

CONDIÇÕES DO SEGURO

PLANO PROTEÇÃO ORDENADO

A contratação deste Seguro de Vida destina-se à sua proteção financeira perante situações de desemprego. Na Aegon Santander Portugal Vida o nosso objetivo é ajudá-lo e conseguir apoiar a sua família nesses momentos tão difíceis.

É muito importante que leia estas condições atentamente e as entenda na sua plenitude.

Para qualquer esclarecimento não hesite em solicitar o apoio do seu balcão, ou contactar-nos através da Linha de Apoio a Seguros: **21 122 12 10¹** (entre as 08h e as 20h, nos dias úteis) ou do e-mail aegonsantander@aegonsantander.pt



APÓLICE DE SEGURO

A Apólice é o conjunto de documentos que formaliza o Contrato de Seguro entre todos os intervenientes e é constituída pelos seguintes documentos:

Condições do Seguro: Documento onde constam todas as características do seguro.

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 correto preenchimento da mesma e a assinatura das declarações que dela fazem parte são indispensáveis à aceitação do seguro pelo Segurador. Nenhum outro documento pode contrariar o conteúdo da Proposta de Seguro, sem o acordo formal dos intervenientes.

Condições Particulares e Atas: Documentos onde constam os dados dos intervenientes, assim como os elementos específicos do seguro contratado. Este documento pode ser atualizado, por iniciativa dos intervenientes, sob a forma de Atas Adicionais.

Outras comunicações escritas: documentos trocados entre os intervenientes, nomeadamente sobre a aceitação do risco e/ou agravamentos.



QUEM INTERVÉM NO CONTRATO

Segurador

A Companhia de Seguros que cobre os riscos contratados e garante o pagamento da indemnização de acordo com as condições do contrato, é a Aegon Santander Portugal Vida, Companhia de Seguros Vida, S.A. adiante designada por Segurador, com sede na Rua da Mesquita, nº 6, 1070-238 Lisboa.

Agente de Seguros

É a entidade que promove a venda de seguros, servindo de intermediário entre o Segurador e o Tomador do Seguro.

¹ As chamadas terão o custo definido para a rede fixa em função do plano tarifário em serviço utilizado pelo cliente.

CONDIÇÕES DO SEGURO

PLANO PROTEÇÃO ORDENADO

Para o exercício desta atividade é necessário estar registado como Agente junto da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões (ASF), entidade de supervisão desta atividade.

Tomador do Seguro

É a pessoa que contrata o seguro e que é responsável pelo pagamento do prémio de seguro.

Pessoa Segura

É a pessoa cuja vida, saúde, integridade física ou situação de emprego se segura. O Tomador do Seguro e a Pessoa Segura são a mesma pessoa.

Beneficiário Irrevogável

O Beneficiário é a entidade a quem é paga a indemnização pelo Segurador de acordo com as garantias / coberturas contratadas, definidas no produto subscrito pelo Tomador do Seguro. Quando haja um crédito associado a esta apólice, o Banco não pode ser substituído como Beneficiário desta Apólice, contudo, se o capital seguro exceder o capital em dívida do Tomador do Seguro ao Banco, este eventual excesso reverte a favor do(s) Beneficiário(s) não irrevogável(eis) definidos pelo Tomador do Seguro na Apólice.



O QUE ESTÁ COBERTO?

Neste produto o Segurador disponibiliza as três coberturas a seguir indicadas de forma resumida, de contratação obrigatória e com características diferentes, cuja utilização se regula pelas condições detalhadas ao longo deste documento.

Coberturas Obrigatórias

Falecimento

Se a Pessoa Segura falecer, seja por doença ou acidente, o Segurador pagará aos Beneficiários o capital seguro correspondente a seis vezes o seu ordenado líquido, considerando-se um ordenado líquido máximo de 2.500,00€ mensais para efeito desta Apólice.

Coberturas Proteção ao Ordenado

Garantem o pagamento de 25% do ordenado líquido da Pessoa Segura, com um limite de 625,00€ por mês, até um máximo de 6 meses consecutivos por cada sinistro. Entre cada sinistro deverá haver um período de trabalho ativo de pelo menos 6 meses (período de requalificação).

Estas garantias só serão efetivas 90 dias após o início da Apólice (período de carência). Durante os primeiros 5 anos, o limite máximo de indemnização é de 12 meses para cada uma das coberturas. A partir do 6º ano, este limite é renovado anualmente até ao final da Apólice.

Incapacidade Temporária Absoluta para o Trabalho (para trabalhadores por conta própria): Funciona caso a Pessoa Segura se encontre numa situação de incapacidade física total, clinicamente comprovada, de a Pessoa Segura exercer temporariamente a sua atividade profissional, em consequência de ter sofrido um acidente ou ter contraído uma doença. O primeiro mês em que a Pessoa Segura se encontrar incapacitado não é indemnizável (franquia absoluta).

