

CUF SANTANDER

DOCUMENTO DE INFORMAÇÃO SOBRE O PRODUTO DE SEGUROS

Aegon Santander Portugal Não Vida, Companhia de Seguros, S.A., com sede em Portugal.

A informação pré-contratual e contratual completa sobre este produto de seguro é prestada noutros documentos.

Qual é o tipo de seguro?

Produto do ramo de seguros de doença e cobre riscos relacionados com a prestação de cuidados de saúde.



Que riscos são segurados?

Coberturas possíveis de contratar

- ✓ Internamento hospitalar
- ✓ Internamento hospitalar – extensão para doenças oncológicas
- ✓ 2ª opinião médica internacional
- ✓ Rede de saúde e bem-estar CUF Santander

Capital seguro

O capital seguro corresponde às coberturas contratadas, constando da informação pré-contratual e contratual legalmente exigida a respetiva identificação. Renova-se todos os anos e aplica-se a cada pessoa segura.



Que riscos não são segurados?

- ✗ Doenças, lesões ou deformações preexistentes à data de celebração desta apólice
- ✗ Perturbações do foro da saúde mental
- ✗ Tratamentos de infertilidade
- ✗ Interrupção voluntária da gravidez
- ✗ Tratamentos de obesidade
- ✗ Doenças e acidentes objeto de seguros obrigatórios
- ✗ Tratamentos ou cirurgias do foro estético
- ✗ Tratamentos clinicamente desnecessários

Estas e outras das 40 exclusões gerais, assim como as exclusões específicas a cada cobertura, encontram-se detalhadas nas condições do seguro.



Há alguma restrição da cobertura?

- ! Omissão dolosa ou negligente de informação relevante, que pode resultar na recusa de sinistros ou mesmo anulação da apólice
- ! Franquias, copagamentos, limite de capital seguro associado a cada cobertura
- ! Período de carência associado a cada cobertura ou tratamentos específicos
- ! Limite ao valor do coeficiente “K”, de acordo com o Código de Nomenclatura e Valor Relativo de Atos Médicos, em reembolsos fora da rede convencionada
- ! Despesas efetuadas fora da rede convencionada ou não autorizadas pelo segurador
- ! Despesas efetuadas fora do âmbito territorial da apólice ou cobertura específica



Onde estou coberto?

- ✓ Em Portugal e, para algumas coberturas opcionais, também no estrangeiro.



Quais são as minhas obrigações?

Antes da celebração do contrato

- Prestar ao segurador toda a informação cuja relevância seja evidente e de senso comum para os riscos segurados nesta apólice, mesmo que não tenha sido expressamente solicitada;

Durante a vigência do contrato

- Suportar os custos associados a franquias e copagamentos nos termos definidos na apólice;
- Pagar atempadamente o prémio de seguro;

Em caso de sinistro

- Colaborar com o segurador na obtenção de esclarecimentos em caso de sinistro ou dos documentos que para tal forem solicitados;
- Utilizar todos os meios ao seu alcance que sejam evidentes e de senso comum para prevenir ou limitar o agravamento de qualquer doença e/ou lesão antes de intervenção médica, assim como participar o sinistro no máximo até oito dias após a sua ocorrência;
- Realizar os exames pedidos pelo segurador, uma vez determinado por um médico que é o meio mais adequado para atingir um diagnóstico;
- Enviar os recibos originais das despesas efetuadas no regime de reembolso, até 365 dias após a sua emissão.



Quando e como devo pagar?

- O prémio é devido pelo tomador do seguro e será exigível a partir do momento em que este e o segurador tenham aceitado o contrato, o que resultará na emissão da apólice e na cobrança do primeiro recibo. Os prémios seguintes são devidos até à data de vencimento de cada recibo.
- Os prémios são cobrados via domiciliação bancária de acordo e nos termos da Autorização de Débito SEPA assinada pelo tomador do seguro para o efeito.
- O prémio refere-se a uma anuidade e pode ser dividido em frações semestrais, trimestrais ou mensais.



Quando é que começa e quando é que acaba a cobertura?

- A cobertura inicia-se com a emissão da apólice pelo segurador, considerando-se formalizada através das condições particulares na data de início que aí constar e a partir do momento em que esteja pago o prémio de seguro;
- Esta apólice é um contrato com prazo anual, renovável automaticamente em cada anuidade;
- As coberturas desta apólice cessam para cada pessoa segura uma vez atingida a respetiva idade de permanência, de acordo com o estipulado em "Idades-limite de permanência", constante na proposta de seguro e nas condições particulares.



Como posso rescindir o contrato?

- Através de **livre resolução**, sem ter de invocar qualquer causa, nos 30 dias seguintes a receção das condições particulares. Para exercer este direito, o tomador do seguro deverá informar o segurador, mediante comunicação expressa, em suporte duradouro e acessível. A cessação do contrato nestes termos confere ao segurador os direitos de manter o prémio correspondente ao período em que suportou o risco e de reaver o montante com despesas razoáveis que tenha efetuado com exames médicos, sempre que esse valor seja imputado contratualmente ao tomador do seguro.
A livre resolução do contrato pode, igualmente, ser exercida nas apólices contratadas à distância, nos 14 dias seguintes à receção das condições particulares. Neste caso, e desde que a cobertura do risco tenha iniciado antes de findo o prazo de livre resolução do contrato, assistem ao segurador os direitos de manter o prémio correspondente ao período em que suportou o risco e de reaver o montante com despesas razoáveis que tenha efetuado com exames médicos, sempre que esse valor seja imputado contratualmente ao tomador do seguro.
- Através de **revogação**, a todo o tempo, por acordo entre as partes.
- Através de **denúncia**, o segurador e o tomador do seguro podem fazer cessar o seguro unilateralmente.
- Através de **resolução por justa causa** a todo o tempo, mediante entrega de comunicação expressa e fundamentada enviada por correio registado. O contrato considera-se resolvido num prazo máximo de oito dias úteis após receção da comunicação. As comunicações que suportam estas formas de rescisão devem ser feitas por escrito ou em suporte duradouro e acessível.
- A **falta de pagamento do prémio** na data de vencimento determina a resolução automática do contrato desde a data de celebração do mesmo, caso se trate do prémio inicial ou primeira fração deste. A falta de pagamento de uma fração do prémio no decurso de uma anuidade ou de um prémio adicional leva à resolução automática do contrato na data de vencimento;
- Através de **caducidade**, a apólice cessa para cada pessoa segura que atingir a idade-limite de permanência, constante nas condições particulares.

As comunicações que suportam estas formas de rescisão devem ser efetuadas por escrito ou em suporte duradouro



O que fazer para se informar sobre a sua apólice, utilizar os serviços em caso de sinistro?

Deverá contactar-nos por telefone e **registar-se no nosso site**.



Para esclarecer todas as dúvidas que tenha sobre a sua apólice, contacte-nos através da Linha de Apoio a Seguros, **211 221 210** (custo de chamada para a rede fixa nacional), das 08h às 20h nos dias úteis, ou 24 horas por dia nas opções de assistência.

ÍNDICE

01 – CLÁUSULA PRELIMINAR	5	08 – PRÉMIO	17
02 – OBJETO DO CONTRATO	5	09 – ALTERAÇÕES À APÓLICE	18
SEGURO DE SAÚDE.....	5	10 – COBERTURAS POSSÍVEIS DE CONTRATAR	19
03 – DEFINIÇÕES.....	5	10.01 – INTERNAMENTO HOSPITALAR	19
APÓLICE DE SEGURO.....	5	10.02 – INTERNAMENTO HOSPITALAR – EXTENSÃO PARA	
INTERVENIENTES	6	DOENÇAS ONCOLÓGICAS	20
FORO CLÍNICO OU MÉDICO	7	10.09 – 2ª OPINIÃO MÉDICA INTERNACIONAL	22
ACESSO AOS PRESTADORES E/OU CUIDADOS DE SAÚDE	9	10.16 – ACESSO À REDE DE SAÚDE E BEM-ESTAR CUF SANTANDER	
04 – O QUE NÃO ESTÁ COBERTO	11	22
EXCLUSÕES GERAIS	11	11 – CESSAÇÃO DA APÓLICE.....	23
05 – ÂMBITO TERRITORIAL	14	12 – COMUNICAÇÕES E NOTIFICAÇÕES ENTRE AS	
06 – DECLARAÇÃO INICIAL DE RISCO, INÍCIO DA		PARTES	25
APÓLICE E COBERTURAS.....	14	13 – RECLAMAÇÕES	25
07 – COMO SE UTILIZAM AS COBERTURAS	15	14 – CLÁUSULAS LEGAIS OU OBRIGATÓRIAS.....	26
FORMA DA PRESTAÇÃO DO SEGURADOR	15	15 – INFORMAÇÃO ADICIONAL ESPECÍFICA PARA	
OBRIGAÇÕES DO SEGURADOR	15	CONTRATAÇÃO À DISTÂNCIA.....	27
OBRIGAÇÕES DO TOMADOR DO SEGURO/PESSOA SEGURA	16	16 – DADOS PESSOAIS	28
CARACTERÍSTICAS DAS COBERTURAS	17		

01 – Cláusula preliminar

Entre o segurador Aegon Santander Portugal Não Vida, Companhia de Seguros S.A. e o tomador do seguro mencionado nas condições particulares estabelece-se o contrato de seguro que se regula no clausulado desta apólice, contratada de acordo com as declarações constantes na Proposta de Seguro que lhe serviu de base e a informação de carácter clínico necessária à aceitação dos riscos por parte do segurador que dele fazem parte integrante.

