem vende receber um valor único e imediato em dinheiro (valor superior ao resgate da apólice, mas inferior ao benefício por morte), que muitas das vezes é utilizado para pagar cuidados de saúde, e a quem compra assumir a posição de tomador do seguro, pagando

III. O impacto da despenalização da morte medicamente assistida nos seguros de vida acabou por ficar plasmado nos posteriores Projetos de Lei:

«Artigo 29.º

Seguro de vida

1 – Para efeitos do contrato de seguro de vida, a antecipação da morte não é fator de exclusão.

2 – Os profissionais de saúde que participam, a qualquer título, no procedimento clínico de antecipação da morte de uma pessoa segura perdem o direito a quaisquer prestações contratualizadas.

3 – Para efeitos de definição de causa de morte da pessoa segura, deve constar da certidão de óbito a antecipação da morte.

4 – Uma vez iniciado o procedimento clínico de antecipação da morte, a pessoa segura não pode proceder à alteração das cláusulas de designação dos beneficiários.»⁵²

Durante este mesmo processo legislativo, em 2022, a APS apresentou o seu contributo⁵³ para o que entendia ser a melhoria da redação do artigo referente aos seguros de vida, e que se traduzia em:

- i) Na parte inicial do n.º 2, substituir «Os profissionais de saúde (...)» por «As pessoas (...)», optando-se, assim, por um conceito mais lato, o que incluía, nomeadamente, os sacerdotes que prestem assistência espiritual ao doente durante o procedimento clínico, em sintonia com o previsto no artigo 2194.º do CC;

os prémios daí em diante, e de único beneficiário, recebendo o capital seguro aquando da morte do alienante (pessoa segura). Quanto menor a esperança de vida de quem aliene, maior será o valor de alienação da sua posição. Apesar de poder parecer bizarra, esta é uma prática permitida nos E.U.A. O mercado de seguros de vida «em segunda mão» é analisado por Margarida Lima Rego, *Contrato de Seguro e Terceiros – Estudo de direito civil* cit, 617.

⁵² vd. Projeto de Lei 5/XV/1, acessível em: www.parlamento.pt

⁵³ *Contributos APS: Projetos de Lei sobre a Despenalização da Morte Medicamente Assistida*, de 23 de junho de 2022, acessível em: www.parlamento.pt

- ii) Na parte final do n.º 3, acrescentar «(...), sem prejuízo de, para todos os efeitos contratuais, o óbito ser considerado como decorrente da patologia que esteve na origem da abertura do procedimento clínico previsto na presente lei.», por forma a evitar possível litigância, uma vez que a causa da morte não será o próprio procedimento clínico, mas sim a patologia que conduziu ao mesmo. A determinação da causa da morte terá consequências ao nível dos capitais seguros na apólice, que podem divergir consoante a morte decorra de doença, acidente ou acidente de trabalho;
- iii) Acrescentar um novo n.º 5, segundo o qual «[a]s empresas de seguros têm acesso à informação necessária para dar cumprimento ao disposto no presente artigo nos termos estabelecidos em regulamentação a aprovar pelo Governo.», com o objetivo de acelerar o processo de pagamento das prestações e evitar possível litigância.

No entanto, os contributos da APS não foram acolhidos na redação final do artigo.

IV. Publicada a Lei n.º 22/2023, o artigo 29.º fixou-se nos seguintes termos:

«Artigo 29.º
Seguro de vida

1 – Para efeitos do contrato de seguro de vida, a morte medicamente assistida não é fator de exclusão.

2 – Os profissionais de saúde que participam, a qualquer título, no procedimento clínico de morte medicamente assistida de uma pessoa segura perdem o direito a quaisquer prestações contratualizadas.

3 – Para efeitos de definição de causa de morte da pessoa segura, deve constar da certidão de óbito a realização de procedimento de morte medicamente assistida.

4 – Uma vez iniciado o procedimento clínico de morte medicamente assistida, a pessoa segura não pode proceder à alteração das cláusulas de designação dos beneficiários.»

A redação final do artigo não deixa de gerar algumas incertezas e dificuldades, que desenvolveremos, de seguida, apresentando possíveis soluções, a partir da letra da lei e à luz do que nos parece ser a melhor interpretação, tendo em vista a sua aplicação prática.

V. Em primeiro lugar, questiona-se se a referida norma tem carácter imperativo? Em nossa opinião, a resposta é afirmativa, tendo em conta: *i*) a redação fixada pelo legislador, que determina o regime legal aplicável nesta matéria, não deixando solução diversa na disponibilidade das partes; *ii*) a tutela dos interesses (da parte débil na relação de seguro – pessoa segura e beneficiários) que o legislador terá pretendido acautelar, evitando, inclusive, potenciais conflitos de interesses. Diríamos, inclusive, que a imperatividade absoluta se impõe teleológica ou racionalmente, i.e., ainda que a referida disposição não se encontre plasmada no n.º 1 do artigo 12.º da LCS, cujo elenco não é, de resto, taxativo. Nessa medida, a inobservância das regras aqui previstas, tem como consequências: *i*) a nulidade das cláusulas abusivas, mas com o aproveitamento do contrato, por via da redução, da conversão ou da repriminção da regra que a cláusula indevida tenha pretendido afastar (artigos 292.º do CC, 293.º do CC, 13.º da LCCG, respetivamente); *ii*) a nulidade de todo o contrato, quando o seu (re)aproveitamento não seja possível; *iii*) o aproveitamento de todo o contrato, embora não como seguro.⁵⁴ De resto, estabelece o n.º 1 do artigo 9.º da LCS que as disposições imperativas em matéria de contrato de seguro que tutelem interesses públicos, designadamente de consumidores ou de terceiros, regem imperativamente a situação contratual.