Desemprego Involuntário (para trabalhadores por conta de outrem): Funciona quando a Pessoa Segura seja despedida pelo seu empregador, via ações de despedimento coletivo, despedimento por extinção de postos de trabalho justificada por motivos económicos ou de mercado, tecnológicos ou estruturais, ou se o trabalhador (Pessoa Segura) se despedir unilateralmente invocando justa causa. O primeiro mês em que a Pessoa Segura se encontrar em situação de desemprego não é indemnizável (franquia absoluta).

Âmbito Territorial

As coberturas deste seguro são válidas em Portugal e em estadias na Europa, América do Norte, Brasil, Venezuela, Japão e Oceânia independentemente da sua duração. **Estadias superiores a 30 dias, em outros países/regiões que não os anteriormente referidos, devem ser comunicadas ao Segurador e apenas estarão cobertas se expressamente aceites pelo mesmo.**



O QUE NÃO ESTÁ COBERTO?

As exclusões que se detalham em seguida, são situações, factos ou ações que podendo influenciar a integridade física da Pessoa Segura provocando o seu falecimento não estão cobertos pelo Seguro:

Factos ou atos intencionais e/ou ilícitos, praticados por qualquer um dos intervenientes na Apólice, relativos à Pessoa Segura, e que resultem no seu falecimento. Encontra-se excluído o falecimento por: homicídio tentado ou consumado em que exista participação ativa de algum interveniente na Apólice; suicídio ou tentativa de suicídio; participação da Pessoa Segura em tumultos, assaltos ou greves; acidentes ou doenças da Pessoa Segura diretamente associadas ao consumo de bebidas alcoólicas, drogas ou medicamentos não prescritos por um médico; acidentes em que se verifique que a Pessoa Segura registou uma taxa de alcoolemia superior ao limite legal estabelecido para a condução de veículos automóveis, ou caso se verifique que a Pessoa Segura se encontrava sob a influência comprovada do consumo de droga.

Atos de imprudência ou negligência grave da Pessoa Segura para além dos limites do razoável, a não ser que ocorram em legítima defesa ou na tentativa de salvamento de pessoas ou bens.

Pré-existências: falecimento resultante de acidentes ocorridos antes do início do seguro, ou de doenças e/ou incapacidades, bem como alterações no estado de saúde da Pessoa Segura ainda em investigação, sem diagnóstico estabelecido, já existentes na data de subscrição, independentemente do seu grau de gravidade.

Eventos potencialmente catastróficos acidentais e/ou aleatórios, que podem afetar um número indeterminado de pessoas sem que a Pessoa Segura tenha tido intervenção nessa situação, mas que resultem no seu falecimento. Consideram-se de natureza catastrófica as pandemias, os eventos associados a acidentes nucleares e respetiva contaminação radioativa, assim como toda a espécie de conflitos armados, sejam sob a forma de insurreição, rebelião, revolução ou guerra, incluindo os atos de terrorismo ou sabotagem, e todas as doenças infecciosas que resultem de atos de terrorismo ou envenenamentos. Encontram-se igualmente excluídos os desastres de aviação quando a Pessoa Segura for passageiro em voos que não sejam autorizados pela IATA (Associação Internacional de Transporte Aéreo).

Riscos Profissionais: Estão excluídos os sinistros diretamente associados à profissão da Pessoa Segura, sejam sob a forma de Acidentes de Trabalho ou Doenças Profissionais. Como exemplo (não exclusivo) de ramos de atividade em que há profissões, funções ou tarefas de risco agravado, consideram-se aquelas que estejam associadas ao exercício da autoridade (civil ou militar), construção civil, agricultura e pesca, mineração, pirotecnia, meios de salvamento, pilotagem de aeronaves, condução ou manobra de máquinas pesadas e atividades subaquáticas.

Para as profissões de risco normal não haverá exclusão. O exercício profissional de desportos consta no ponto seguinte.

Desportos motorizados e outros desportos perigosos: falecimento resultante da prática deste tipo de desportos, incluindo os respetivos treinos. Como por exemplo Rally e outras modalidades com automóvel, motocross e outras modalidades com motociclos, desportos que incluam aeronaves ou quaisquer outros veículos motorizados. Estão também excluídos alguns desportos não motorizados mas perigosos, incluindo a prática de combate corpo a corpo como o Boxe, Jiu Jitsu e outras artes marciais violentas, a prática de paraquedismo e suas derivadas, tais como parapente, queda livre e asa delta, assim como os desportos considerados radicais, tais como o Bungee Jumping, Slide, Base Jumping, escalada livre e outros igualmente perigosos.

Todas as exclusões acima referidas, relativas à cobertura obrigatória de falecimento, aplicam-se às “Coberturas de proteção ao ordenado”, sendo que a estas se aplicam um conjunto adicional de exclusões, atendendo a que abrangem sinistros que não afetam a integridade física da Pessoa Segura de forma definitiva (contrariamente à cobertura de falecimento). São de carácter absoluto, não podendo ser aceites pelo Segurador. Assim, excluem-se relativamente a cada cobertura, além das exclusões aplicáveis à cobertura de falecimento:

- **Incapacidade Temporária Absoluta para o Trabalho:** Além das doenças já existentes na data de subscrição do contrato, as doenças do foro psicopatológico, ou as que não tenham comprovação clínica, excluem-se também as incapacidades já existentes na data de subscrição do contrato associadas a anomalias congénitas físicas ou mentais, incluindo defeitos físicos, assim como todas as incapacidades decorrentes de situações de parto ou gravidez, incluindo interrupções de gravidez.