1. A individualização do presente contrato é efetuada nas Condições Particulares, que inclui, entre outros, a identificação das partes e do respetivo domicílio, os dados da(s) pessoa(s) segura(s), os elementos de cobrança e a determinação do prémio.
2. Compõem ainda o presente contrato, além da apólice, as mensagens publicitárias concretas e objetivas que contrariem cláusulas da apólice, salvo se estas forem mais favoráveis ao tomador do seguro, ao segurado ou ao beneficiário.
3. Não se aplica o previsto no número anterior relativamente às mensagens publicitárias cujo fim de emissão tenha ocorrido há mais de um ano em relação à celebração do contrato, ou quando as próprias mensagens fixem um período de vigência e o contrato tenha sido celebrado fora desse período.

02 – Objeto do contrato





Seguro de saúde

O contrato garante à pessoa segura, em caso de doença manifestada ou acidente ocorrido durante a sua vigência, um conjunto de coberturas no domínio dos cuidados de saúde que pode integrar, conjunta ou isoladamente, prestações na rede convencionada, prestações por reembolso, acesso à rede convencionada e serviços de assistência, conforme definido nos documentos que constituem a apólice.

03 – Definições

Apólice de seguro

A apólice é o conjunto de documentos que formalizam o contrato de seguro entre os intervenientes e é constituída pelos seguintes elementos:

-  **Proposta de Seguro** Documento através do qual o tomador do seguro expressa a vontade de celebrar o contrato de seguro e dá a conhecer ao segurador o risco que pretende segurar. O seu correto preenchimento e a assinatura das declarações que dela fazem parte são indispensáveis à aceitação do seguro pelo segurador.
-  **Informação médica** Registo de informação de carácter médico sobre qualquer pessoa segura. Pode ser constituído por um questionário médico físico (em papel), preenchido em sítio específico da internet ou ainda através de entrevista telefónica, sendo a qualquer momento possível aceder aos respetivos registos.
-  **Condições do Seguro** Documento onde constam as características possíveis do seguro.
-  **Condições Particulares e atas** Documento onde constam os dados dos intervenientes, assim como os elementos específicos do seguro contratado. Pode ser atualizado, por iniciativa dos intervenientes, sob a forma de atas adicionais.

- **Outras comunicações escritas** Qualquer tipo de correspondência entre os intervenientes, nomeadamente sobre a aceitação do risco e/ou agravamentos.

Os documentos que constituem a apólice poderão ser fornecidos pelo segurador em documento escrito ou em suporte eletrónico duradouro.

03.01 – Definições Intervenientes

- **Segurador** A companhia de seguros que cobre os riscos contratados é a Aegon Santander Portugal Não Vida, Companhia de Seguros, S.A., adiante designada por segurador, registada na Conservatória do Registo Comercial de Lisboa com o NIPC 513251936, com o capital social de 7.500.000 euros e sede na Rua da Mesquita, n.º 6 – 1070-238 Lisboa. Empresa de Seguros autorizada junto da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões no Ramo Não Vida, com o n.º 1192.
- **Tomador do seguro** Pessoa que celebra o contrato de seguro com o segurador e que é responsável pelo pagamento do prémio de seguro.
- **Agregado familiar** Grupo de pessoas seguras identificadas na apólice, que pode incluir ascendentes, descendentes, cônjuge ou irmãos do tomador do seguro.
- **Opção família** No caso de selecionada a opção “Família”, o capital seguro de cada cobertura aplica-se à totalidade das pessoas seguras incluídas na apólice, sendo consumido nessa cobertura em cada utilização independentemente da pessoa segura.
- **Pessoa segura** Pessoa cuja saúde ou integridade física se segura, identificada nas condições particulares e/ou atas deste contrato.
- **Agente de seguros** É a entidade que promove a comercialização de seguros, servindo de intermediário entre o segurador e o tomador do seguro.

Intervenção do agente de seguros

Nenhum agente de seguros se presume autorizado a, em nome do segurador, celebrar ou extinguir contratos de seguro, contrair ou alterar as obrigações deles emergentes ou validar declarações adicionais, salvo o disposto nos números seguintes.

Pode celebrar contratos de seguro, contrair ou alterar as obrigações deles emergentes ou validar declarações adicionais em nome do segurador o agente de seguros ao qual o segurador tenha conferido, por escrito, os necessários poderes.

Não obstante a falta de poderes específicos por parte do agente de seguros, o seguro considera-se eficaz quando existam razões ponderosas, objetivamente apreciadas, tendo em conta as circunstâncias do caso, que justifiquem a confiança do tomador do seguro de boa-fé na legitimidade do agente de seguros, desde que o segurador tenha igualmente contribuído para fundar a confiança do tomador do seguro.

Para o exercício desta atividade é necessário estar registado como agente de seguros junto da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões, entidade de supervisão desta atividade.



03.02 – Definições

Foro clínico ou médico

- **Serviços clinicamente necessários** Serviços que, de acordo com os protocolos e os padrões reconhecidos pela comunidade médica, justificam a prática de atos médicos no âmbito do seguro, desde que sejam cumulativamente:

 - a) necessários para o tratamento de doença ou lesão da pessoa segura;
 - b) adequados à situação diagnosticada;
 - c) de reconhecida validade clínica;
 - d) prescritos e realizados por médico ou outros profissionais de saúde;
 - e) prestados no local mais adequado à situação diagnosticada (domicílio da pessoa segura, consultório médico, clínica de cuidados ambulatoriais, hospital);
 - f) prestados da forma mais eficiente em termos de custo desde que não prejudiquem nenhum dos pontos anteriores.

- **Doença** Alteração involuntária do estado de saúde (não causada por acidente), clínica e objetivamente comprovada. A doença é considerada súbita quando ocorre de forma inesperada e aguda, implicando risco de morte ou perda funcional para a pessoa segura, sendo necessária assistência médica urgente em ambiente hospitalar.

- **Doença oncológica** Considera-se como tal todas as doenças classificadas como neoplasias no capítulo respetivo da Classificação Internacional de Doenças (ICD), não incluindo as neoplasias aí classificadas como benignas.

- **Doença ou lesão preexistente** Doença ou lesão da qual a pessoa segura deveria ter conhecimento ou que não poderia ignorar, pela evidência dos sinais e sintomas ou por ter recebido em relação à mesma aviso médico ou tratamento, antes da data de início das coberturas da apólice.

- **Coeficiente “K”** Coeficiente de ponderação para a valorização de atos médicos, utilizado no Código de Nomenclatura e Valor Relativo de Atos médicos, publicado pela Ordem dos Médicos.

- **Doença ou malformação congénita** Doença e/ou malformação que se diagnostica ou identifica durante a gravidez ou até 30 dias após o nascimento.

- **Gravidez preexistente** Gravidez manifestada ou que tenha dado origem a acompanhamento médico no ano imediatamente anterior à data de eficácia das garantias para cada uma das pessoas seguras.

- **Implante** Material (aparelho, prótese ou ortótese, incluindo as intracirúrgicas) e/ou substância com finalidade terapêutica ou de correção, de alteração morfológica e/ou funcional, para ser colocado no organismo de um indivíduo.

- **Transplante** Colocação no organismo de um indivíduo de órgão, tecido ou células provenientes do próprio ou de outra pessoa, com finalidade terapêutica ou para correção de alteração morfológica.

- **Lesão** Alteração involuntária do estado de saúde, morfológica ou funcional, causada por acidente, que seja clínica e objetivamente comprovada.

Condições do Seguro

- **Médico/médico-dentista** Licenciado por uma faculdade de Medicina ou Medicina Dentária, legalmente autorizado a exercer a profissão e cuja especialidade e inscrição sejam reconhecidas pela Ordem dos Médicos ou pela Ordem dos Médicos Dentistas em Portugal, respetivamente, bem como pelas entidades congéneres nos países onde exerçam a atividade, relativamente aos cuidados de saúde prestados fora do território nacional.
- **Profissionais de terapêuticas não convencionais** Prestadores de cuidados de saúde com recurso a terapêuticas não convencionais, cuja atividade está subordinada ao respetivo enquadramento legal em vigor.
- **Próteses e ortóteses** Dispositivos que substituem total ou parcialmente um membro ou órgão (próteses) ou que ajudam a cumprir no todo ou em parte a sua função (ortóteses).
- **Unidade de saúde** Estabelecimento legalmente autorizado que tenha por objeto a prestação de serviços médicos ou outros cuidados de saúde, abrangendo entidades, generalistas ou especializadas, com internamento, consultas, exames e tratamentos independentemente da designação. Inclui hospitais, clínicas e centros de meios complementares de diagnóstico e terapêutica.
- **Unidade hospitalar** Unidade de saúde que dispõe de assistência médica, cirúrgica e de enfermagem permanente. Abrange entidades com internamento, bloco operatório e sala de recobro.
- **Serviço de atendimento permanente** Serviço disponível em qualquer momento do dia ou da noite, limitado a uma capacidade mínima de diagnóstico, nomeadamente consulta de clínica geral e exames auxiliares de diagnóstico básicos.
- **Ambiente de internamento (com ou sem cirurgia)** Permanência da pessoa segura em unidade hospitalar por período superior a 24 horas para receber cuidados de saúde (médico-cirúrgicos) que não podem ser administrados em regime ambulatorio.
- **Cirurgia em ambiente hospitalar sem internamento** Intervenção cirúrgica programada, realizada sob anestesia geral, locorregional ou local, em ambiente hospitalar, com segurança e de acordo com a boa prática médica, em regime de admissão e alta no mesmo dia.
- **Pequena cirurgia** **Toda a intervenção cirúrgica que corresponda aos seguintes critérios cumulativos:**
 - a) não necessitar de bloco operatório para a sua realização;
 - b) não exigir mudança de roupa completa pelo cirurgião;
 - c) ser realizada sob anestesia local;
 - d) não necessitar de cuidados especiais de recobro;
 - e) ter um limite de 50K para os atos médicos associados.