VI. Conforme os n.ºs 1 e 3 do artigo 29.º da Lei n.º 22/2023, que acima transcrevemos, para efeito do contrato de seguro de vida, a morte medicamente assistida não é causa de exclusão de cobertura, devendo constar da certidão de óbito a realização de procedimento

⁵⁴ Sobre o tema da imperatividade no contrato de seguro, e.g. António Menezes Cordeiro, *Direito dos Seguros* cit, 512-516, Joana Galvão Teles, *Liberdade contratual, e seus limites: imperatividade absoluta e imperatividade relativa*, *Temas de Direito dos Seguros*, 2.ª ed., Almedina/MLGTS, Coimbra, 2020, 103-115.

de morte medicamente assistida, para definição da causa da morte da pessoa segura. Ora, poder-se-ia questionar se a intencionalidade subjacente a esta causa de morte colidiria com os princípios-base e características do contrato de seguro, incluindo com a própria definição de sinistro. Em nossa opinião, a resposta é negativa, uma vez que encontramos na própria LCS outras disposições que conferem cobertura a atos dolosos ou intencionais. São exemplos disso:

- i) A primeira parte do n.º 1 do artigo 46.º: «Salvo disposição legal ou regulamentar em sentido diverso, assim como convenção em contrário não ofensiva da ordem pública quando a natureza da cobertura o permita, o segurador não é obrigado a efectuar a prestação convencionada em caso de sinistro causado dolosamente pelo tomador do seguro ou pelo segurado»;
- ii) O artigo 148.º: «1 – No seguro obrigatório de responsabilidade civil, a cobertura de actos ou omissões dolosos depende do regime estabelecido em lei ou regulamento. 2 – Caso a lei e o regulamento sejam omissos na definição do regime, há cobertura de actos ou omissões dolosos do segurado»⁵⁵;
- iii) O n.º 1 do artigo 191.º, decorrido o limite temporal aí estabelecido: «Está excluída a cobertura da morte em caso de suicídio ocorrido até um ano após a celebração do contrato, salvo convenção em contrário».

VII. Ao contrário do previsto na LCS para o caso de suicídio, na Lei da Morte Medicamente Assistida o legislador optou por não consagrar qualquer limitação temporal para a cobertura do sinistro, nomeadamente: «Está excluída a cobertura por morte em caso de

⁵⁵ São exemplos da previsão legal expressa da cobertura de atos ou omissões dolosos, sem prejuízo do direito de regresso do segurador: o n.º 3 do artigo 79.º da Lei n.º 98/2009, de 04 de setembro, em caso de atuação culposa do empregador; o n.º 2 do artigo 15.º do Decreto-Lei n.º 291/2007, de 21 de agosto, em caso de acidente de viação dolosamente provocado. São exemplos da cobertura de atos ou omissões dolosos, resultante da omissão legal ou regulamentar na definição do regime: o artigo 10.º do Decreto-Lei n.º 315/2009, de 29 de outubro e a Portaria n.º 585/2004, de 29 de maio; artigo 7.º e Anexo I da Lei n.º 15/2013, de 8 de fevereiro.

morte medicamente assistida ocorrida até um ano após a celebração do contrato, salvo convenção em contrário.».

Apesar de discutível, tal poderá ser explicado pelo facto de, ao contrário do suicídio, a morte medicamente assistida depender não só da vontade do próprio, mas também, forçosamente e em todos os casos, da verificação de uma prévia condição médica: *lesão definitiva de gravidade extrema* ou *doença grave e incurável*, assente num concreto regime legal fixado e, futuramente, regulamentado. Adicionalmente, nos termos do artigo 190.º da LCS, o regime do agravamento do risco, previsto nos artigos 93.º e 94.º, não é aplicável aos seguros de vida.

Em nossa opinião, no caso da morte medicamente assistida, não há que aplicar analogicamente o limite temporal previsto no n.º 1 do artigo 191.º da LCS, face à tutela dos interesses em causa. Creemos não existir qualquer lacuna, não tendo o legislador pretendido replicar, para este regime legal especial, a solução prevista naquele outro artigo da LCS, pretendendo, outrossim, distinguir as duas realidades. Neste sentido, entendemos não admissível a convenção daquele limite no contrato de seguro de vida.

VIII. Outra questão para a qual a Lei da Morte Medicamente Assistida não veio dar resposta diz respeito à existência ou não de um limite temporal para a contratação do seguro de vida: será válido um tal contrato celebrado após o pedido de abertura do procedimento clínico de morte medicamente assistida?

Sendo aquela lei omissa, a questão deverá ser dirimida por via do regime da declaração inicial do risco e das omissões ou inexactidões dolosas, previsto nos artigos 24.º e 25.º da LCS.⁵⁶

⁵⁶ Para um estudo mais aprofundado sobre o tema, vd. Luís Poças, *O dever de declaração inicial do risco no contrato de seguro*, Almedina, Coimbra, 2020, *passim*. Da leitura conjugada do n.º 2 do artigo 42.º e do n.º 2 do artigo 44.º da LCS resulta que, nada obsta a que as partes convençionem a cobertura de riscos anteriores à data de celebração do contrato, desde que, até ao momento da conclusão deste, não se tenha verificado sinistro de que o tomador ou o segurado tenham conhecimento. A preexistência de doenças conhecidas pela pessoa segura à data da celebração do contrato não corresponde à ocorrência do sinistro,

Como facilmente se alcança, face aos requisitos de elegibilidade previstos no artigo 3.º da Lei da Morte Medicamente Assistida⁵⁷, as lesões ou patologias sofridas pelo doente jamais poderão ser levianamente desconsideradas pelo futuro tomador do seguro ou pessoa segura aquando do preenchimento da proposta e dos questionários clínicos associados. O mesmo se diga quanto ao facto de, em razão daquela condição, ter dado entrada do pedido de abertura do procedimento clínico de morte medicamente assistida. Neste aspeto, importa referir que a obrigação declarativa é igualmente aplicável a circunstâncias cuja menção não seja solicitada em questionário eventualmente fornecido pelo segurador (n.º 2 do artigo 24.º da LCS).

Por cautela e como medida preventiva, poderá o segurador incluir, nas suas propostas ou nos questionários clínicos, uma pergunta ou uma declaração, no intuito de confirmar se, até àquela data, foi iniciado algum procedimento clínico de morte medicamente assistida, vinculando, assim, o futuro tomador do seguro e pessoa(s) segura(s) à informação inicialmente prestada.

Sendo as lesões ou patologias em causa declaradas com exatidão pelo futuro tomador do seguro e/ou pessoa segura, estamos em crer que tal resultaria, muito provavelmente, na não aceitação do risco pelo segurador.⁵⁸

mas pode ser (e a prática demonstra que, habitualmente, é) excluída, genérica ou especificamente, no contrato de seguro.