Além das incapacidades resultantes de desportos motorizados ficam também excluídas as incapacidades associadas à condução de quaisquer veículos sem a respectiva carta de condução (habilitação legal), ou as incapacidades resultantes da condução de veículos de duas rodas independentemente de ter ou não carta de condução.

Ficam ainda excluídas as incapacidades decorrentes da prática de desportos, seja de carácter profissional ou amador, em provas ou treinos, assim como outras atividades tais como caça a animais ferozes, tauromaquia e outros desportos perigosos.

Finalmente, e além das intervenções cirúrgicas que não tenham sido necessárias por acidente ou doença referidas anteriormente, ficam também excluídos os tratamentos de estética e cosmética que não tenham sido necessários por acidente ou doença.

- **Desemprego Involuntário:** As exclusões são apenas as relacionadas com a situação de emprego da Pessoa Segura que seja trabalhador por conta de outrem, não estando relacionadas com o estado de saúde ou integridade física da Pessoa Segura.

Assim, não se consideram situações de Desemprego Involuntário, os estados de desemprego decorrentes de:

- o **Não renovação/caducidade de contrato de trabalho:** O seguro não abrange as situações em que a Pessoa Segura se encontre sem emprego, por ter caducado o seu contrato de trabalho na data acordada entre a Pessoa Segura e o seu empregador, isto é, no final do prazo dos contratos a termo (certo ou incerto), normalmente conhecidos por contratos a prazo. O mesmo se aplica à denúncia do

contrato pelo empregador ou empregado durante o período experimental, assim como às situações de falta de emprego associadas a actividades tipicamente sazonais, como por exemplo actividades agrícolas de colheita, ou outros factores que determinem ou possam determinar, a priori, a cessação do contrato de trabalho em determinada data ou na ocorrência de determinado evento.

- **Justa Causa / Acordo entre as partes:** O seguro não abrange as situações em que o empregado se demite unilateralmente, sem justa causa, ou no caso de ser despedido pelo empregador com justa causa, assim como as situações em que há rescisão por mútuo acordo entre as partes.
- **Reforma e Lei estrangeira:** O seguro não abrange a cessação de contrato por reforma ou pré-reforma da Pessoa Segura. Incluem-se na pré-reforma as situações de redução ou suspensão do trabalho, por acordo entre o empregador e o trabalhador com idade igual ou superior a 55 anos, em que este adquire o direito a uma prestação monetária mensal, denominada de pré-reforma. Estão também excluídas nesta cobertura todas as situações laborais não vinculadas pela lei portuguesa.



CONDIÇÕES DE SUBSCRIÇÃO, INÍCIO E DURAÇÃO DO CONTRATO

Este seguro pode ser subscrito por pessoas com residência em Portugal.

O Segurador aceita os riscos propostos com base na informação que tem sobre a Pessoa Segura que for relevante, mediante declaração da mesma na Proposta de Seguro, cabendo a esta estar em conformidade com essa declaração, com o seguinte conteúdo:

Início e Duração do Seguro

O contrato de seguro inicia-se na data indicada nas Condições Particulares, **uma vez avaliado e aceite o risco por parte do Segurador.**

Este seguro é um contrato a 5 anos, findos os quais se renova anualmente até aos 65 anos de idade da Pessoa Segura.

Idade e situação de emprego

A Pessoa Segura deve ter entre 18 e 60 anos de idade atuarial, e estar a desempenhar uma atividade profissional de pelo menos 16 horas semanais nos últimos 12 meses, sem conhecimento de um possível desemprego.

Doença ou Baixa médica

A pessoa segura não pode estar doente ou sob baixa médica na data de subscrição.

Apólice “Plano Proteção Ordenado” prévia

O Segurador apenas admite uma apólice de “Plano Proteção Ordenado” para a mesma Pessoa Segura. Em conformidade, serão recusados todos os pedidos de subscrição deste produto se a

Pessoa Segura constante na Proposta de Seguro já estiver constituída como Pessoa Segura noutra apólice em vigor do “Plano Proteção Ordenado”. Caso tenha havido pedido de subscrição nestas condições através da subscrição de um Crédito Pessoal, nos termos previstos na página 17 da Proposta de Seguro, serão devolvidos os valores que forem destinados ao pagamento do prémio do seguro recusado.



QUANTO CUSTA?

O prémio do seguro é calculado de acordo com a tarifa em vigor, a idade atuarial da Pessoa Segura e o capital a segurar. Para além destes fatores poderão ser tidos em conta casuisticamente, o peso, a altura, a informação médica, o estilo de vida e dados médicos decorrentes de eventuais exames clínicos e/ou questionários de saúde.

