

CONDIÇÕES DO SEGURO PROTEÇÃO VIDA SELECT

Ao contratar este Seguro de Vida, fá-lo a pensar na proteção de quem lhe é mais querido contra qualquer eventualidade que resulte em Falecimento ou Invalidez. 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 – custo de chamada para a rede fixa nacional) 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.

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



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 Seguros

É a entidade que promove a venda de seguros, servindo de intermediário entre o Segurador e o 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 (ASF), entidade de supervisão desta atividade.

Tomador

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 ou integridade física se segura. Neste seguro pode haver apenas uma Pessoa Segura por Apólice.

Beneficiários

Pessoa ou pessoas a quem é paga a indemnização pelo Segurador de acordo com as garantias / coberturas contratadas pelo Tomador do Seguro. Se existir alteração de beneficiários ao longo da duração do contrato, constará sempre nas Condições Particulares do seguro ou respetivas atas. O Beneficiário pode ser revogável ou irrevogável, não podendo ser alterado depois de ter adquirido o direito ao pagamento da indemnização pelo Segurador em qualquer dos casos.



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.

Falecimento com Proteção Dupla (cobertura principal)

Falecimento

Se a Pessoa Segura falecer, seja por doença ou acidente, o Segurador **pagará aos Beneficiários o capital seguro.**

Proteção Dupla - Proteção extra para casais com filhos em comum

Em caso de falecimento dos dois elementos do casal num período de 2 anos e sendo ambos os falecimentos posteriores ao início do seguro, o Segurador pagará aos beneficiários um capital

adicional no mesmo valor do capital seguro, desde que se cumpram as condições referidas adiante, na secção de "COMO SE UTILIZAM AS COBERTURAS".

Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível (cobertura complementar)

Se a Pessoa Segura ficar definitivamente inválida para o exercício da sua profissão ou atividade compatível, seja por doença ou acidente, e com percentagem igual ou superior a 66% pela Tabela Nacional de Incapacidades, o Segurador pagará o capital seguro da Apólice. Esta cobertura não acumula com a cobertura principal de Falecimento.

A cobertura de Invalidez renova-se pela última vez na anuidade em que a Pessoa Segura complete 64 anos atuariais, cessando no término desta.

Assistência complementar

Em caso de necessidade a **Pessoa Segura ou os seus filhos podem** aceder aos seguintes serviços:

Pacote Vida Saudável

- Consulta de Nutrição e Dietética
- Check-up Anual
- Rede de Farmácias

Assistência Médica Domiciliária

- Telemedicina e/ou médico ao domicílio
- Enfermagem ao domicílio
- Entrega de medicamentos ao domicílio
- Colheita de amostras para análises ao domicílio
- Fisioterapia ao domicílio
- Terapia da fala ao domicílio

Assistência Conforto ao Domicílio

- Envio de pessoa especializada
- Transporte de crianças
- Apoio psicológico

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 (ou do seu cônjuge) provocando o seu falecimento ou invalidez não estão cobertos pelo Seguro:

Factos ou atos intencionais e/ou ilícitos, praticados por qualquer um dos intervenientes na Apólice (ou pelo cônjuge da Pessoa Segura), relativos à Pessoa Segura (ou ao seu cônjuge), e que resultem no seu falecimento ou invalidez. Encontra-se excluído o falecimento ou invalidez 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 consumiu 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.

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 ou invalidez. 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).

As seguintes exclusões poderão eventualmente ser aceites pelo Segurador, a pedido específico do Tomador do Seguro, de acordo com as condições a estabelecer entre as partes constantes das Condições Particulares da Apólice, ou de documento escrito anexo às mesmas:

Pré-existências: falecimento ou invalidez resultantes 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. Esta exclusão não se aplica ao cônjuge da Pessoa Segura, no caso da Proteção Dupla.

Riscos Profissionais: Estão excluídos os sinistros diretamente associados à profissão da Pessoa Segura, sejam sob a forma de Acidentes de Trabalho ou Doenças Profissionais. Para que esta exclusão exista, a mesma tem que constar expressamente nas “Condições Particulares” do seguro, além de constar nestas “Condições do Seguro”. 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, que estejam corretamente indicadas na Proposta de Seguro, e que o Segurador decida aceitar, não haverá exclusão e essa aceitação será dada sem agravamentos nas condições do seguro. Assim, tendo sido aceite a situação pelo Segurador, a exclusão não constará nas “Condições Particulares”. O exercício profissional de desportos consta no ponto seguinte.

Desportos motorizados e outros desportos perigosos: falecimento ou invalidez resultantes 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.



CONDIÇÕES DE SUBSCRIÇÃO, INÍCIO E DURAÇÃO DO CONTRATO

Este seguro poderá ser subscrito por pessoas com residência em Portugal que tenham entre os 18 e os 64 anos de idade atuarial.

Idade Atuarial

É a idade da qual a Pessoa Segura está mais próxima considerando o seu aniversário, ou seja, se a Pessoa Segura, à data da celebração do contrato ou da sua renovação, estiver a menos de 6 meses do seu aniversário, considera-se a sua idade real em anos inteiros, acrescida de um ano.

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 anual renovando-se automaticamente todos os anos até aos 74 anos de idade atuarial da Pessoa Segura.



QUANTO CUSTA?

Em cada anuidade o prémio do seguro é calculado de acordo com a tarifa em vigor, a idade da Pessoa Segura, a sua profissão 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.

Antes da subscrição deste contrato, e juntamente com estas Condições de Seguro, o Agente de Seguros entregará ao cliente uma simulação de prémio indicativo. Ao valor do prémio apresentado acresce o custo de emissão de apólice (5€), que será cobrado uma única vez juntamente com o primeiro recibo.