⁵⁷ Cumpre recordar os requisitos que, para aqui, se mostram relevantes: pessoa que se encontre com lesão definitiva de gravidade extrema – «grave, definitiva e amplamente incapacitante que coloca a pessoa em situação de dependência de terceiro ou de apoio tecnológico para a realização das atividades elementares da vida diária, existindo certeza ou probabilidade muito elevada de que tais limitações venham a persistir no tempo sem possibilidade de cura ou de melhoria significativa» – ou doença grave e incurável – «que ameaça a vida, em fase avançada e progressiva, incurável e irreversível, que origina sofrimento de grande intensidade».

⁵⁸ De acordo com o n.º 4 do artigo 15.º da LCS, em caso de recusa de celebração de um contrato de seguro em razão de deficiência ou de risco agravado de saúde, o segurador deve, com base nos dados estatísticos e atuariais relevantes, prestar ao proponente, sem dependência de pedido nesse sentido, informação sobre o rácio entre os fatores de risco específicos e os fatores de risco de pessoa em situação comparável, mas não afetada por aquela deficiência ou risco agravado de saúde. Nos termos da alínea c) do artigo 3.º da Lei n.º 46/2006, de 28 de

Pelo contrário, omitindo ou declarando com inexactidão tais circunstâncias, conseguindo alcançar, dessa forma, a celebração do contrato de seguro, tendemos a considerar tal comportamento como doloso, o que legitimará a anulação do contrato e, sendo o caso, a recusa do sinistro participado, o que, naturalmente, terá de ser provado pelo segurador.⁵⁹

Neste sentido e sobretudo para os contratos de seguro recentemente celebrados⁶⁰, participado o sinistro e constando da certidão de óbito, como causa da morte, a realização de procedimento de morte medicamente assistida, será recomendável que o segurador, antes do pagamento do capital seguro, inicie uma averiguação, por forma a afastar a hipótese de falsas declarações na contratação.

No âmbito da averiguação levada a cabo pelo segurador, poder-se-á afigurar útil tomar em linha de conta o prazo mínimo de dois

agosto, entende-se por *peçoas com risco agravado de saúde* as «peçoas que sofrem de toda e qualquer patologia que determine uma alteração orgânica ou funcional, de longa duração, evolutiva, potencialmente incapacitante e que altere a qualidade de vida do portador a nível físico, mental, emocional, social e económico e seja causa potencial de invalidez precoce ou de significativa redução de esperança de vida». Sobre o tema, e.g. Leonor Cunha Teles e Arnaldo Costa Oliveira, anotação ao artigo 15.º, na *Lei do Contrato de Seguro – Anotada cit.*, 79-86, Margarida Lima Rego, *A segmentação do mercado para avaliação dos riscos: Que futuro?*, *Estudos em homenagem ao Professor Doutor Carlos Pamplona Corte-Real*, org. António Menezes Cordeiro/Eduardo Paz Ferreira/M. Januário da Costa Gomes/Jorge Duarte Pinheiro, Almedina, Coimbra, 2016, 703-729, Margarida Torres Gama, *Proibição de práticas discriminatórias, Temas de Direito dos Seguros*, 2.ª ed., Almedina/MLGTS, Coimbra, 2020 (reimpr.), 135-149, Arnaldo Costa Oliveira, *Contrato de seguro: proibição de discriminação em razão de deficiência e risco agravado de saúde*, *O Direito* 146 (2014) 1, 245-273, Francisco Luís Alves, *O regime jurídico da discriminação aplicável aos seguros – presente e futuro*, *Forum XIV/31* (2012), 28-59, id., *A discriminação e a avaliação do risco nos seguros*, *RDES* 52 (2011) 3/4, 213-309, João Calvão da Silva, *Apólice “Vida Risco – Crédito Habitação”: as peçoas com deficiência ou risco agravado de saúde e o princípio da igualdade na Lei n.º 46/2006*, *RLJ* 136/3942 (2007) 158-170, ou Maria Inês de Oliveira Martins, *Sobre a discriminação dos portadores de VIH/SIDA na contratação de seguros de vida*, *BFD* 89 (2013), 749-800.

⁵⁹ Para maior desenvolvimento sobre o tema da prova, vd. abaixo ponto **XI**.

⁶⁰ Reforçamos que o regime do agravamento do risco não é aplicável aos seguros de vida. Com efeito, não releva aqui o agravamento do estado de saúde da pessoa segura já durante a execução do contrato, sendo o enfoque as situações em que as patologias ou lesões se verificavam à data da contratação do seguro.

meses, contados desde a data do pedido de abertura do procedimento clínico até à concretização da morte medicamente assistida, fixado no n.º 5 do artigo 4.º da Lei n.º 22/2023. Assim, a celebração de um contrato de seguro nos dois meses anteriores à data do óbito, sem que tenha sido declarada qualquer patologia ou lesão que se enquadre nos parâmetros fixados na Lei da Morte Medicamente Assistida, poderá constituir aqui um forte indício.

IX. Debrucemo-nos, agora, sobre a realização da prestação do segurador, em particular, os limites fixados na Lei da Morte Medicamente Assistida:

- i) A pessoa designada pelo doente para o substituir na formalização da sua decisão⁶¹ não pode vir a obter benefício direto ou indireto da sua morte, nomeadamente vantagem patrimonial, nem ter interesse sucessório (cfr. n.º 3 do artigo 11.º);
- ii) É vedada a prática ou ajuda no procedimento de morte medicamente assistida aos profissionais de saúde que possam vir a obter qualquer benefício direto ou indireto da morte do doente, nomeadamente vantagem patrimonial (cfr. n.º 1 do artigo 18.º);
- iii) Os profissionais de saúde que participam, a qualquer título, no procedimento clínico de morte medicamente assistida de uma pessoa segura perdem o direito a quaisquer prestações contratualizadas (cfr. n.º 2 do artigo 29.º).⁶²

⁶¹ Apesar de a decisão do doente, em qualquer fase do procedimento clínico de morte medicamente assistida, ser estritamente pessoal e indelegável, caso o doente não saiba ou esteja impossibilitado fisicamente de escrever e assinar, pode, em todas as fases do procedimento em que seja requerido, fazer-se substituir por pessoa da sua confiança, por si designada apenas para esse efeito. Aplicam-se as regras do reconhecimento de assinatura a rogo na presença de profissional legalmente competente, devendo a assinatura ser efetuada na presença do médico orientador, com referência expressa a essa circunstância, e na presença de uma ou mais testemunhas.