Prémio

É o montante a pagar pelo Tomador do Seguro ao Segurador pela prestação do serviço de segurar. O prémio a pagar consta da Proposta de Seguro e deve ser regularizado pelo Tomador do Seguro na data de início da Apólice, constante nas Condições Particulares. Os prémios a pagar ao Segurador ao longo da vida do Seguro são atualizados com base nos fatores de cálculo relevantes. O prémio do Plano Proteção Ordenado para os primeiros 5 anos é pago de uma só vez no início do contrato. Findo esse prazo, o prémio passará a ser pago mensalmente, sem encargos de fraccionamento. O valor do prémio mensal a partir dessa altura poderá então ser atualizado no início de cada anuidade com base na experiência de sinistralidade deste produto, sendo o valor informado ao Tomador do Seguro mediante comunicação expressa, com 60 dias de antecedência.

Poderá o Tomador do Seguro recorrer ao financiamento através de um empréstimo bancário concedido pelo Banco Santander Totta, S.A., devidamente identificado na proposta, única e exclusivamente para o pagamento do prémio relativo aos primeiros 5 anos. Caso o empréstimo seja aprovado pelo Banco Santander Totta, S.A., o prémio será pago diretamente por esse Banco ao Segurador.



COMO SE PAGA?

O prémio é pago pelo Tomador do Seguro mediante débito direto. O prémio será exigível a partir do momento em que tanto o Tomador do Seguro como o Segurador tenham aceite o contrato, o que resultará na emissão da Apólice e na cobrança do recibo.



DEVERES DE INFORMAÇÃO DAS PARTES

Direitos e deveres dos Intervenientes

Antes de o contrato estar em vigor

A informação sobre a situação específica da Pessoa Segura e o facto de o Segurador aceitar ou

não o seguro com base nessa informação, assentam essencialmente nos princípios da boa-fé contratual entre os intervenientes.

Dever de Informação do Tomador do Seguro e da Pessoa Segura

O Tomador do Seguro e a Pessoa Segura devem prestar toda a informação sobre os fatores que aumentem o risco para o Segurador, que conheçam e cuja relevância seja evidente ou de senso comum informar, mesmo que não tenha sido expressamente solicitada.

Incumprimento doloso do dever de informação

Se o Tomador do Seguro ou a Pessoa Segura omitirem intencional e deliberadamente estas informações (omissão com Dolo), o Segurador pode anular o seguro através de comunicação escrita, tendo 3 meses para o fazer a partir da data de conhecimento dessa omissão se não houver lugar a um sinistro. No caso de ocorrer um sinistro antes do Segurador ter tido conhecimento de que o Tomador do Seguro ou Pessoa Segura violou dolosamente este dever, ou dentro do prazo de 3 meses atrás referido, o Segurador pode recusar o pagamento do capital seguro. O Segurador terá também direito ao prémio correspondente a estes 3 meses, a não ser que haja também dolo ou negligência grosseira por parte do próprio Segurador ou do seu representante. Caso esta omissão de informação de forma dolosa seja agravada por haver intenção de obter uma vantagem, o prémio é devido ao Segurador até ao termo anual do contrato.

Incumprimento negligente do dever de informação

Se o Tomador do Seguro ou a Pessoa Segura omitirem estas informações por desleixo, incúria ou falta de diligência (omissão por negligência), o Segurador, no mesmo prazo de 3 meses contados a partir da data de conhecimento dessa omissão, pode:

- Propor uma alteração ao contrato que já tenha em conta o risco acrescido decorrente da informação omitida, o que resultará num agravamento do prémio e/ou exclusão. Esta proposta de alteração deverá ser respondida pela Pessoa Segura em 14 dias, após a receção da mesma, podendo aceitá-la, recusá-la ou propor uma alternativa.
- Anular o seguro, se demonstrar que em caso algum aceita o risco acrescido decorrente da informação omitida ou inexata.

Qualquer falecimento que ocorra antes da alteração ou anulação da Apólice será tratado de acordo com a ação típica ou normal do Segurador após ter tido conhecimento do incumprimento. Ou seja:

- Se o Segurador em alguns casos aceita o tipo de risco acrescido decorrente da informação omitida ou inexata, propondo um agravamento do prémio, então o capital seguro será pago considerando esse agravamento do prémio que teria existido desde o início caso não tivesse havido a omissão.

Como exemplo, considere-se o seguinte cenário: uma Pessoa Segura omite, sem dolo, uma condição de diabetes, com a qual vive há vários anos. O Segurador, já após o início da Apólice, toma conhecimento dessa informação, e propõe à Pessoa Segura um agravamento de 50%, como condição para manter a Apólice em vigor. A sua situação de saúde deteriora-se, acabando por provocar o falecimento ainda antes de haver uma resposta ao Segurador, dentro dos prazos fixados. Neste caso a indemnização será paga na proporção do respetivo prémio agravado, ou seja, se o Tomador do Seguro pagava um prémio único de 100€ para um capital

de 10 000€ a 60 meses, e se após o cálculo com agravamento esse mesmo prémio apenas segurava 4 500€, será este o capital a indemnizar.