03.03 – Definições

Acesso aos prestadores e/ou cuidados de saúde

- **Sinistro/ocorrência** O evento ou série de eventos suscetível de acionar as garantias da apólice.
- **Ambiente hospitalar** Conjunto de meios infraestruturais, recursos técnicos, tecnológicos e humanos diferenciados, que permitem executar cada ato com qualidade e segurança, incluindo a capacidade de resposta eficaz para eventos súbitos que ponham em risco a vida da pessoa segura, e que existem nas estruturas convencionalmente designadas por “hospitais” ou outras equivalentes.
- **Autorização** Aprovação do pagamento da prestação de cuidados de saúde, solicitada aos serviços do segurador, dentro ou fora da rede convencionada.
- **Capital seguro** Limite máximo de comparticipação de despesas de saúde por pessoa segura ou por agregado familiar (se escolhida a opção Família), definido para cada uma das coberturas contratadas na apólice. Cada cobertura pode incluir sublimites de capital seguro para despesas específicas dentro dessa cobertura (por exemplo, sublimite de despesas associadas a parto dentro da cobertura de internamento hospitalar). O capital seguro é renovado em cada anuidade da apólice.
- **Cartão de acesso** Cartão, pessoal e intransmissível, de cada pessoa segura, para utilização do seguro e através do qual é validado cada ato de cuidados de saúde dentro da rede convencionada. O prestador de cuidados de saúde poderá exigir a apresentação, em simultâneo, do documento identificativo da pessoa segura.
- **Comparticipação** Valor a cargo do segurador, em cada despesa de saúde garantida pela apólice, cuja fórmula de cálculo está definida nas condições particulares.
- **Copagamento** Valor que fica a cargo da pessoa segura por cada ato médico dentro da rede convencionada.
- **Franquia** Valor do sinistro que não fica a cargo do segurador. Pode ser uma percentagem do sinistro/capital seguro ou um valor fixo em euros ou dias, podendo ser aplicável tanto por ato como por anuidade. Estes fatores podem também ser combinados entre si: por exemplo, franquias de 10 % sobre cada sinistro, com um mínimo de 200 € e máximo de 500 €. A franquias associadas a cada cobertura consta na Proposta de Seguro e nas Condições Particulares.
- **Período de carência** Período que decorre entre a data de adesão da pessoa segura e a data em que podem ser acionadas determinadas coberturas ou praticados atos médicos, para a respetiva pessoa segura, de acordo com o estipulado na apólice. **Além do que ficar estipulado no quadro de coberturas das condições particulares, constituem-se com um período de carência alargado de 12 meses os seguintes atos médicos:**
 - todas as despesas relacionadas com gravidez, parto, cesariana ou interrupção involuntária da gravidez, seja em ambulatório ou com recurso a hospitalização;

Condições do Seguro

- internamento do foro psiquiátrico;
- prostatectomia por patologia benigna e demais cirurgias ao aparelho geniturinário por patologia benigna;
- tratamento do prolapso urogenital;
- tratamento cirúrgico de varizes dos membros inferiores;
- tratamento cirúrgico de hérnia discal;
- hemorroidectomia, intervenções cirúrgicas e tratamentos por patologia coloproctológica benigna;
- artroscopias, artrotomia, meniscectomia e ligamentoplastias;
- tratamento de síndrome de túnel cárpico e de Quervain e *hallux valgus*;
- septoplastia;
- amigdalectomia, adenoidectomia, miringotomias com ou sem aplicação de tubos de ventilação;
- tratamento cirúrgico da úlcera duodenal;
- remoção cirúrgica ou tratamentos de lesões benignas da pele e partes moles, tais como nevos, sinais, quistos, lipomas, verrugas e doença pilonidal;
- tratamentos com laser a lesões benignas da pele;
- todas as patologias benignas do foro da otorrinolaringologia;
- litotricia renal e vesical;
- colecistectomia;
- cirurgias a cataratas, vitrectomias e cirurgias refrativas;
- arritmologia.

⦿ Autorização prévia

Sem prejuízo do estipulado em cada cobertura, é necessária a obtenção de autorização prévia, por parte do segurador, nos seguintes casos:

- internamento hospitalar;
- pequena cirurgia em ambiente hospitalar;
- parto, cesariana e interrupção involuntária da gravidez;
- tratamentos de
 - medicina física e de reabilitação;
 - radioterapia;
 - quimioterapia;
 - terapia da fala.
- em ambiente ambulatorio
 - exames auxiliares de diagnóstico e terapêutica em genética médica e/ou medicina nuclear;
- os seguintes exames complementares de diagnóstico
 - meios invasivos de diagnóstico e terapêutica em cardiologia;
 - meios invasivos de diagnóstico e terapêutica vascular;
 - polissonografia (caso necessite de internamento);
 - ressonância magnética nuclear.

04 – O que não está coberto

Exclusões gerais

Alguns factos, situações, ações ou eventos podem provocar ou enquadrar doença, lesão ou ainda um possível tratamento, mas não estão cobertos pelo seguro. As exclusões dividem-se em **gerais** (aplicam-se a todas as coberturas da apólice), **específicas** (próprias de cada cobertura e estão listadas na secção de “Coberturas possíveis de contratar”) e **particulares** (resultam do processo de subscrição médica e constam nas condições particulares e/ou em documento específico dirigido a cada pessoa segura).

Exclusões Gerais

Salvo convenção expressa em contrário nas Condições Particulares ou em documento particular, ficam excluídas do âmbito da cobertura do seguro as despesas decorrentes de:

- 01.** quaisquer despesas reclamadas pelo Serviço Nacional de Saúde ou por qualquer outro seguro ou subsistema de saúde de que a pessoa segura seja beneficiária, exceto taxas moderadoras ou o excesso não participado, não podendo exceder nunca o valor da despesa total;
- 02.** atos realizados por médicos e outros profissionais de saúde que sejam cônjuge ou tenham um grau de relação de primeiro ou segundo grau com a pessoa segura (por exemplo, irmãos, pais, filhos, cunhados), incluindo qualquer tipo de prescrição de médicos para si próprios;
- 03.** atraso injustificado ou negligência imputável ao prestador de cuidados de saúde ou à pessoa segura no recurso a assistência médica, ou da recusa ou inobservância de tratamentos que lhe tenham sido prescritos;
- 04.** consultas ou exames médicos que sejam necessários para a emissão de atestados, declarações, certificados ou informação de qualquer tipo de documento que não tenha fins assistenciais ou terapêuticos;
- 05.** cuidados continuados, entendidos como os serviços clínicos que não careçam de internamento em instituição hospitalar, podendo e devendo ser prestados em internamento em unidade própria; assim como assistência hospitalar por razões de carácter meramente social;
- 06.** correção de doenças ou malformações congénitas, exceto para recém-nascidos cuja adesão esteja formalizada nos termos indicados nesta apólice;
- 07.** doenças, lesões ou deformações preexistentes à data da celebração desta apólice – esta exclusão apenas se aplica quando confirmada nas condições particulares;
- 08.** doenças, lesões ou deformações preexistentes à data da celebração desta apólice omitidas no questionário médico de subscrição;
- 09.** gravidez ou parto existente antes do início da apólice;
- 10.** medicamentos que sejam adquiridos em farmácia ou ministrados fora do âmbito da cobertura de internamento hospitalar, assim como qualquer problema associado ao abuso de medicamentos prescritos ou não prescritos;
- 11.** alcoolismo e doenças resultantes do consumo de bebidas alcoólicas, estupefacientes ou produto tóxicos, assim como acidentes quando se verifique uma taxa de álcool superior ao limite legal estabelecido para condução de veículos ligeiros;
- 12.** utilização de estupefacientes e narcóticos quando não prescritos por médico;

Condições do Seguro

13. tratamentos relacionados com toxicodependência;
14. patologias ou tratamentos relacionados, direta ou indiretamente, com infeção por vírus de imunodeficiência humana (VIH);
15. acidentes ou doenças provenientes de tentativa de suicídio ou automutilação, de participação em apostas ou desafios, intervenção em duelos e rixas ou da prática de atos dolosos ou gravemente culposos ou ilícitos por parte da pessoa segura;
16. sessões de psicologia, psicanálise, psicoterapia, hipnose e terapia do sono, assim como internamentos associados a perturbações do foro da saúde mental, consequentes ou não de outra doença, exceto quando se encontrarem no âmbito da cobertura de saúde mental;
17. quaisquer disfunções sexuais, incluindo tratamento da impotência e disfunção erétil, exceto em consequência de doença garantida pela apólice que as tenha objetivamente causado;
18. tratamentos e/ou cirurgia para mudança de sexo ou relativas a qualquer tratamento por desordens do género, assim como complicações e consequências das mesmas;
19. consultas, elementos auxiliares de diagnóstico, receituário, e tratamentos para aferir da infertilidade e todos os atos médicos praticados no âmbito da reprodução medicamente assistida nomeadamente, mas não exclusivamente, consultas, testes, tratamentos de infertilidade, métodos de fecundação artificial, fertilização *in vitro* ou procedimentos de transferência embrionária, bem como as consequências da aplicação dos mesmos, exceto em caso de risco de vida;
20. métodos anticoncecionais e de planeamento familiar – incluindo exames e consultas associadas –, bem como despesas efetuadas para reverter os efeitos de uma cirurgia de esterilização voluntariamente realizada;
21. interrupção voluntária da gravidez, incluindo situações clínicas dela decorrentes;
22. exames, consultas e tratamentos e/ou cirurgia de regularização do peso, qualquer que seja o diagnóstico que origine a indicação para estas intervenções terapêuticas, ainda que decorrente de patologia associada a obesidade e a alterações metabólicas relacionadas;
23. consultas, tratamentos ou cirurgias do foro estético, plástico ou reconstrutivo, como por ex. mamoplastias, abdominoplastias ou rinoplastias, a não ser que tenham origem em acidente coberto pelo seguro ou decorram de doença maligna manifestada durante a vigência do contrato que os justifiquem, e mesmo nestes casos apenas até 24 meses após o diagnóstico da doença ou data do acidente;
24. escleroterapia de varizes (secagem de varicosidade);
25. tratamentos de hemodiálise crónica;
26. intervenções cirúrgicas para correção de roncopatia, exceto em caso de apneia grave e falência de outros tratamentos não cirúrgicos;
27. transplantes de órgãos, como dador ou recetor; exceto para os casos previstos na cobertura de doenças graves internacional;
28. consultas e tratamentos em áreas não reconhecidas pela Ordem dos Médicos; exceto no âmbito das terapêuticas não convencionais, quando contratada, nos termos indicados na cobertura de “assistência em regime ambulatorio”.
29. tratamentos, procedimentos e medicamentos de carácter experimental ou que necessitem de comprovação médica;
30. acidentes e doenças com cobertura em seguros obrigatórios, tal como acidentes de trabalho, acidentes em serviço e doenças profissionais;