⁶² Não podemos deixar de assinalar que, com a redação fixada pelo legislador, ficam de fora, por exemplo, os familiares destes profissionais de saúde, o próprio estabelecimento de saúde onde decorre o procedimento, ou os sacerdotes que, eventualmente, prestem assistência espiritual ao doente, o que não deixa de merecer críticas.

Com efeito, as pessoas suprarreferidas não poderão beneficiar do pagamento do capital seguro por falecimento da pessoa segura.

Para os seguradores, tal implicará a necessidade de apurar, previamente ao pagamento do capital seguro, se o beneficiário designado na apólice ou, não existindo, o herdeiro legal da pessoa segura, assumiu algum daqueles papéis no âmbito do procedimento clínico de morte medicamente assistida.⁶³

Não podendo aquele que, de alguma forma, interveio no procedimento de morte medicamente assistida receber qualquer prestação, para o apuramento dos titulares do direito, em seu lugar, propomos o recuso ao regime legal da designação beneficiária, de acordo com as regras previstas no n.º 2 do artigo 198.º da LCS. No caso de designação conjunta, a impossibilidade de beneficiar do recebimento do capital seguro, tem como consequência, não a reversão da prestação para os demais designados, mas sim a atribuição daquela prestação para os herdeiros da pessoa segura, como se não tivesse existido designação do beneficiário, nos termos da alínea a) do n.º 2 do artigo 198.º da LCS.⁶⁴

E se o capital seguro for pago (indevidamente) a quem tenha, de alguma forma, intervindo no procedimento de morte medicamente assistida? Nesse caso, tendemos a considerar o referido pagamento como um ato nulo, cfr. n.º 2 do artigo 280.º do CC, por remissão do artigo 295.º do CC, havendo lugar à restituição do valor recebido (artigos 286.º e 289.º do CC).

X. O n.º 4 do artigo 29.º da Lei n.º 22/2023 vem estabelecer um limite temporal, para efeitos de designação beneficiária: uma vez iniciado o procedimento clínico de morte medicamente assistida, a pessoa segura não pode proceder à alteração das cláusulas de designação dos beneficiários.

⁶³ Para maior desenvolvimento sobre o tema da prova, vd. abaixo ponto **XI**.

⁶⁴ Propomos, assim, uma solução semelhante à prevista na parte final do artigo 192.º da LCS. Parecendo rejeitar uma solução de “direito de acrescer” típica do Direito das Sucessões (artigo 2301.º do CC) e do contrato de renda vitalícia (artigo 1241.º do CC), vd. Arnaldo Costa Oliveira, anotação ao artigo 192.º, na *Lei do Contrato de Seguro – Anotada cit.*, 575.

O termo “alteração” deverá ser entendido num sentido lato, aplicando-se a proibição tanto para o caso de ser alterada a cláusula de designação dos beneficiários já anteriormente comunicada ao segurador, como para o caso de, pela primeira vez, serem designados os beneficiários. Consideramos ser esta a interpretação que melhor salvaguarda os interesses que o legislador pretendeu proteger.

Desta forma, o limite temporal aqui consagrado derroga o previsto no n.º 1 do artigo 199.º da LCS, pelo qual se admite que, salvo nos casos de designação irrevogável do beneficiário, a pessoa possa, a qualquer momento, revogar ou alterar a designação dos beneficiários do contrato de seguro.

Por cautela e como medida preventiva, poderá o segurador incluir, nos seus formulários de designação de beneficiários (inicial e alterações), uma pergunta ou uma declaração, no intuito de confirmar se, até àquela data, foi iniciado algum procedimento clínico de morte medicamente assistida, vinculando, assim, o tomador do seguro e/ou pessoa(s) segura(s) à informação ali prestada.

Aquando da participação do sinistro e antes do pagamento do capital seguro, constando da certidão de óbito, como causa da morte, a realização de procedimento de morte medicamente assistida, deverá o segurador apurar se, à data da designação (inicial ou alteração) de beneficiários, já tinha sido iniciado o procedimento clínico.⁶⁵ Em caso afirmativo, aquela designação não poderá ser considerada válida.

Para estes efeitos, poder-se-á afigurar útil tomar em linha de conta o prazo mínimo de dois meses, contados desde a data do pedido de abertura do procedimento clínico até à concretização da morte medicamente assistida, fixado no n.º 5 do artigo 4.º da Lei n.º 22/2023. Assim, não será válida a designação (inicial ou alteração) de beneficiários realizada nos dois meses anteriores à data do óbito.

Não sendo válida aquela designação, para o apuramento dos titulares do direito, em seu lugar, propomos o recuso ao regime legal da designação beneficiária, de acordo com as regras previstas no n.º 2 do artigo 198.º da LCS.

⁶⁵ Para maior desenvolvimento sobre o tema da prova, vd. abaixo ponto **XI**.

XI. Por último, abordemos um tema comum às três questões que acima expusemos: a prova. O ónus da prova dos factos constitutivos do direito de anular o contrato, bem como, em caso de sinistro, dos factos impeditivos ou extintivos do direito invocado pelo beneficiário, compete ao segurador, de acordo com os n.ºs 1 e 2 do artigo 342.º do CC, respetivamente. Desta forma, terão os seguradores de apurar:

- i) Quando tenha tido início o procedimento clínico da morte medicamente assistida, qual a *lesão definitiva de gravidade extrema* ou a *doença grave e incurável* de que padecia a pessoa segura e há quanto tempo a mesma se verificava, para confirmar a existência de falsas declarações na contratação e, conseqüentemente, anular o contrato de seguro e recusar realizar a prestação acordada; ou
- ii) Quem, de alguma forma, tenha intervindo no procedimento clínico da morte medicamente assistida e, caso tenha havido designação de beneficiários, quando se tenha iniciado aquele procedimento, para garantir o correto pagamento do capital seguro.