- Será recusado o pagamento do capital seguro se o Segurador demonstrar que em caso algum celebra contratos para a cobertura do risco agravado decorrente da informação omitida ou inexata, sendo que, nesse caso, o Segurador deverá proceder à devolução do prémio cobrado.

Prazos de anulação do Seguro e comunicação entre as partes

Na sequência de incumprimento do dever de informar, o Segurador tem:

- 30 dias para anular a Apólice, contados a partir do envio da comunicação de anulação ao Tomador do Seguro;
- 20 dias para anular a Apólice após a receção pelo Tomador do Seguro de uma proposta de alteração feita pelo Segurador, e à qual o Tomador do Seguro não responda ou tendo respondido a rejeite.

O prémio é devolvido considerando a proporção do tempo decorrido até à anulação, e tendo em conta a cobertura em questão.

Dever do Segurador

O Segurador não pode recusar o pagamento do capital seguro por falecimento se o Tomador do Seguro ou Pessoa Segura não tiverem agido com dolo com o propósito de obter uma vantagem ao omitirem a informação, alegando:

- Informação que o Agente sabia ser incorreta, ou dela tivesse conhecimento (no caso dessa informação ter sido omitida pelo Tomador do Seguro ou Pessoa Segura);
- Factos que sejam evidentes (públicos e notórios) para o Segurador;
- Em caso de falecimento, uma omissão que tenha sido apenas negligente (não dolosa), quando tenham passado mais de 2 anos desde o início da apólice.

Depois da emissão da Apólice:

A obrigação de informar sobre alterações de fatores de risco da Pessoa Segura mantém-se após a emissão da Apólice, especificamente no que respeita às coberturas complementares. Devem ser comunicadas, designadamente, as alterações de profissão ou domicílio que representem um agravamento de risco face à situação anterior, que seja evidente e de senso comum.



COMO SE UTILIZAM AS COBERTURAS

O que é necessário fazer?

Para a utilização das garantias da Apólice, os Beneficiários deverão comunicá-lo ao Segurador tão rapidamente quanto possível através do seu balcão ou via e-mail **sinistros-aegonsantander@aegonsantander.pt** ou da morada Rua dos Sapateiros, 174 3º piso – 1100-580 LISBOA. Para qualquer esclarecimento, estaremos à disposição na Linha de Apoio a Seguros (entre as 08h e as 20h, nos dias úteis): **21 122 12 10²**.

² As chamadas terão o custo definido para a rede fixa em função do plano tarifário em serviço utilizado pelo cliente.

Para a utilização das garantias da Apólice, é necessário o cumprimento prévio de um conjunto de requisitos formais, tais como determinar o montante do capital seguro, verificar que a Apólice está em vigor, verificar se existem ou não eventuais situações de exclusão e outros fatores que contribuem para o enquadramento do sinistro.

Determinação do capital seguro: Um dos elementos que deverá ser determinado será o valor indemnizável nos termos da apólice, sendo que o respetivo capital seguro obedece a critérios objetivos independentes da vontade do Tomador do Seguro / Pessoa Segura. Para a cobertura de falecimento, o capital seguro corresponde a seis vezes o ordenado mensal líquido da Pessoa Segura. Para as coberturas de desemprego, a prestação do segurador corresponde a 25% do ordenado mensal líquido da Pessoa Segura. Considerando que o capital seguro para todas as coberturas está diretamente relacionado com o ordenado da Pessoa Segura, torna-se fundamental a determinação desse ordenado, cujo critério varia conforme a Pessoa Segura seja trabalhador por conta própria ou trabalhador por conta de outrem, sendo que, para efeitos indemnizatórios ao abrigo deste seguro, **se considera como ordenado máximo o valor mensal de 2 500,00€.**

- **Trabalhador por conta própria:** O valor do ordenado a considerar neste caso será aferido com base no valor constante como rendimento do trabalho na declaração de IRS do ano anterior (dividida por 12).
- **Trabalhador por conta de outrem:** O valor do ordenado a considerar neste caso será o montante líquido constante no último recibo de ordenado da Pessoa Segura, que não inclua valores adicionais / extraordinários em relação ao normal vencimento mensal. Não serão assim considerados quaisquer montantes que respeitem a prémios, bónus ou outros subsídios como o subsídio de natal ou de férias.

Coberturas, documentação e requisitos formais para participação de falecimento ou coberturas de desemprego

Deve ser fornecido ao Segurador toda a informação solicitada e razoavelmente necessária sobre as circunstâncias do falecimento ou desemprego ou incapacidade temporária absoluta, incluindo:

- Explicitação comprovada das circunstâncias que estão na origem da verificação do falecimento, das respetivas causas subjacentes à sua ocorrência e, sendo o caso, das respetivas consequências.
- Deve ainda ser prestada ao Segurador toda a informação comprovadamente relevante relativa ao sinistro e respetivas consequências.
- Além da documentação referida para todas as coberturas, o Segurador poderá solicitar outra documentação que considere necessária para esclarecimento das circunstâncias do falecimento ou desemprego, podendo recusar o pagamento do capital seguro na sua falta, a não ser que a mesma esteja comprovadamente inacessível a todos os intervenientes.