Condições do Seguro


31. doenças infetocontagiosas, quando em situação de epidemia declarada pelas autoridades competentes, ou de pandemia que seja declarada pela organização mundial de saúde;
32. doenças ou sequelas resultantes de radioatividade, incluindo consequências de utilização de armas bacteriológicas e/ou de agentes químicos, assim como as doenças resultantes de utilização de solários, câmaras solares ou semelhantes e as suas consequências, a não ser que resultem de terapêuticas abrangidas por esta apólice;
33. acidentes resultantes de
 - a) participação em competições desportivas e respetivos treinos, quer como profissional quer como amador;
 - b) prática de desportos terrestres motorizados; BTT; artes marciais, luta e boxe; paraquedismo, incluindo a prática de queda livre, parapente e asa-delta, saltos ou saltos invertidos com mecanismo de suspensão corporal (*bungee jumping*); tauromaquia e lergadas de touros ou reses; caça de animais ferozes ou que reconhecidamente sejam considerados perigosos; hipismo; moto náutica e esqui aquático; desportos náuticos praticados sobre prancha; descida de torrentes ou correntes originadas por desníveis nos cursos de água; mergulho; caça submarina; desportos praticados sobre a neve e o gelo; alpinismo e escalada; *slide* e *rappel*; espeleologia;
 - c) cataclismos da natureza, atos de guerra, declarada ou não, de terrorismo, de sabotagem e de perturbações da ordem pública;
34. tratamentos de enfermagem privados e/ou prestados no domicílio, bem como a realização domiciliária de quaisquer exames ou tratamentos (incluindo a fisioterapia), exceto os realizados no âmbito de hospitalização domiciliária previamente autorizada pela companhia, ou através da(s) cobertura(s) de assistência domiciliária;
35. tratamentos termais e estadas em termas, sanatórios, lares, residências assistidas, casas de repouso, convalescença e cuidados continuados, centros de tratamento de toxicodependência e/ou alcoolismo e outros estabelecimentos similares;
36. ginástica, natação, massagens e outros similares, ainda que prescritos pelo médico, exceto os que resultem de doença ou acidente enquadráveis nas garantias do contrato;
37. despesas efetuadas por acompanhantes da pessoa segura, exceto em caso de internamento hospitalar de menores até aos 14 anos ou de cidadãos portadores de deficiência congénita ou adquirida;
38. deslocações e/ou alojamento, exceto para os casos previstos na cobertura de doenças graves internacional e assistência clínica em viagem;
39. serviços que não sejam clinicamente necessários, face ao quadro clínico da pessoa segura e de acordo com os protocolos e padrões reconhecidos pela comunidade médica;
40. tratamentos ministrados em estabelecimentos não autorizados a prestar cuidados de saúde.

05 – Âmbito territorial

Salvo convenção em contrário, expressa nas condições especiais ou nas condições particulares, o seguro só tem validade para os cuidados de saúde prestados em Portugal, exceto para as coberturas de doenças graves internacional, extensão ao estrangeiro e assistência clínica em viagem, quando contratada(s), caso em que a prestação é feita sempre fora do território português.


06 – Declaração inicial de risco, início da apólice e coberturas

Para afeitos desta apólice, considera-se como:


-  **Declaração inicial de risco**


O tomador do seguro e a pessoa segura devem informar o segurador, antes de celebrar o contrato e em qualquer altura durante a sua vigência, de fatores relevantes quanto ao risco que se está a segurar que sejam evidentes e de senso comum, mesmo que não sejam objeto de questionário específico.

Em caso de incumprimento deste dever de informar que tenha ocorrido de forma **dolosa**, o segurador pode anular a apólice, nos termos previstos na lei.

Caso o incumprimento decorra apenas de **negligência**, o segurador pode optar por cessação ou por alteração da apólice, também nos termos previstos na lei.
-  **Início da apólice**

A apólice tem início às 00h00 do dia inscrito nas condições particulares e produz efeitos quando cumpridas as seguintes condições:

 - terem sido aceites pelo segurador as pessoas seguras, após o respetivo processo de subscrição. O segurador dispõe de 14 dias para se pronunciar sobre a aceitação de cada pessoa segura desde a data de receção da proposta de seguro. Neste intervalo poderá aceitar ou recusar o risco e solicitar elementos adicionais. Na ausência de resposta neste prazo considera-se aceite o risco;
 - ter sido liquidado ao segurador o prémio ou fração de prémio até à data do respetivo vencimento.
-  **Renovação**

Esta apólice é um contrato de seguro anual, renovando-se automaticamente todos os anos até ao limite de permanência das pessoas seguras, estipuladas nas condições particulares.
-  **Início das coberturas**

As coberturas desta apólice tornam-se efetivas decorrido o respetivo período de carência, identificado nas Condições Particulares, exceto em caso de acidente ou doença súbita, caso em que não se aplica o período de carência.

Condições do Seguro

- **Limite temporal das coberturas** O segurador apenas cobre o pagamento das prestações convencionadas ou das despesas efetuadas em cada ano de vigência do contrato, sem prejuízo do estabelecido em caso de não renovação do contrato ou da cobertura da pessoa segura.



07 – Como se utilizam as coberturas

Forma da prestação do segurador

A utilização das garantias desta apólice pode ser feita sob a forma de prestações na rede convencionada, de reembolso ou mistas, ou ainda através de acesso à rede. Estas diferentes modalidades estão relacionadas com as coberturas contratadas.

- **Acesso à rede convencionada** Disponibilização de serviços garantidos pelo contrato de seguro, executados por uma rede nacional específica constituída por prestadores de cuidados de saúde, que pode mudar ao longo do tempo, aos quais a pessoa segura tem acesso em condições de preço favorável face a prestadores de cuidados de saúde fora da rede convencionada. Nesta modalidade não há lugar a comparticipação por parte do segurador, não se aplicando quaisquer copagamentos, carências ou franquias.
- **Prestações na rede convencionada** Serviços garantidos pelo contrato de seguro, realizados em prestadores da rede convencionada, nos quais a comparticipação das despesas é garantida diretamente pelo segurador e a pessoa segura suporta o pagamento das franquias e/ou copagamentos, estando o respetivo acesso sujeito aos critérios de utilização definidos pelo segurador, incluindo a autorização para atos e procedimentos nos termos do disposto na apólice. Em caso de acesso à rede sem identificação via cartão de acesso ou sem autorização do segurador, a prestação do segurador será efetuada via reembolso, tal como especificado no ponto seguinte.
- **Prestações por reembolso, fora da rede convencionada** Despesas com cuidados de saúde fora da rede convencionada garantidas pela apólice mediante aprovação prévia pelo segurador, e pagas pela pessoa segura, sendo posteriormente reembolsadas pelo segurador, nos termos e na percentagem constante da apólice. Os valores a reembolsar estão sujeitos ao coeficiente “K”, ou seja, aos parâmetros de valorização dos atos médico-cirúrgicos de acordo com a tabela de valores relativos estabelecidos pela Ordem dos Médicos no Código de Nomenclatura de Valores Relativos de Atos médicos, nunca podendo exceder o capital seguro da cobertura respetiva, indicado nas Condições Particulares.

Obrigações do segurador

O segurador obriga-se ao pontual cumprimento das obrigações relacionadas com as prestações abrangidas pela apólice, nomeadamente no:

- **Acesso à rede convencionada** Através da disponibilização atempada do cartão de acesso, que permite acesso imediato à rede convencionada, sem prejuízo dos períodos de carência associados a cada cobertura. Este acesso é pessoal e intransmissível.
- **Processamento de autorizações** O segurador não deverá demorar mais de cinco dias úteis a processar um pedido de autorização que seja necessário para qualquer ato médico, contados a partir da data em que tenha recebido todos os elementos requeridos para análise.

Condições do Seguro

- **Reembolso de despesas efetuadas** O segurador não deverá demorar mais de 30 dias úteis a reembolsar despesas elegíveis, uma vez determinada a sua responsabilidade pelas mesmas e apurados os valores a reembolsar nas condições estipuladas na apólice. Se estiver na posse de todos os elementos solicitados para efetuar o reembolso e tiver excedido este prazo, o segurador incorre em mora, à taxa legal em vigor.