No entanto, a execução desta tarefa revela-se dificultada pelo facto de não ter sido acolhida a proposta da APS de acrescentar um n.º 5 ao artigo 29.º da Lei da Morte Medicamente Assistida, que garantiria, sem margem para dúvidas, a legitimidade do segurador no acesso à informação necessária.⁶⁶ Adicionalmente, o artigo 20.º da lei da morte medicamente assistida determina o sigilo profissional e a confidencialidade da informação, indicando que o acesso, a proteção e o tratamento da informação relacionada com o procedimento de morte medicamente assistida se processam de acordo com a legislação em vigor. Resta-nos, então, recorrer à “legislação em vigor” nessa matéria.

⁶⁶ Relembramos a proposta da APS, no âmbito do Projeto de Lei 5/XV/1: «5 – As empresas de seguros têm acesso à informação necessária para dar cumprimento ao disposto no presente artigo nos termos estabelecidos em regulamentação a aprovar pelo Governo».

No que concerne às pessoas falecidas, é proibido o tratamento de dados relativos à saúde por parte dos seguradores, salvo se existir uma fonte de licitude para o seu tratamento prevista no n.º 2 do artigo 9.º do RGPD (n.º 1 do artigo 17.º da LERGPD).

Neste sentido e em particular quanto aos seguros facultativos (nomeadamente, de vida, saúde e acidentes pessoais), salvo melhor opinião, entendemos que apenas o consentimento explícito do titular dos dados, nos termos da alínea *a*) do n.º 2 do artigo 9.º do RGPD, será fonte de licitude para o tratamento dos dados pessoais de saúde por parte do segurador.^{67 68}

⁶⁷ A LERGPD não veio enquadrar o tratamento de dados de saúde por parte dos seguradores no fundamento de licitude previsto na alínea *g*) do n.º 2 do artigo 9.º do RGPD, reconhecendo-o como um “motivo de interesse público importante”, ou na alínea *b*) do n.º 2 do mesmo artigo, considerando-o necessário ao cumprimento de obrigações legais do responsável em matéria de legislação laboral, de segurança social e de proteção social. Na verdade, era esta a posição defendida pela APS, no documento *Regulamento Geral de Proteção de Dados – Fundamentos de Licitude para o Tratamento de Dados de Saúde no Âmbito da Atividade Seguradora*, de 03.05.2018, acessível em: www.parlamento.pt, mas que não vingou na versão final da LERGPD, atualmente em vigor. A propósito deste tema, a CNPD entendeu: «Não pode a CNPD deixar de assinalar o facto de o RGPD, no seu artigo 9.º, não legitimar diretamente o tratamento de dados de saúde no âmbito dos contratos de seguro, aspeto que a Proposta de Lei não acautelou apesar dos alertas emitidos pelo setor da atividade seguradora. Sendo certo que a consequência desta ausência de disciplina legal é o dever de eliminação dos dados de saúde tratados pelas seguradoras. Com efeito, o contrato por si só não é condição de licitude para tratar dados sensíveis, e a alínea *b*) do n.º 2 daquele artigo limita a intervenção do legislador nacional às matérias de legislação laboral, de segurança social e de proteção social. Deste modo, apenas se poderia enquadrar aqui os seguros de saúde, na medida em que se possa considerá-los ainda como uma forma de proteção social. No mais, sobraria ainda a hipótese de o legislador, nos termos da alínea *g*) do mesmo número, considerar de interesse público importante o tratamento de dados de saúde na atividade seguradora. Ora, se se consegue acompanhar que no âmbito dos seguros obrigatórios é já reconhecido o interesse público importante, já o mesmo não acontece relativamente aos restantes seguros, designadamente os seguros de vida. Note-se que ainda que se possa reconhecer à atividade seguradora algum interesse público (enquanto atividade sujeita a regulação pública), muito dificilmente é suscetível de ser um interesse público qualificado, como exige aquela alínea *g*). Assim, a CNPD entende que para os seguros que não sejam obrigatórios ou de saúde, apenas o n.º 4 do artigo 9.º poderá servir para legitimar os Estados-Membros a prever em lei novas condições do tratamento. A seguir-se qualquer dos caminhos aqui apontados, é imperioso que a lei nacional preveja não apenas a possibilidade de efetuar o tratamento de dados

No mercado segurador, é habitual que a recolha deste consentimento, com menor ou maior detalhe, seja efetuada na proposta de seguro: o tomador do seguro/pessoa segura consente(m) no tratamento dos seus dados de saúde pelo segurador e autoriza(m) a recolha de informação clínica adicional, mesmo após a sua morte, nomeadamente, para efeitos de formação do contrato, de gestão da relação contratual e de gestão de sinistros.

Ora, no que respeita a documentos administrativos (máxime a documentos nominativos, que é o caso dos registos clínicos), de acordo com a alínea a) do n.º 5 do artigo 6.º da LADA⁶⁹, um terceiro só terá direito de acesso aos mesmos se estiver munido de autorização escrita do titular dos dados que seja explícita e específica quanto à sua finalidade e quanto ao tipo de dados a que quer aceder.

Nessa medida, poderá o segurador, na qualidade de terceiro e por intermédio de médico, exercer o direito de acesso aos registos clínicos, o qual estará, em todo o caso, limitado à informação

de saúde, mas também o respetivo regime do mesmo, designadamente, os limites a que necessariamente tem de estar sujeito e as medidas de segurança e de mitigação do impacto sobre os direitos dos titulares dos dados – o que, na perspetiva da CNPD, terá mais sentido ser concretizado na legislação que regula este setor de atividade» – vd. Parecer n.º 20/2018, acessível em www.cnpd.pt

⁶⁸ Cremos ser também esta a orientação acolhida nas diversas decisões administrativas que se debruçam sobre os pedidos de acesso a registos clínicos por parte dos seguradores, pelo que, à cautela e para salvaguarda dos seus interesses, deverá o segurador munir-se de tal consentimento. No sentido que seguimos, Diana Nogueira Pires, *O tratamento de dados de saúde na atividade seguradora*, RDES LXI (2020) 1/4, 185-221. Em sentido contrário, defendendo que a alínea b) do n.º 2 do artigo 9.º do RGPD consagra uma fonte de licitude apta a legitimar o tratamento de dados de saúde por seguradores, quer nos seguros obrigatórios, quer nos seguros facultativos, tanto em vida do seu titular como no período *post mortem*, vd. Luís Poças, *O tratamento de dados pessoais de pessoas falecidas*, RDES LXI (2019) 1/4, 237-279. Ainda sobre o RGPD e o tratamento de dados de saúde no setor segurador, vd. Luís Poças, *Problemas e Soluções de Direito dos Seguros*, Almedina, Coimbra, 2019, 243-305.