Em caso de falecimento

Se a Pessoa Segura falecer, seja por doença ou acidente, o Segurador pagará aos Beneficiários o capital seguro. Para este efeito, deverá ser entregue ao Segurador a seguinte documentação:

- Certificado de óbito da Pessoa Segura;
- Relatório do médico ou médicos que tenham assistido a Pessoa Segura, detalhando a história clínica e a data exata de diagnóstico das doenças que ocasionaram ou contribuíram para o seu falecimento;

- Relatório de Autópsia, com inclusão dos exames laboratoriais (caso tenha sido realizada);
- Relatório / Auto de Polícia (em caso de acidente);
- Habilitação de herdeiros (se não existem Beneficiários designados na apólice).

Em caso de utilização das coberturas de desemprego:

O primeiro mês em que a Pessoa Segura se encontrar em situação de desemprego não é indemnizável (franquia absoluta). A prestação do Segurador corresponde a 25% do ordenado da Pessoa Segura (no máximo 625,00€ - seiscentos e vinte e cinco euros – por mês), em pagamentos mensais, até que a Pessoa Segura volte a trabalhar ou sejam atingidos os limites de indemnização já referidos. Se o último período a indemnizar for inferior a um mês, será pago proporcionalmente aos dias em situação de sinistro.

Para as coberturas de desemprego, deverá ser entregue ao Segurador a seguinte documentação:

Desemprego Involuntário (para trabalhadores por conta de outrem):

- Cópia do Modelo 5044, documento entregue pela entidade patronal para requerer o Subsídio de Desemprego;
- Declaração do Centro de Emprego, comprovando a inscrição da Pessoa Segura (este documento deverá ser solicitado junto do Centro de Emprego 30 dias após o início do Desemprego).
- Cópia do Comprovativo do Requerimento de Prestações de Desemprego;
- Cópia do contrato de Trabalho e da Carta de Despedimento;
- Para que a prestação mensal do Seguro continue a ser paga deverá ser enviado comprovativo documental mensal que ateste que a Pessoa Segura se mantém na situação de desempregado.

Incapacidade Temporária Absoluta e Hospitalização (para trabalhadores por conta própria):

- Preenchimento da Participação de Sinistro (disponível em www.santander.pt)
- Comprovativo da situação de Incapacidade desde o seu início (Baixas ou Atestado Médico);
- Declaração de Internamento;
- Documento comprovativo de atividade (para os trabalhadores por conta própria)
- Atestado Médico que ateste a Incapacidade Temporária Absoluta da Pessoa Segura. Este atestado deve ser renovado mensalmente, antes do pagamento de cada prestação mensal, assim como devem ser fornecidos quaisquer elementos adicionais que o Segurador solicite como necessários para comprovar a efectividade da Incapacidade da Pessoa Segura.

O pagamento do capital seguro ocorrerá num prazo não superior a 30 dias após a obtenção destes elementos.

A cobertura de incapacidade implica ainda um conjunto de deveres do Tomador do Seguro e Pessoa Segura, com vista ao acompanhamento do sinistro durante todo o período da incapacidade, de forma a promover o atempado pagamento de todas as prestações previstas no contrato. Está assim obrigada a Pessoa Segura a informar o Segurador do estado de incapacidade logo que haja razoável certeza de que excederá o período de franquia absoluta de 30 dias, especificamente quando tal conste no atestado médico respectivo. Da mesma forma, deverá a Pessoa Segura informar o Segurador da sua recuperação na data da alta, e enviar declaração médica onde conste

a data da alta e o período total no qual se estendeu o estado de incapacidade efetiva. Estes elementos devem ser enviados no máximo durante os 15 dias seguintes ao facto. Durante o estado de incapacidade deverá ainda a Pessoa Segura cumprir as prescrições médicas, sujeitar-se aos exames médicos justificadamente solicitados pelo Segurador, e autorizar o seu médico a prestar todas as informações que forem solicitadas pelo Segurador. Deverá ainda remeter ao Segurador os documentos que lhe forem solicitados em qualquer altura, assumindo os respectivos custos, se os houver. Este conjunto de obrigações deverá ser assumido por um seu representante, caso a Pessoa Segura seja incapaz de as cumprir, e o seu incumprimento pode implicar a interrupção dos pagamentos mensais, e eventualmente a devolução, ao Segurador, das prestações já pagas. Adicionalmente, caberá à Pessoa Segura (ou seu representante) a demonstração das condições de elegibilidade de cada sinistro, sendo que qualquer fraude (consumada ou tentada), por parte da Pessoa Segura, Tomador do Seguro ou seu representante legal anulará as obrigações indemnizatórias do Segurador para esse sinistro, podendo mesmo dar origem à anulação do Contrato de Seguro, sem prejuízo de outras consequências previstas na lei, incluindo a indemnização ao Segurador por perdas e danos.