Obrigações do tomador do seguro/pessoa segura

Em caso de sinistro que esteja abrangido nesta apólice, é obrigação da pessoa segura:

- **Evitar o agravamento do sinistro** A pessoa segura deve tomar todas as medidas que estiverem ao seu alcance, que sejam evidentes e de senso comum, para limitar e/ou controlar um agravamento da doença e/ou lesão antes da intervenção médica respetiva, e participar o sinistro ao segurador no prazo de oito dias seguintes à sua ocorrência. Igualmente, o segurador não assume a responsabilidade pelas consequências decorrentes de qualquer atraso ou negligência imputável à pessoa segura no recurso à assistência, ou caso se recuse a seguir os tratamentos prescritos.
- **Realizar os exames pedidos pelo segurador** Caso seja determinado pelo(s) médico(s) indicado(s) pelo segurador que a melhor opção para diagnóstico da pessoa segura implica determinados exames médicos, esta deverá disponibilizar-se para os realizar nos exatos termos pedidos, cessando a responsabilidade do segurador se não o fizer.
- **Fornecer informação pedida pelo segurador** No âmbito do sinistro que motive um pedido de prestação ou de reembolso por cuidados de saúde ao abrigo do contrato de seguro, a pessoa segura deve autorizar os médicos e outros profissionais ou instituições de saúde a que tenha recorrido a prestarem ao médico que o segurador designar as informações por este solicitadas, relativas ao seu estado de saúde e aos serviços clínicos prestados.
- **Fornecer ao segurador comprovativos de despesas na modalidade de reembolso** A pessoa segura ou o tomador do seguro deverá apresentar os recibos originais das despesas efetuadas ao abrigo da modalidade de reembolso até 365 dias após a data da sua realização. Havendo submissão das despesas através do *site/app*, na respetiva área certificada de clientes, fica dispensada a apresentação dos originais, nos termos aí descritos e se estes tiverem sido expressamente aceites pela pessoa segura.

Nos casos em que os originais tenham sido entregues anteriormente a outra entidade para efeitos de reembolso, o segurador aceitará fotocópias dos mesmos, desde que acompanhados de comprovativo documental dessa entidade, onde conste a despesa total e o montante que foi reembolsado. De igual modo, quando a pessoa segura necessitar de apresentar a despesa a outra entidade após ser reembolsada ao abrigo desta apólice, deverá munir-se de cópias dos originais, acompanhadas da mesma declaração a emitir pelo segurador a seu pedido.

Em caso algum o reembolso total poderá exceder o valor total da despesa.

Condições do Seguro

- **Extravio do cartão ou do número de acesso** Havendo perda ou extravio do cartão de saúde, o mesmo deve ser comunicado ao segurador e/ou prestador imediatamente, para que possa ser anulado e emitida uma segunda via.

O tomador do seguro e/ou a pessoa segura respondem nos termos legais por perdas e danos, nos casos de fraude, simulação e falsidade para justificar despesas de saúde ou em qualquer outro uso de meios dolosos que visem uma utilização abusiva da apólice para obtenção de benefício ilegítimo.

Recai sobre a pessoa segura o ónus da prova da veracidade das declarações, podendo o segurador exigir-lhe os meios de prova adequados e que estejam ao seu alcance.

Características das coberturas

- **Coberturas possíveis de contratar** As coberturas possíveis de contratar constam na respetiva secção deste documento, sendo aí detalhado o seu **significado** assim como as respetivas **exclusões específicas**. As coberturas que se encontram efetivamente contratadas constam nas Condições Particulares.
- **Outras características das coberturas** Para além das exclusões específicas, cada cobertura poderá incluir valores referentes a:
 - franquia;
 - copagamento;
 - período de carência;
 - capital seguro;
 - sublimites de capital;
 - percentagem de comparticipação fora da rede convencionada.

Estes conceitos constam na secção “Definições” e podem apresentar valores diferentes em cada cobertura, **estando especificados nas condições particulares**.

08 – Prémio

É o montante a pagar pelo tomador do seguro ao segurador pela prestação do serviço de segurar. Em cada anuidade, o prémio do seguro é calculado de acordo com a tarifa em vigor. Ao valor do prémio apresentado na simulação acresce o custo de emissão da apólice, cobrado apenas uma vez, no primeiro recibo. Qualquer alteração do prémio aplicável ao contrato poderá ser efetuada no vencimento anual seguinte.

O prémio é pago através de domiciliação bancária.

- **Vencimento do prémio**
 - O prémio é anual, devido na data da celebração do contrato e pago antecipadamente.
 - Admite-se as seguintes formas de pagamento do prémio: fracionamento mensal, trimestral, semestral ou anual. As formas de fracionamento distintas da mensal poderão ser objeto de desconto.
 - O prémio é devido na data de início de cada período a que o respetivo recibo respeite, independentemente do seu fracionamento.
 - A parte do prémio correspondente a alterações ao contrato é devida na data da respetiva alteração. Não sendo o prémio liquidado regularmente, a apólice permanece em vigor sem considerar a alteração a que respeita o prémio adicional, a menos que a natureza da alteração torne impossível manter a apólice em vigor, caso em que cessa.

Condições do Seguro

- Na ausência do pagamento do prêmio na data em que é devido, o segurador poderá anular a apólice, recusando o pagamento de despesas que tenham ocorrido após essa data.

● Atualização do prêmio

Na renovação do contrato, o prêmio será atualizado pelo segurador em função dos critérios técnico-atuariais que sustentam a tarifa.



09 – Alterações à apólice

● Por parte do segurador

A alteração às coberturas em qualquer das suas componentes por iniciativa do segurador deverá ser feita na data de vencimento anual da apólice e comunicada ao tomador do seguro com antecedência mínima de 30 dias em relação a esta data, dispondo este de 30 dias para aceitar ou recusar a alteração. Considera-se aceite na ausência de resposta e liquidação do respetivo prêmio (ou fração de prêmio) da anuidade seguinte. No caso de recusa, a apólice deverá ser anulada na data de vencimento anual.

Nota: não se considera como alteração à apólice a evolução de tarifa associada à idade da pessoa segura.

● Por parte do tomador do seguro

A inclusão de pessoas seguras deve ser precedida do processo de subscrição por parte do segurador, considerando-se estas abrangidas pela apólice apenas após a respetiva aceitação do risco. Aplicam-se às pessoas seguras incluídas na apólice os períodos de carência associados às respetivas coberturas desde a data da sua inclusão.

A inclusão de recém-nascidos pode ser solicitada ao segurador, no máximo, até 30 dias após o nascimento, com efeito a partir desta data, não se aplicando ao recém-nascido qualquer período de carência ou exclusão de malformações congénitas.

A exclusão de pessoas deve ser solicitada com pelo menos 30 dias de antecedência em relação à data de vencimento da apólice, a partir da qual essa exclusão tem efeito. O segurador procede ao estorno *pro rata temporis*, isto é, na proporção, sobre o período não decorrido.

● Regime de transmissão

A apólice não é transmissível a terceiros, mantendo-se a sua titularidade até que cesse nas condições previstas.

10 – Coberturas possíveis de contratar

As coberturas efetivamente contratadas constam nas condições particulares desta apólice


O seguro permite contratar um conjunto de coberturas na mesma apólice, isoladamente ou em módulos fixos, entre várias opções. Cada uma destas coberturas tem características próprias quanto à sua utilização, assim como exclusões específicas aplicáveis apenas a essa cobertura. **Adicionalmente, poderão incluir um limite de capital, franquias, percentagem de comparticipação, períodos de carência, copagamentos, entre outras características indicadas nas condições particulares.** As condições específicas que constam das condições particulares prevalecem sobre as presentes condições do seguro.

As coberturas são subscritas na proposta de seguro e podem ser adicionadas mais tarde à apólice. Em ambos os casos **dependem de aceitação do segurador** e só poderão ser utilizadas após constarem nas condições particulares e/ou atas, decorrido o respetivo período de carência.

10.01 – Internamento hospitalar

Regime de comparticipação

 Dentro da rede

 Fora da rede

O que está coberto

Estão cobertas as seguintes despesas cuja realização requeira os meios e serviços específicos de ambiente de internamento:

- acomodação e utilização das infraestruturas necessárias para a realização dos atos médicos (diárias, bloco operatório, recobro, unidade de cuidados intensivos e equipamentos), incluindo a **cirurgia em ambiente hospitalar sem internamento**, nos termos constantes na secção “Definições”;
- honorários médicos e de enfermagem, relacionados com a assistência prestada;
- medicamentos, materiais e todos os produtos associados aos cuidados prestados;
- exames auxiliares de diagnóstico, associados aos atos médicos realizados;
- material de osteossíntese e próteses intracirúrgicas (dispositivos médicos implantáveis);
- cirurgias de estomatologia, medicina dentária e cirurgia maxilofacial que resultem de acidente e/ou doença cobertos pelo contrato;
- tratamentos de quimioterapia citostática e radioterapia, ainda que realizados em ambulatório, são considerados como sinistros ou ocorrências isolados.

Independentemente de o internamento ocorrer dentro ou fora da rede, as despesas relativas a honorários médicos estão limitadas ao valor por “K”.

✕ O que não está coberto

Para além das exclusões gerais, esta cobertura não garante despesas decorrentes de

- a) cirurgia do foro estomatológico ou maxilofacial, exceto se em consequência de doença manifestada na vigência do contrato ou de acidente que requeira tratamento de urgência em hospital, quer em regime de internamento, quer em regime ambulatorio, abrangido por este contrato e ocorrido durante a sua vigência;
- b) despesas de perfusionista, exceto no decurso de uma cirurgia cardiotorácica;
- c) parto normal, cesariana e interrupção involuntária da gravidez;
- d) próteses e implantes estomatológicos;
- e) plastias mamárias de aumento ou redução de volume e suas consequências, quaisquer que sejam as indicações cirúrgicas ou remoção de material de prótese mamária, exceto em caso de patologia secundária que o justifique;
- f) exames complementares realizados ao recém-nascido e que não foram alvo de pré autorização (por exemplo, otoemissões);
- g) decorrentes da realização de pequena cirurgia, qualquer que seja o período de permanência na unidade hospitalar;
- h) acompanhantes da pessoa segura, exceto em caso de internamento hospitalar de pessoas seguras menores de 14 anos ou de portadores de deficiência congénita ou adquirida;
- i) acomodação, diária ou quaisquer custos de natureza particular.