⁶⁹ Face ao âmbito subjetivo definido no artigo 4.º da LADA, esta lei não é aplicável aos hospitais do setor privado. Trata-se de uma dualidade de regimes. Ao acesso a registos clínicos detidos por hospitais do setor privado aplica-se a LERGPD, sendo competente para se pronunciar, nesse âmbito, a CNPD.

expressamente abrangida pelo instrumento de consentimento em seu poder (cfr. artigo 17.º da LADA).⁷⁰

Caso lhe seja recusado o acesso aos registos clínicos ou a informação disponibilizada se revele insuficiente, face ao âmbito do instrumento de consentimento em seu poder, restará ao segurador solicitar aos herdeiros que obtenham aqueles elementos, ficando, assim, o sucesso da sua pretensão na disponibilidade daqueles e das eventuais entidades que apreciem os seus pedidos – solução que não deixa de merecer críticas e que poderá vir a revelar-se uma fonte de litigância.^{71 72}

⁷⁰ É competente para se pronunciar em matéria de acesso aos documentos nominativos na posse de hospitais do setor público a CADA. A propósito do acesso a registos clínicos por parte de seguradores, veja-se o decidido no Parecer n.º 261/2022: «- Deverá ser prestada a informação que integre os exatos termos do consentimento; – Fora desses estritos termos, não havendo, pois, consentimento, deve considerar-se que a seguradora não é detentora de um interesse direto, pessoal, legítimo e constitucionalmente protegido suficientemente relevante que justifique o acesso à informação.», acessível em: www.cada.pt

⁷¹ Nos termos do n.º 2 do artigo 17.º da LERGPD, os direitos previstos no RGPD relativos a dados pessoais sensíveis de pessoas falecidas, nomeadamente os direitos de acesso, retificação e apagamento, são exercidos por quem a pessoa falecida haja designado para o efeito ou, na sua falta, pelos respetivos herdeiros. Na opinião de Luís Poças, que acompanhamos, não deve ser feita qualquer distinção entre os herdeiros legais e os herdeiros testamentários, tendo ambos legitimidade para estes efeitos. O exercício do direito de acesso, retificação e apagamento, poderá ser efetuado solidariamente por qualquer herdeiro; pelo contrário, a prestação de consentimento para o tratamento de dados do titular falecido requer a atuação conjunta de todos os herdeiros. – *O tratamento de dados pessoais de pessoas falecidas* cit., 270-271.

Debruçando-se sobre o pedido de um segurador de acesso ao processo clínico da pessoa segura falecida, que se encontrava arquivado num estabelecimento de saúde público, a CADA concluiu: «A autorização pelo titular a acesso por terceiros aos seus dados de saúde tem de ser escrita explícita e específica, tem de ser inequívoca; – Não se revela que a requerente do acesso seja detentora dessa autorização como é exigido no artigo 6.º, n.º 5, a), da LADA; (...) – Se os titulares do direito de acesso, nos termos definidos no artigo 17.º da Lei n.º 58/2019, de 8 de agosto, requererem, eles mesmos, o acesso ou autorizarem o acesso pela seguradora, deverá este ser facultado» – Parecer n.º 407/2023, acessível em: www.cada.pt Ainda que ao abrigo do anterior regime de proteção de dados, a CNPD tem manifestado um entendimento mais restritivo quanto aos requisitos a que deve obedecer o consentimento, o que determina a recusa dos pedidos de acesso aos dados de saúde da pessoa falecida, quer aos seguradores, quer aos seus familiares para futura disponibilização aos seguradores, tendo em vista o pagamento do capital seguro no caso de morte: a título de exemplo, vd.

4. A repartição do risco com os resseguradores

Nos termos do artigo 72.º da LCS, o resseguro é o contrato mediante o qual o ressegurador cobre os riscos de um segurador (ou de outro ressegurador). Assim, mediante remuneração, o ressegurador assume toda ou parte do risco coberto pelo segurador, obrigando-se a reembolsá-lo da prestação realizada em caso de ocorrência do sinistro. Para garantir a solvência do segurador, o risco é “transferido” para o ressegurador, no que exceda o montante máximo que considera suportar em caso de sinistro. Desta forma, o segurador consegue subscrever contratos cujo risco excede o seu

Deliberações da CNPD n.ºs 1656/2016, 1484/2016, 971/2016 e 1059/2016, que assentam na anterior Deliberação n.º 72/2006, acessíveis em: www.cnpd.pt

⁷² Embora anteriores à entrada em vigor do RGPD, vd. os Entendimentos da ASF, de 09-10-2008 e de 10-11-2009, a propósito do acesso a dados pessoais de saúde da pessoa falecida com vista ao pagamento das indemnizações, no sentido de que, cabendo ao segurador o ónus da prova das possíveis exclusões ou limitações de cobertura, bem como de prestação de declarações inexatas ou reticentes, aptas à desobrigação do pagamento do capital seguro, não poderão os beneficiários ser onerados com atos que só ao segurador competem. Deve, assim, o segurador garantir, logo na celebração do contrato, a autorização para o acesso aos dados pessoais de saúde em questão. Acessíveis em: www.asf.com.pt

Nos termos da alínea g) do artigo 21.º do Decreto-Lei n.º 446/85, de 25 de outubro, são em absoluto proibidas as cláusulas contratuais gerais que modifiquem os critérios de repartição do ónus da prova ou restrinjam a utilização de meios probatórios legalmente admitidos: «[u]m campo fértil de casos deste tipo é o da exigência pelo segurador de documentos comprovativos no âmbito dos seguros de vida em caso de morte: é lícito exigir documentos comprovativos da morte da pessoa segura (por ex. certidão de óbito) e da qualidade de beneficiário (habilitação de herdeiros, testamento); é, porém, duvidoso que o seja pedir o segurador outros documentos, como relatórios ou atestados médicos com especificação das causas da morte. (...) O problema continua por resolver à luz do RGPD, cujo artigo 7.º/4 parece pouco consentâneo com o consentimento dado por via de cláusulas gerais em contratos de seguro e que, no considerando 27, se declara inaplicável aos dados pessoais de pessoas falecidas, mas também perante o enigmático artigo 17.º da LERGPD.» – Francisco Rodrigues Rocha, *Protecção do Consumidor no Direito dos Seguros. Algumas Notas*, RDFMC 3/ 12 (2021), 838-840.