CESSAÇÃO

A cessação do contrato de seguro significa o momento em que o contrato de seguro termina e sucede nas seguintes situações legalmente definidas:

Denúncia e Livre Resolução do Contrato

O Contrato de Seguro é celebrado considerando um determinado prazo. As partes do contrato (Segurador e Tomador do Seguro) têm o direito de anular o seguro unilateralmente, através da denúncia, que impede a sua normal continuidade. Esta denúncia deve ser enviada por escrito ao destinatário, com antecedência mínima de 30 dias em relação à data de renovação respetiva.

Renúncia

O Tomador do Seguro tem igualmente o direito de renúncia ao contrato, nos 30 dias seguintes à receção das Condições Particulares, sem ter que invocar qualquer causa, enviando uma comunicação por escrito, em papel ou qualquer outro suporte duradouro disponível e acessível ao Segurador. O Segurador nesta situação mantém o direito ao prémio correspondente ao período em que suportou o risco antes da anulação, assim como ao montante eventualmente despendido com eventuais exames médicos. Será devolvida ao Tomador do Seguro a proporção do prémio correspondente ao eventual período não decorrido desde a data de anulação. Caso tenha havido recurso a um crédito com o único objetivo de financiar o prémio para os primeiros 5 anos, e esse crédito se mantenha por liquidar, o referido estorno será entregue pelo Segurador ao Banco credor desse empréstimo, para que este o possa amortizar.

Falecimento da Pessoa Segura

No caso da ocorrência da morte da Pessoa Segura, o contrato de Seguro cessa, tenha ou não havido lugar ao pagamento do capital seguro.

Cessação por prazo ou por idade ou reforma da Pessoa Segura

A apólice cessa no termo da anuidade em que a Pessoa Segura complete 65 anos de idade atuarial, ou anteriormente na data da reforma ou pré-reforma da Pessoa Segura.

Revogação

A apólice pode ser anulada a qualquer tempo por acordo entre as partes.

Cessação por falta de pagamento do prémio

Na falta de pagamento do prémio, o Segurador avisará por escrito o Tomador do Seguro, por carta registada, com pelo menos 8 dias de antecedência, a anulação do seguro. Até 10 dias após a anulação, o Tomador do Seguro tem o direito de repor o seguro em vigor nas condições originais do contrato anteriormente anulado e sem necessidade de novo exame médico. O pedido de reposição em vigor deverá ser acompanhado do pagamento do respetivo prémio.

Nota: Nos casos em que o Tomador do Seguro tenha recorrido a um empréstimo específico para financiar o prémio de seguro, a extinção deste contrato de crédito por qualquer causa imputável do Tomador do Seguro, exceto uma amortização total voluntária, implicará a anulação imediata e automática da Apólice cujo prémio foi financiado. As cláusulas referentes a este empréstimo constam na Proposta de Seguro.



RECLAMAÇÕES

As reclamações dos Tomadores de Seguros, Pessoas Seguras, Beneficiários ou terceiros lesados devem ser apresentadas ao regulador, a Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões, 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 ao Gabinete de Qualidade da Aegon Santander Portugal Vida Seguros, S.A. para a morada: Rua dos Sapateiros, nº 174, 1100-580 Lisboa. As reclamações devem conter informações relevantes para a respetiva gestão, incluindo, pelo menos, os seguintes elementos:

- Identificação do Seguro e do número da apólice;
- Nome completo do reclamante e, caso aplicável, da pessoa que o represente;
- Qualidade do reclamante, designadamente Tomador de Seguro, Pessoa Segura, Beneficiário ou terceiro lesado ou pessoa que o represente;
- Dados de contacto do reclamante e, se aplicável, da pessoa que o represente;
- Número de documento de identificação do reclamante;
- Descrição dos factos que motivaram a reclamação, com identificação dos intervenientes e da data em que os factos ocorreram, exceto se for manifestamente impossível;
- Data e local da reclamação.

O Gabinete de Qualidade da Aegon Santander Portugal 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.

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 contatos do Provedor do Cliente são os seguintes: Provedor.asp@aegonsantander.pt ou Apartado 2942, EC Praça Município, 1123-001 Lisboa. A Aegon Santander Portugal Vida dispõe de uma Política de Tratamento, disponível para consulta e entrega em suporte de papel, a pedido do interessado.



LEGISLAÇÃO APLICÁVEL, ARBITRAGEM, ENQUADRAMENTO FISCAL E RELATÓRIO DE SOLVÊNCIA

Lei Aplicável e Foro Competente:

A esta Apólice são aplicáveis as normas gerais de direito internacional privado em matéria de obrigações contratuais, nomeadamente as decorrentes de convenções internacionais e de atos comunitários que vinculem o Estado Português. O Segurador propõe que este contrato seja regulado pela Lei portuguesa, em acordo com o convencionado entre as partes, sendo aceite pelo Tomador do Seguro mediante assinatura da Proposta de Seguro.

Sem prejuízo da resolução alternativa de litígios prevista na cláusula seguinte, e com exceção das matérias elencadas no n.º 1 do Artigo 71º do Código de Processo Civil, para dirimir qualquer litígio emergente do presente contrato, as partes elegem como foro competente o do local da emissão da Apólice com expressa renúncia a qualquer outro.