**10.02 – Internamento hospitalar –
Extensão para doenças oncológicas**

Regime de
comparticipação



Dentro da rede



Fora da rede

✓ O que está coberto

Esta cobertura funciona como extensão da cobertura **10.01 – Internamento hospitalar** para os casos em que o capital da mesma seja insuficiente, e exclusivamente para doenças do foro oncológico, considerando-se como tal todas as doenças classificadas como neoplasias no capítulo respetivo da Classificação Internacional de Doenças, não incluindo as neoplasias aí classificadas como benignas.

Estão cobertas as seguintes despesas cuja realização requeira os meios e serviços específicos de ambiente de internamento:

- acomodação e utilização das infraestruturas necessárias para a realização dos atos médicos (diárias, bloco operatório, recobro, unidade de cuidados intensivos e equipamentos), incluindo a **cirurgia em ambiente hospitalar sem internamento**, nos termos constantes na secção “Definições”;
- honorários médicos e de enfermagem, relacionados com a assistência prestada;
- medicamentos, materiais e todos os produtos associados aos cuidados prestados;
- exames auxiliares de diagnóstico, associados aos atos médicos realizados;
- material de osteossíntese e próteses intracirúrgicas (dispositivos médicos implantáveis);

Condições do Seguro

- cirurgias de estomatologia, medicina dentária e cirurgia maxilofacial que resultem de acidente e/ou doença cobertos pelo contrato;
- tratamentos de quimioterapia citostática e radioterapia, ainda que realizados em ambulatório, são considerados como sinistros ou ocorrências isolados.

Independentemente de o internamento ocorrer dentro ou fora da rede, as despesas relativas a honorários médicos estão limitadas ao valor por “K”.

✕ O que não está coberto

Para além das exclusões gerais, esta cobertura não garante despesas decorrentes de

- j) cirurgia do foro estomatológico ou maxilofacial, exceto se em consequência de doença manifestada na vigência do contrato ou de acidente que requeira tratamento de urgência em hospital, quer em regime de internamento, quer em regime ambulatório, abrangido por este contrato e ocorrido durante a sua vigência;
- k) despesas de perfusionista, exceto no decurso de uma cirurgia cardiotorácica;
- l) parto normal, cesariana e interrupção involuntária da gravidez;
- m) próteses e implantes estomatológicos;
- n) plastias mamárias de aumento ou redução de volume e suas consequências, quaisquer que sejam as indicações cirúrgicas ou remoção de material de prótese mamária, exceto em caso de patologia secundária que o justifique;
- o) exames complementares realizados ao recém-nascido e que não foram alvo de pré autorização (por exemplo, otoemissões);
- p) decorrentes da realização de pequena cirurgia, qualquer que seja o período de permanência na unidade hospitalar;
- q) acompanhantes da pessoa segura, exceto em caso de internamento hospitalar de pessoas seguras menores de 14 anos ou de portadores de deficiência congénita ou adquirida;
- r) acomodação, diária ou quaisquer custos de natureza particular.

10.03 – 2ª Opinião médica internacional

Regime de participação

← Dentro da rede

✓ O que está coberto

Esta cobertura consiste na elaboração e disponibilização à pessoa segura de um relatório no qual conste uma segunda opinião médica sobre a sua doença ou condição clínica. Este relatório é elaborado por um ou mais médicos especialistas dentro da Rede Médica Internacional cujo conhecimento seja especificamente indicado para analisar o caso em apreço. A análise efetuada dependerá necessariamente de elementos clínicos prévios que devem ser disponibilizados pela pessoa segura, sob a forma de relatórios de consultas médicas em Portugal e/ou todos os exames já realizados, sem prejuízo de serem solicitados mais exames que sejam considerados cruciais para a elaboração do relatório. A 2ª opinião médica internacional é elegível para qualquer doença.

✗ O que não está coberto

Esta cobertura não tem exclusões específicas, aplicando-se apenas as exclusões gerais.

10.04 – Acesso à rede de saúde e bem-estar CUF Santander

Regime de participação

← Dentro da rede

✓ O que está coberto

Esta cobertura garante o direito de acesso a uma rede específica de Saúde e bem-estar a preços favoráveis, e inclui tratamentos no âmbito das medicinas alternativas, beleza e lazer, suportando a pessoa segura a totalidade do respetivo custo. Este acesso inclui valências nas áreas de:

- nutrição;
- psicologia;
- acupuntura;
- homeopatia;
- ginásios e *health clubs*;
- cursos de preparação para o parto;
- criopreservação de células estaminais;
- óticas.

A lista dos prestadores da Rede Médica está disponível para consulta em www.my.aegon-santander.pt, onde pode consultar preços de referência, definidos a cada momento pelo segurador.

O que não está coberto

Esta cobertura não garante:



- a) acesso a qualquer preço especial em unidades de saúde que não façam parte das respetivas redes convencionadas;
- b) despesas associadas a qualquer ato nas valências indicadas, dentro ou fora da rede convencionada, ou efetuadas dentro da rede sem utilização do cartão ou número de acesso à rede;

Além das exclusões anteriores, não se aplicam a esta cobertura quaisquer outras, incluindo as exclusões gerais.



11 – Cessação da apólice

A apólice cessa quando contrato de seguro termina, nas seguintes situações legalmente definidas:

-  **Denúncia** O contrato de seguro é celebrado pelo prazo de um ano, prorrogável por igual período. O segurador e o tomador do seguro têm o direito de fazer cessar o contrato unilateralmente, através de denúncia, que impede a sua renovação, extinguindo-o. Esta denúncia deve ser enviada por escrito, com antecedência mínima de 30 dias em relação à data de renovação da apólice. Considera-se igualmente uma denúncia da apólice a falta de pagamento do prémio resultante da prorrogação da mesma.
-  **Livre resolução** Assiste ao tomador do seguro o direito de livre resolução do contrato de seguro, no prazo de 30 dias após a receção das condições particulares. Para exercer este direito, o tomador do seguro deverá informar o segurador, mediante comunicação expressa, em suporte duradouro e acessível, enviada para a morada Rua da Mesquita, n.º 6 – 1070-238 Lisboa ou para o e-mail gestaorisco-aegonsantander@aegonsantander.pt.
A cessação do contrato nestes termos confere ao segurador os direitos de manter o prémio correspondente ao período em que suportou o risco e de reaver o montante com despesas razoáveis que tenha efetuado com exames médicos, sempre que esse valor seja imputado contratualmente ao tomador do seguro.
A livre resolução do contrato pode, igualmente, ser exercida nas apólices contratadas à distância, nos 14 dias seguintes à receção das condições particulares. Neste caso, e desde que a cobertura do risco tenha iniciado antes de findo o prazo de livre resolução do contrato, assistem ao segurador os direitos de manter o prémio correspondente ao período em que suportou o risco e de reaver o montante com despesas razoáveis que tenha efetuado

Condições do Seguro

● Resolução por justa causa

com exames médicos, sempre que esse valor seja imputado contratualmente ao tomador do seguro

O contrato pode ser resolvido pelas partes a todo o tempo, havendo justa causa nos termos gerais, mediante entrega de comunicação expressa e fundamentada enviada por correio registado. O contrato considera-se resolvido num prazo máximo de cinco dias úteis após receção da comunicação.

Não será devido qualquer montante de prémio ao tomador do seguro sempre que a lei determine que o segurador pode conservar o prémio pago.

Quando deva ser devolvida alguma parte de prémio anteriormente paga, o montante do prémio a devolver ao tomador do seguro em caso de cessação antecipada do contrato é calculado proporcionalmente ao período que decorreria entre a data da cessação da cobertura e o vencimento do contrato, salvo convenção de cálculo diverso pelas partes em função de razão atendível, como seja a garantia de separação técnica entre a tarificação dos seguros anuais e a dos seguros temporários.

● Revogação

O contrato pode ser revogado a todo o tempo por acordo entre as partes.

● Falta de pagamento do prémio

A falta de pagamento do prémio determina a resolução automática do contrato, por força da lei. O segurador avisará por escrito o tomador do seguro, através de carta registada, quanto à resolução do seguro. Até dez dias após a resolução, o tomador do seguro tem o direito de repor o seguro em vigor nas condições originais do contrato anteriormente resolvido. O pedido de reposição em vigor deverá ser acompanhado do pagamento do respetivo prémio.

● Caducidade

A apólice caduca para cada pessoa segura que atingir a idade-limite de permanência constante nas condições particulares.

Responsabilidade do segurador em caso de não renovação da apólice

Nos casos em que o segurador opte por não renovar a apólice ou a inclusão de uma pessoa segura, e não estando o risco coberto por outra apólice, deverá assegurar durante um período não inferior a dois anos as prestações resultantes de doença manifestada ou de outro facto ocorrido na vigência da apólice, desde que cobertos pelo seguro até esgotar o capital seguro da anuidade anterior à não renovação.

O segurador deverá ser informado da doença ou do facto a que se refere a cláusula anterior nos 30 dias posteriores à não renovação, salvo justo impedimento. Sem prejuízo da manutenção das coberturas durante este prazo, as autorizações emitidas pelo segurador antes de a apólice cessar ficam imediatamente sem efeito.