Veja-se, ainda, o recente exemplo da litigância associada à dificuldade de acesso aos dados de saúde do falecido por parte do segurador e à falta de colaboração dos herdeiros na obtenção de tais elementos, prejudicando a capacidade de o segurador avaliar o enquadramento do sinistro morte participado, vd. acórdão da Relação de Coimbra, de 10-10-2023, proc. n.º 720/23.1T8VIS-A.C1.

“pleno de retenção”, bem como aceitar riscos novos ainda sem dados estatísticos sólidos ou que não se inserem na sua habitual política de subscrição.⁷³

De acordo com um estudo do RGA (*Reinsurance Group of America*), a participação de sinistros por morte medicamente assistida é rara, acreditando-se ser pouco provável que a taxa dessa causa de morte aumente drasticamente no futuro, de modo que, não é provável uma exposição ao risco significativa. Sendo admitida a morte medicamente assistida, deve o segurador envidar todos os esforços para garantir que foram cumpridos os requisitos legais relacionados com essa prática. Uma das preocupações será garantir que o beneficiário do seguro de vida não interveio no procedimento de morte medicamente assistida. Em caso de dúvida, deverá ser solicitado apoio jurídico, no âmbito da regularização do sinistro. Por razões de clareza, devem ser introduzidas cláusulas na apólice especificamente sobre a cobertura da morte medicamente assistida.⁷⁴

Para a Munich Re, na gestão destes sinistros, o foco dos seguradores deverá ser clarificar a causa subjacente (i.e. a lesão ou a doença) que levou à morte medicamente assistida e determinar se tal terá impacto na validade na apólice. Entre janeiro de 2016 e maio de 2019, a Munich Re recebeu 28 participações de sinistros por morte medicamente assistida, representando apenas 0,1% do total de sinistros nesse período. Em média, à data da morte, as apólices encontravam-se em vigor há já quinze anos.⁷⁵

⁷³ Entende-se por “pleno de retenção” a parte do capital seguro relativo a um dado risco que o segurador ou ressegurador conserva exclusivamente a seu cargo, sendo a diferença ressegurada ou retrocedida. O segurador estabelece, assim, «o montante máximo que pode suportar em resultado da ocorrência de um sinistro referente a um determinado risco de forma a não comprometer a mutualidade dos riscos cobertos» – Eduarda Ribeiro, anotação ao artigo 72.º, na *Lei do Contrato de Seguro – Anotada cit.*, 327. Quando o ressegurador ressegura, ele próprio, a sua responsabilidade assume a qualidade de “retrocedente” e o ressegurador que assume aquela responsabilidade, a qualificação de “retrocessionário”. Sobre o tema, vd. também Maria Leonor Ruivo, *Do resseguro*, RDES LX (2019) 1/4, 303-373.

⁷⁴ Peter Barrett / Jennie Calder Brown, *Global Claims Views: Assisted Suicide and Euthanasia. Claims management considerations*, 2015, acessível em: www.rgare.com

⁷⁵ Colin Sproat / Michael Orr, *Individual Life Claims Suicide Study*, 2021, 19, acessível em: www.munichre.com

Apesar de poder estar em causa um risco residual, face às alterações introduzidas pela Lei n.º 22/2023, que tivemos oportunidade de percorrer no presente estudo, não será despropositada uma análise (e revisão, se for o caso) por parte dos seguradores aos seus tratados de resseguro, garantindo, nomeadamente: *i*) um alinhamento entre as partes, no que respeita à interpretação desta matéria; *ii*) na medida da cedência do risco que tenham contratado, a cobertura de eventuais sinistros cuja causa da morte da pessoa segura tenha sido a realização de procedimento de morte medicamente assistida; *iii*) eventuais procedimentos e diligências exigidos pelo ressegurador que devam ser respeitados pelo segurador na regularização destes sinistros.

5. Outras repercussões

I. Naturalmente, a entrada em vigor da Lei da Morte Medicamente Assistida não terá unicamente impacto nos seguros de vida.

A este propósito, não podemos descurar, nomeadamente:

- i) Os planos de poupança (PPR, PPE e PPR/E), cujo n.º 7 do artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 158/2002, de 2 de julho, com sucessivas alterações, prevê a morte como fundamento de reembolso do valor;⁷⁶
- ii) Os fundos de pensões, cujos planos de pensões podem prever o pagamento de benefícios em caso de morte – alínea e) do artigo 4.º, n.º 2 do artigo 17.º e n.º 1 do artigo 59.º, todos do RJFP.

Por maioria de razão e tendo em conta o disposto no n.º 1 do artigo 10.º do Decreto-Lei n.º 158/2002, bem como no artigo 6.º do RJFP,

⁷⁶ Na verdade, os fundos de poupança que constituem os PPR, PPE e PPR/E, terão a forma de fundo de investimento mobiliário, de fundo de pensões ou, equiparadamente, de fundo autónomo de uma modalidade de seguro do ramo «Vida» (n.º 3 do artigo 1.º do Decreto-Lei n.º 158/2002).

entendemos que, também para estes casos, se aplicam as restrições ao recebimento dos benefícios que detalhámos anteriormente.