Resolução Alternativa de Litígios:

Em caso de litígio referente à presente Apólice, tratando-se o Tomador do Seguro de um consumidor na aceção da Lei 144/2015, de 08/09, poderá recorrer à Resolução Alternativa de Litígios de Consumo através de uma das seguintes entidades:

- CNIACC – Centro Nacional de Informação e Arbitragem de Conflitos de Consumo, Site: <http://www.cniacc.pt>;
- CAUAL – Centro de Arbitragem da Universidade Autónoma de Lisboa, Site: <https://arbitragem.autonoma.pt/>;
- CIMPAS - Centro de Informação, Mediação, Provedoria e Arbitragem de Seguros, Site: www.cimpas.pt (se aplicável);
- CACCL -Centro de Arbitragem de Conflitos de Consumo em Lisboa, Site: <http://www.centroarbitragemlisboa.pt/sections/inicio>;
- CICAP – Centro de Informação de Consumo e Arbitragem do Porto, Site: <http://www.cicap.pt/>;
- CIMAAL – Centro de Arbitragem de Consumo do Algarve Tribunal Arbitral, Site: <http://www.consumidoronline.pt/pt/>;
- CACCDC - Centro de Arbitragem de Conflitos de Consumo do Distrito de Coimbra, Site: <http://www.centrodearbitragemdecoimbra.com/>;
- CACCGRAM – Centro de Arbitragem de Conflitos de Consumo da Região Autónoma da Madeira, Site: <http://www.srrh.gov-madeira.pt/>;
- TRIAVE - Centro de Informação e Arbitragem do Vale do Ave, Site: <https://www.triave.eu/>;
- CIAB – Centro de Informação, Mediação e Arbitragem de Consumo, Site: <http://www.ciab.pt/pt/>.

Poderá obter mais informações através do site do Portal do Consumidor - www.consumidor.gov.pt. A adesão do Segurador à arbitragem fica vinculada às previsões legais existentes no que respeita à adesão obrigatória, sendo casuística nos restantes casos.

Cláusula de Regime Fiscal: A este contrato aplica-se o regime fiscal previsto na lei em cada altura, não recaindo sobre o Segurador quaisquer ónus, encargos ou responsabilidades em consequência de alteração legislativa.

Relatório sobre a solvência e situação financeira

Este relatório encontra-se disponível para consulta pelo Tomador do Seguro, no site da Aegon Santander Portugal: <http://www.aegon-santander.pt>



TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS

- Os dados pessoais do Tomador do Seguro, Pessoa Segura e Beneficiários são tratados pelo Segurador Aegon Santander Portugal 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.
- Os dados pessoais poderão ser tratados pelo Segurador, consoante o tipo de Contrato e/ou titulares, para as seguintes finalidades:
 - 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 diligências pré-contratuais, bem como o consentimento dos titulares quando esteja em causa o tratamento de dados de saúde;
 - Gestão de sinistros. Esta finalidade 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;
 - Controlo de qualidade (através de inquéritos de satisfação) e operações de marketing relativamente a serviços, ofertas promocionais e produtos comercializados pelo Aegon Santander Portugal (consistindo este um interesse legítimo do Segurador, por forma a aferir o nível de qualidade dos serviços e a apresentar aos titulares novos produtos e propostas que os possam beneficiar);
 - Cumprimento de obrigações legais.
- O Segurador poderá efetuar tratamentos automatizados para efeitos de avaliação de risco, inerente ao estabelecimento e manutenção de relações comerciais entre o Tomador de 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 nos nº2 e 3 do artigo 22 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 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 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 Vida, enquanto responsável pelo tratamento dos dados, poderá ser contactada através do e-mail aegonstantander@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 que a sua falta ou inexatidão obstam 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/politica-de-privacidade/>.

IDENTIFICAÇÃO DE AGENTE DE SEGUROS

BANCO SANTANDER TOTTA, S.A. | Sede Social: Rua do Ouro, n.º 88, 1100-063 Lisboa * Capital Social: 1.256.723.284 € * C.R.C. 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., Generali – Companhia de Seguros S.A. e Ageas 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.

A Santander Totta, SGPS, empresa-mãe da Empresa de Seguros Santander Totta Seguros – Companhia de Seguros de Vida, S.A., detém (ou participa indiretamente/ diretamente) 98,380% do capital social do Agente de Seguros ou nos direitos de votos.

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, nos termos da lei, 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 ou outros atos jurídicos, 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 ao Banco Santander Totta, S.A., junto de qualquer balcão, ou através dos seguintes canais: SuperLinha (+351 217 807 364, de Portugal ou do estrangeiro), NetBanco (através da opção “Fale Connosco”), 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 disponível em “Atenção ao Cliente”, em www.santander.pt. Pode ainda apresentar reclamações para o Departamento de 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 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, os instrumentos financeiros e os incentivos aplicados, assim como o Relatório de Avaliação da Adequação, o qual avalia se os instrumentos financeiros 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.