12 – Comunicações e notificações entre as partes

As comunicações ou notificações do tomador do seguro e da pessoa segura previstas nesta apólice consideram-se válidas e eficazes caso sejam efetuadas por escrito para a morada **Avenida José Malhoa, 22 – 1070-159 Lisboa** ou através de correio eletrónico para o endereço **aegonsantander@aegonsantander.pt**.

O segurador está obrigado a enviar as comunicações previstas no presente contrato se o destinatário das mesmas estiver devidamente identificado, considerando-se validamente efetuadas se remetidas para o endereço que forneceu ao segurador.

Qualquer alteração de morada e dos contactos do tomador do seguro e dos intervenientes do contrato deverá ser comunicada ao segurador até trinta (30) dias após a data em que ocorreu, sob pena de as comunicações ou notificações que o segurador venha a efetuar se terem por válidas e eficazes.

As comunicações escritas que o segurador dirija aos intervenientes no âmbito deste contrato ou em cumprimento de qualquer disposição legal ou regulamentar serão prestadas em formato digital, mediante o envio de mensagem para o número de telemóvel ou para o e-mail indicado pelo tomador do seguro, ou, ainda, através da área de acesso reservado no site (**www.aegon-santander.pt**) ou na app do segurador.

Em caso de pluralidade de pessoas seguras, as comunicações do segurador serão efetuadas em nome do primeiro titular, tendo em conta as informações de contacto disponibilizados por este.

Sem prejuízo das formas de comunicação previstas nas condições gerais para situações específicas, o segurador poderá, ainda, utilizar outros meios de comunicação, como telefone, mensagem eletrónica, correio postal ou prestadores de serviços similares.

O disposto nos números anteriores não impede o segurador de efetuar as comunicações através de correio postal para a morada fiscal, ou outra, disponibilizada pelo tomador do seguro ou pela pessoa segura.

O segurador não é responsável por atrasos, deficiências, desvio de correspondência, interrupções ou outras anomalias resultantes da utilização de correio ou outros meios de comunicação, nem pela entrega de informações ou elementos por ele endereçados ao tomador do seguro, à pessoa segura ou a terceiros em local ou a pessoa diferente do destinatário, salvo se tais anomalias lhe forem comprovadamente imputáveis.

Sem prejuízo do disposto nos números anteriores, o tomador do seguro poderá sempre solicitar o envio de qualquer comunicação ou informação por correio postal ou a respetiva disponibilização em suporte papel.

13 – Reclamações

As reclamações do tomador do seguro, da pessoa segura ou de terceiros lesados devem ser apresentadas ao regulador ou diretamente ao segurador, por escrito ou por qualquer meio de comunicação, através de correio eletrónico para o endereço **qualidade-aegonsantander@aegonsantander.pt** ou por correio dirigido à Direção de Customer Care e Compliance da Aegon Santander Portugal Não Vida, S.A. para a morada Avenida José Malhoa, 22 – 1070-159 Lisboa. As reclamações devem conter informações relevantes para a respetiva gestão, incluindo, pelo menos, os elementos que se encontram especificados em **<https://www.aegon-santander.pt/gestao-de-reclamacoes/>**.

A Direção de Customer Care e Compliance da Aegon Santander Portugal Não Vida compromete-se a analisar e responder às reclamações num prazo máximo de 20 dias úteis, após receção das mesmas. O processo de resposta a qualquer reclamação não impede nem prejudica o recurso aos tribunais, nem a intervenção da entidade reguladora, a Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões, nem a intervenção do Provedor do Cliente.

Condições do Seguro

A intervenção do Provedor do Cliente justifica-se quando existam reclamações previamente apresentadas ao Segurador às quais não tenha sido dada resposta no prazo máximo de 20 dias (o prazo a considerar é de 30 dias nos casos que revistam especial complexidade) ou que, tendo-o sido, o reclamante discorde do sentido da mesma. Os contactos do Provedor do Cliente estão disponíveis em <https://www.aegon-santander.pt/gestao-de-reclamacoes/>.

A Aegon Santander Portugal Não Vida dispõe de uma Política de Tratamento que pode ser consultada em www.aegon-santander.pt e está disponível para entrega em suporte de papel, a pedido do interessado.

O reclamante pode ainda apresentar reclamação junto da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões, desde que tal reclamação tenha sido previamente apresentada ao segurador e não tenha sido resolvida no prazo máximo de 20 dias úteis contados a partir da data da respetiva receção ou quando, tendo sido dada uma resposta, o reclamante discorde do sentido da mesma. Poderá encontrar mais informação em <https://www.aegon-santander.pt/gestao-de-reclamacoes/>.



14 – Cláusulas legais ou obrigatórias

A esta apólice aplicam-se as seguintes cláusulas obrigatórias:

- **Convenção sobre o lugar do cumprimento da obrigação** As partes acordam expressamente que as obrigações previstas ao abrigo do presente contrato deverão ser cumpridas em Portugal, mais concretamente na sede do segurador.
- **Lei aplicável** A lei aplicável a este contrato é a lei portuguesa.
- **Foro competente** O foro competente para dirimir os litígios emergentes deste contrato é o fixado na lei civil.
- **Resolução alternativa de litígios** Em caso de litígio referente à presente apólice, e sendo o tomador do seguro um consumidor na aceção da Lei n.º 144/2015, de 8 de setembro, poderá recorrer à resolução alternativa de litígios de consumo junto das instâncias reconhecidas. A informação geral sobre as entidades de arbitragem portuguesas está disponível para consulta em <https://www.aegon-santander.pt/informacoes-relevantes-para-o-cliente/>.
A adesão do segurador à arbitragem fica vinculada às previsões legais existentes no que respeita à adesão obrigatória, sendo casuística nos restantes casos.
- **Regime fiscal** A este contrato aplica-se o regime fiscal previsto na lei em cada momento, não recaindo sobre o segurador quaisquer ónus, encargos ou responsabilidades em consequência de alteração legislativa.
- **Relatório sobre solvência e situação financeira** Este relatório encontra-se disponível para consulta pelo tomador do seguro, no site da Aegon Santander Portugal: <https://www.aegon-santander.pt/relatorios/>.
- **Sub-rogação** O segurador, uma vez paga a prestação, fica sub-rogado, até ao limite do valor da mesma, em todos os direitos da pessoa segura contra terceiro responsável pelos prejuízos. A pessoa segura obriga-se a agir na medida do necessário para o garantir, respondendo por perdas e danos resultantes de atos ou omissões voluntárias que possam impedir ou prejudicar o exercício desse direito.

Condições do Seguro

- **Eficácia em relação a terceiros** As exceções, invalidades e demais disposições que, de acordo com o contrato ou com a lei, sejam invocáveis face ao tomador do seguro ou à pessoa segura, sê-lo-ão igualmente em relação a terceiros que dele beneficiem.
- **Compensação de créditos** No ato de pagamento de qualquer importância ao abrigo deste contrato, o segurador, sempre que a lei o permita, poderá proceder ao desconto de qualquer quantia que lhe seja devida pelo tomador do seguro ou pela pessoa segura.

15 – Informação adicional específica para contratação à distância

A presente secção destina-se a dar cumprimento à obrigação de prestação de informações pré-contratuais adicionais e específicas para a contratação à distância, no estrito cumprimento do artigo 11.º e seguintes do Decreto-Lei n.º 95/2006, de 29 de maio. Por conseguinte, informa-se que:

- o valor do prémio a ser pago pelo consumidor, incluindo eventuais impostos ou outros custos, é o que consta nas condições particulares;
- não existe qualquer custo adicional para o consumidor pela utilização de meios de comunicação à distância;
- as informações pré-contratuais prestadas têm um período de validade de um mês;
- o pagamento será feito por domiciliação bancária, através da conta bancária constante nas condições particulares;
- o consumidor tem o direito de livre resolução nos termos já referidos na secção “Cessação da apólice”;
- até ao termo do prazo de 14 dias para exercer o direito de livre resolução, o consumidor não está obrigado ao pagamento do prémio correspondente ao período em que o segurador suportou o risco;
- o não exercício do direito de livre resolução no referido prazo de 14 dias implica que o mesmo já não possa exercido e, conseqüentemente, já não possam operar os direitos que adviriam do seu exercício;
- o segurador estabelece relações com o consumidor ao abrigo da lei portuguesa, sendo essa, conseqüentemente, a lei aplicável ao contrato à distância;
- o tribunal competente para dirimir os litígios emergentes do contrato à distância é o fixado na lei civil;
- a duração mínima do contrato à distância é de um ano;
- os direitos das partes em matéria de resolução antecipada ou unilateral do contrato à distância e eventuais penalizações daí decorrentes estão previstos na secção “Cessação da apólice”;
- os meios extrajudiciais de resolução de litígios e o respetivo modo de acesso são os previstos nos pontos 13 e 14 nestas condições de seguro.