II. Importa, por fim, fazer uma referência ao seguro de saúde, pelo qual o segurador cobre riscos relacionados com a prestação de cuidados de saúde (cfr. artigo 213.º da LCS)⁷⁷. Conforme supracitado, o procedimento de morte medicamente assistida pode ser praticado nos estabelecimentos de saúde do setor privado. Neste sentido questiona-se: os custos relacionados com o procedimento, encontram-se cobertos pelos seguros de saúde? Salvo melhor opinião, sendo a lei omissa e vigorando o princípio da liberdade contratual, previsto no artigo 11.º da LCS e decorrente do princípio geral do artigo 405.º do CC, ficará na disposição das partes (máxime do segurador) a modulação do conteúdo do contrato de seguro, em particular a cobertura ou exclusão da comparticipação/reembolso dos fármacos letais, dos atos médicos e despesas que possam estar associadas ao procedimento, nomeadamente, a diária hospitalar.^{78 79}

⁷⁷ «No seguro de saúde, o segurador cobrirá os riscos relacionados com a prestação de cuidados de saúde, compreendendo-se assim não só as modalidades tradicionais do seguro de doença mas também as despesas resultantes de tratamentos e outras realidades (parto e outras).» – cfr. José Alves de Brito, anotação ao artigo 213.º, na *Lei do Contrato de Seguro – Anotada* cit., 636. A propósito da noção de sinistro prevista no artigo 99.º da LCS e, em particular, do sinistro do contrato de seguro de saúde, «a utilização das garantias do contrato pode não estar relacionada com um evento súbito e imprevisto. O sinistro num seguro de saúde será, assim, qualquer utilização das garantias do contrato ainda que esteja em causa um evento previsível, como seja uma consulta e análises de *check-up* anual.» – cfr. Francisco Luís Alves, *Seguro de saúde: regime legal e novos desenvolvimentos, Estudos de Direito do Consumo II* (Jan. 2023), 569-624.

⁷⁸ Uma das críticas apontadas por aqueles que se posicionam contra a despenalização da morte medicamente assistida é a da prevalência dos interesses económicos associados à redução de despesas, por comparação com os potenciais custos assumidos com o prolongamento da vida e de eventuais tratamentos mais dispendiosos. A este respeito, vd. a opinião da associação francesa *Alliance VITA, End-of-life: Why Are Insurance Companies Promoting Euthanasia*, acessível em: www.alliancevita.org

⁷⁹ Da análise aos relatórios anuais anteriormente citados, podemos verificar um padrão noutros países: a maioria dos procedimentos de morte medicamente assistida foi realizada em casa.

Por outro lado, no caso de o contrato de seguro ser omissivo ou dúbio nesta matéria, aquelas despesas poderão vir a ser consideradas como cobertas, por via da aplicação dos critérios de interpretação dos negócios jurídicos e das cláusulas contratuais gerais, estabelecidos no Código Civil e na LCCG, respetivamente. Nos termos do n.º 1 do artigo 236.º do CC, a cláusula inserida num contrato de seguro deve ser interpretada em sentido objetivo: «[a] declaração negocial vale com o sentido que um declaratório normal, colocado na posição do real declaratório, possa deduzir do comportamento do declarante, salvo se este não puder razoavelmente contar com ele» e, na falta de disposição especial, deve ser «integrada de harmonia com a vontade que as partes teriam tido se houvessem previsto o ponto omissivo, ou de acordo com os ditames da boa fé, quando outra seja a solução por eles imposta», de acordo com o artigo 239.º do CC. Também a LCCG determina que «[a]s cláusulas contratuais gerais são interpretadas e integradas de harmonia com as regras relativas à interpretação e integração dos negócios jurídicos, mas sempre dentro do contexto de cada contrato singular em que se incluam» (artigo 10.º) e «[a]s cláusulas contratuais gerais ambíguas têm o sentido que lhes daria o contratante indeterminado normal que se limitasse a subscrevê-las ou a aceitá-las, quando colocado na posição de aderente real», sendo que, na dúvida, prevalece o sentido mais favorável ao aderente (n.ºs 1 e 2 do artigo 11.º).

6. Conclusão

Sendo a morte medicamente assistida um tema controverso, verificamos que, no plano internacional, a maioria dos países do mundo ainda tipifica como crime a eutanásia e/ou o suicídio medicamente assistido.

A recente Lei n.º 22/2023, fruto de um longo processo legislativo, veio regular as condições em que a morte medicamente assistida não é punível, podendo a mesma ocorrer por suicídio medicamente assistido ou, subsidiariamente, por eutanásia, alterando o Código Penal. A entrada em vigor do diploma fica condicionada à publica-

ção de regulamentação pelo Governo, encontrando-se já ultrapassado o prazo que havia sido fixado para esse efeito.

A despenalização da morte medicamente assistida tem impacto nos seguros de vida. Nessa medida e à semelhança do que encontramos noutros ordenamentos jurídicos, consagraram-se expressamente os seus efeitos nestes seguros. O legislador optou pela sua previsão diretamente na Lei da Morte Medicamente Assistida e não por via de alteração à LCS.

Analisámos o seu artigo 29.º e apresentámos possíveis soluções para as questões que a sua redação coloca, numa perspetiva de futura aplicação prática do regime. Em particular, as questões relacionadas com a sua imperatividade, a cobertura da morte medicamente assistida, a ausência de uma limitação temporal para a cobertura do sinistro, a contratação do seguro de vida quando já tenha iniciado o procedimento clínico, os limites à realização da prestação do segurador e à designação de beneficiários e o tema do ónus da prova a cargo do segurador.

Abordámos, igualmente, o impacto desta matéria nas relações com os resseguradores. Embora, a nível internacional, o número de participações de sinistros por morte medicamente assistida pareça pouco expressivo, mostra-se conveniente o alinhamento de posições entre seguradores e resseguradores.

Ainda que os números relatados por outros países, onde a prática é permitida, pareçam residuais, não podemos, à partida, afastar eventuais impactos atuariais, nomeadamente nas tábuas de mortalidade, na medida em que o seguro de vida visa cobrir o risco demográfico associado à duração da vida humana.

Tendo em conta que a Lei da Morte Medicamente Assistida ainda não se encontra em vigor à data da elaboração do presente estudo, não identificámos no mercado segurador nacional o reflexo desta matéria na documentação pré-contratual ou contratual, publicada nos respetivos sítios da internet. No entanto e seguindo os exemplos internacionais, cremos ser benéfica a devida clarificação na referida documentação, no sentido de confirmar que a morte medicamente assistida não se encontra excluída do seguro de vida: por via da expressa previsão de cobertura ou por via da delimitação do conceito de suicídio, afastando deste âmbito a morte medicamente assistida.