16 – Dados pessoais

- 1) Os dados pessoais do tomador do seguro, da pessoa segura e dos beneficiários são tratados pelo segurador Aegon Santander Portugal Não Vida, o qual, enquanto entidade responsável pelo presente tratamento de dados, poderá recolher, armazenar, interconectar e, genericamente, tratar, informaticamente ou não, os dados pessoais (incluindo os dados de saúde) fornecidos, bem como outros que o segurador obtenha legalmente, para os fins identificados na Proposta de Seguro.
- 2) Os dados pessoais poderão ser tratados pelo segurador, consoante o tipo de contrato e/ou titulares, para as seguintes finalidades:
 - i. contratualização e gestão do contrato, ainda no âmbito das relações pré-contratuais ou posteriormente, aqui incluindo operações de cobranças de prémios, gestão de renovações, comunicações referentes a serviços inerentes ao seguro contratado e gestão de sinistros. Estas finalidades têm por fundamento de licitude a execução do contrato e das diligências pré-contratuais, bem como o consentimento dos titulares quando esteja em causa o tratamento de dados de saúde;
 - ii. gestão de sinistros, que tem por fundamento de licitude a execução do contrato, bem como o consentimento dos titulares quando esteja em causa o tratamento de dados de saúde;
 - iii. controlo de qualidade (através de inquéritos de satisfação) e operações de *marketing* relativamente a serviços, ofertas promocionais e produtos comercializados pela Aegon Santander Portugal (consistindo este um interesse legítimo do segurador, por forma a aferir o nível de qualidade dos serviços e apresentar aos titulares novos produtos e propostas que os possam beneficiar);
 - iv. cumprimento de obrigações legais.
- 3) O segurador poderá efetuar tratamentos automatizados para efeitos de avaliação de risco, inerente ao estabelecimento e manutenção de relações comerciais entre o tomador do seguro e/ou a(s) pessoa(s) segura(s) e o segurador ou quaisquer outras sociedades com quem este venha a celebrar contratos de resseguro. As decisões individuais com base exclusiva em tratamentos automatizados respeitam o previsto no artigo 22.º, nos n.ºs 2 e 3 do Regulamento Geral de Proteção de Dados. Para efeitos de gestão do contrato e controlo de qualidade, e mediante consentimento prévio dos titulares, poderá o segurador proceder à gravação de chamadas telefónicas, nos termos e com os limites previstos na lei e regulamentação aplicável.
- 4) Os dados pessoais tratados poderão ser comunicados a outras sociedades com quem o segurador tenha subcontratado serviços, a entidades com quem venha a celebrar contratos de resseguro ou ainda outras sociedades que com o segurador estejam direta ou indiretamente em relação de domínio ou grupo, unicamente para fins estritamente ligados ao presente contrato. Os dados pessoais poderão ainda ser comunicados a entidades terceiras (nomeadamente entidades administrativas, judiciais e de supervisão) para cumprimento de obrigações legais. Nos casos em que haja uma comunicação para países terceiros, o segurador garantirá um nível de proteção adequado dos seus dados, através de instrumento contratual de acordo com clausulado adotado pela Comissão Europeia.
- 5) Nos termos da lei em vigor, o titular dos dados tratados tem o direito de, a todo o tempo, solicitar e obter, por si ou por representante legalmente constituído, o acesso à totalidade da informação registada, bem como a solicitar a sua atualização, limitação, eliminação ou oposição à finalidade de *marketing* ou controlo de qualidade, devendo para o efeito remeter comunicação escrita através do *e-mail* aegonsantander@aegonsantander.pt. Poderá ainda, através da mesma forma, retirar eventuais consentimentos dados ao segurador (na medida em que não prejudique a execução do contrato) e exercer o direito de portabilidade dos seus dados (para si ou entidade expressamente identificada), no

Condições do Seguro

que respeita aos dados automatizados por si fornecidos e que lhe digam respeito, e desde que não prejudique direitos e liberdades de terceiros. O exercício do direito de eliminação ou limitação de dados para as finalidades de contratualização e gestão do contrato e de gestão de sinistros, durante a vigência do contrato de seguro, que impeçam a sua regular gestão importará o seu termo.

- 6) Os dados pessoais recolhidos serão conservados após o termo de cada contrato de seguro, até ao termo do respetivo prazo legal de prescrição ou, se superior, ao termo de processo de reclamação ou de gestão de sinistro, com exceção dos dados que, por imposição legal, devam ser conservados por período superior.
- 7) A Aegon Santander Portugal Não Vida, enquanto responsável pelo tratamento dos dados, poderá ser contactada através do *e-mail* aegonsantander@aegonsantander.pt e/ou através do seu Encarregado de Proteção de dados, através do *e-mail* dpo@aegonsantander.pt. Pode ainda dirigir reclamações junto da Autoridade de Controlo legalmente estabelecida.
- 8) Os dados fornecidos deverão ser completos e exatos, sendo certo que a sua falta ou inexatidão obsta à concretização e manutenção do contrato de seguro.
- 9) Consulte mais informações acerca do Tratamento de Dados Pessoais através da Política de Privacidade disponível em <https://www.aegon-santander.pt/politicas/>.

IDENTIFICAÇÃO DE AGENTE DE SEGUROS

Banco Santander Totta, S.A., com sede social na Rua Áurea, n.º 88, 1100-063 Lisboa, com capital social: 1.391.779.674 € e registado na CRC de Lisboa com o NIPC 500 844 321

Agente de Seguros n.º 419 501 250

Data de registo: 21/01/2019

Autorização para distribuição de seguros para os Ramos Vida e Não Vida. Informações e outros detalhes do registo disponíveis em www.asf.com.pt.

O Agente de Seguros distribui seguros do Ramo Vida das Empresas de Seguros Santander Totta Seguros – Companhia de Seguros de Vida, S.A. e Aegon Santander Portugal Vida – Companhia de Seguros de Vida, S.A., e do Ramo Não Vida das Empresas de Seguros Aegon Santander Portugal Não Vida – Companhia de Seguros S.A., Ageas Portugal, Companhia de Seguros, S.A. e MAPFRE Santander Portugal – Companhia de Seguros, S.A.

O Agente de Seguros não detém qualquer participação, direta ou indireta, nos direitos de voto ou no capital das Empresas de Seguros acima referidas.

O Banco Santander Totta, S.A. e a Santander Totta Seguros – Companhia de Seguros de Vida, S.A. integram o Grupo Santander, sendo ambas detidas através de participações qualificadas, direta ou indiretamente, pelo Banco Santander, S.A.

A Santander Totta Seguros – Companhia de Seguros de Vida, S.A., por sua vez, é detentora de 49% do capital social das Aegon Santander Portugal Vida – Companhia de Seguros de Vida, S.A., e da Aegon Santander Portugal Não Vida – Companhia de Seguros S.A., assim como de 49,99% da MAPFRE Santander Portugal – Companhia de Seguros, S.A.

Na qualidade de Agente de Seguros, o Banco Santander Totta, S.A. atua em nome e por conta da(s) Empresa(s) de Seguros. No entanto, não se encontra autorizado a receber prémios para serem entregues à(s) Empresa(s) de Seguros, pelo que qualquer pagamento a este título por parte do Tomador, referente a contratos de seguro distribuídos pelo Banco Santander Totta, S.A., deverá ser realizado através de transferência bancária e/ou depósito na conta aberta da(s) respetiva(s) Empresa(s) de Seguros, sediada na instituição de crédito Banco Santander Totta, S. A.

O Banco Santander Totta S.A. não celebra contratos, praticando, na qualidade de Agente de Seguros, apenas os atos preparatórios de tal celebração, pelo que a formalização dos contratos apenas se concretiza após intervenção da(s) Empresa(s) de Seguros.

A intervenção do Agente de Seguros envolve a prestação de assistência ao longo do período de vigência do contrato de seguro.

O Banco Santander Totta, S.A., na qualidade de Agente de Seguros, recebe da(s) Empresa(s) de Seguros ou de corretores de seguros, em relação aos contratos de seguro que distribui e a título de comissão, parte do prémio de seguro e, eventualmente em alguns casos, outras vantagens económicas concedidas em conexão com o contrato de seguro. Este pagamento não tem impacto no valor dos prémios cobrados pela(s) Empresa(s) de Seguros aos Clientes.

Assiste ao Cliente o direito de solicitar informação sobre a remuneração que o Banco Santander Totta, S. A. receberá pelo serviço de distribuição prestado e, em conformidade, receber, a seu pedido, tal informação.

Assiste ainda ao Cliente o direito de apresentar reclamações contra o Agente junto da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões. O Cliente poderá ainda apresentar reclamações junto do Banco Santander Totta, S.A., através junto de qualquer balcão, ou através dos seguintes meios: SuperLinha (+351 217 807 364, de Portugal ou do estrangeiro), custo de chamada para a rede fixa nacional, do NetBanco, por e-mail para netbancoparticulares@santander.pt ou netbancoempresas@santander.pt, consoante o caso, ou por carta para a Rua da Mesquita, n.º 6, 1070-238 Lisboa, conforme informação a cada momento disponível em www.santander.pt/contactos. Pode ainda apresentar reclamações através da Atenção ao Cliente por e-mail para atencaoaocliente@santander.pt, no Livro de Reclamações disponível em qualquer balcão do Banco Santander Totta, S.A. ou em www.livroreclamacoes.pt. Sem prejuízo do recurso aos tribunais judiciais, o Cliente goza do direito de recorrer a procedimentos extrajudiciais de resolução de conflitos, através do recurso aos Centros de Arbitragem a que o Agente de Seguros aderiu, conforme informação disponível em “Resolução Alternativa de Conflitos do Consumo” em www.santander.pt.

Informa-se que, aquando da apresentação do seguro de proteção, são prestados esclarecimentos de modo pormenorizado e de acordo com critérios profissionais do Agente de Seguros. Nos produtos de investimento com base em seguros o Agente de Seguros presta aconselhamento imparcial e pessoal no âmbito da Consultoria para Investimento. Neste domínio, serão enviados aos Clientes, anualmente, os Relatórios de Custos, Encargos e Incentivos, identificando todos os custos e encargos incorridos pelo Cliente com esses produtos de investimento com base em seguros e os incentivos aplicados, assim como o Relatório de Avaliação da Adequação, o qual avalia se os produtos de investimento com base em seguros contratados ao abrigo da Consultoria para Investimento continuam a corresponder às preferências, aos objetivos e outras características individuais do Cliente, atendendo nomeadamente às possíveis alterações ocorridas nas características dos produtos, e/ou nas oscilações do património do Cliente.