Prémio

É o montante a pagar pelo Tomador do Seguro ao Segurador pela prestação do serviço de segurar. O prémio é pago antecipadamente no início de cada anuidade, podendo ser objeto de desconto caso o fracionamento escolhido seja anual vs. mensal (7,4%), anual vs. trimestral (4,8%) ou anual vs. semestral (2,9%).



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 primeiro 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 do 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 falecimento ou invalidez 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 (Agente de Seguros). 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 ou invalidez 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 uma invalidez 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 de 100€ para um capital de 100 000€, e se após o cálculo com agravamento esse mesmo prémio apenas segurava 45 000€, 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 ou invalidez 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:

- Não ter havido resposta a uma pergunta constante no questionário de saúde da proposta;
- Ter havido uma resposta imprecisa a uma pergunta demasiado genérica;
- Contradição ou incoerência evidente nas respostas a esse questionário;
- Informação que o Agente de Seguros 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.

Direitos e deveres dos Intervenientes 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?

Em caso de falecimento ou invalidez da Pessoa Segura, os Beneficiários deverão comunicá-lo ao Segurador tão rapidamente quanto possível através do seu balcão ou via e-mail **sinistros-aegonsantander@aegonsantander.pt** ou para a morada: Rua dos Sapateiros, n.º 174, 3º piso, 110-580 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**.

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 (da Pessoa Segura ou do seu cônjuge) e outros fatores que contribuem para o enquadramento do sinistro.

Coberturas, documentação e requisitos formais para participação de falecimento ou invalidez

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

- Explicitação comprovada das circunstâncias que estão na origem da verificação do falecimento ou invalidez, das respetivas causas subjacentes à sua ocorrência e, sendo o caso, das respetivas consequências.
- Deve ser ainda ser prestada ao Segurador toda a informação comprovadamente relevante relativa ao sinistro e respetivas consequências.

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

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).

Proteção Dupla

Especificamente para a cobertura de falecimento, haverá lugar ao pagamento de um capital adicional ao capital seguro, e no mesmo valor deste, aplicável quando no falecimento da Pessoa Segura, se verificarem **todas** as seguintes 5 condições:

1. Houver lugar a indemnização por falecimento da Pessoa Segura, ou seja, nos casos em que o Segurador paga de facto uma indemnização ao abrigo da cobertura de falecimento por doença ou acidente ao abrigo desta apólice;
2. A data de início da apólice for anterior à data da morte do seu cônjuge ou seja, ambos os cônjuges estavam vivos na data de subscrição da apólice;
3. Houver filhos vivos do casal na data de falecimento da Pessoa Segura;
4. Os beneficiários indicados na apólice serem os filhos do casal ou os herdeiros legais, ou seja, os Beneficiários designados pela Pessoa Segura/Tomador do Seguro que constam nas Condições Particulares da Apólice na data de falecimento da Pessoa Segura deverão ser os herdeiros legais na proporção do respetivo título sucessório, ou os filhos do casal. Caso sejam distintos, não se aplica a Proteção Dupla;
5. O seu cônjuge já tiver falecido em simultâneo ou em data anterior em menos de 2 anos ao falecimento da Pessoa Segura, caso em que ambos os capitais seguros são indemnizados em simultâneo ao(s) Beneficiário(s).

ou

O seu cônjuge vier a falecer: em data posterior em menos de 2 anos ao falecimento da Pessoa Segura, caso em que o capital adicional será indemnizado ao(s) Beneficiário(s) na data do falecimento do cônjuge.

Para o pagamento deste capital seguro, deverá ser entregue ao Segurador a seguinte documentação:

- Assento de casamento ou comprovativo de união de facto;
- Certificado de óbito do cônjuge;
- 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 invalidez definitiva para a profissão ou atividade compatível

Se a Pessoa Segura ficar inválida de acordo com as definições abaixo indicadas, o Segurador pagará aos Beneficiários o capital seguro. **A indemnização ao abrigo desta cobertura não acumula com a indemnização da cobertura de falecimento.**

Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível: é a situação em que a Pessoa Segura, em consequência de Doença ou Acidente, se encontre cumulativamente:

1. Incapaz de exercer a sua profissão ou qualquer outra atividade remunerada compatível com os seus conhecimentos e capacidades;
2. Em situação de incapacidade funcional permanente de grau igual ou superior a 66%, nos termos da Tabela Nacional de Incapacidades.
3. A situação clínica seja irreversível, isto é, sem quaisquer esperanças de haver melhorias por continuação de cuidados médicos.

Esta percentagem será aferida de acordo com a Tabela Nacional de Incapacidades (Decreto-Lei n.º 352/2007, D.R. n.º 204, Série I de 2007-10-23, anexo I), não sendo admitido nenhum outro critério para avaliação além desta tabela. Para esta percentagem não são tidas em conta as patologias ou eventos que constem nas exclusões, das quais tenha resultado uma invalidez, mesmo que estas situações tenham uma relação direta com situações cobertas pela Apólice, e que constem no Atestado de Incapacidade Multiusos.

Não são admissíveis, para enquadrar esta Invalidez, eventuais situações de reforma por invalidez atribuídas pela Caixa Nacional de Pensões, Caixa Geral de Aposentações ou qualquer outro subsistema.

A data de reconhecimento da invalidez será aquela a partir da qual se comprove que a Pessoa Segura está numa situação de incapacidade de acordo com os parágrafos anteriores.

Caso não haja acordo entre os intervenientes sobre o estado e/ou grau de invalidez da Pessoa Segura, uma comissão de peritos decidirá sobre esse tema. Esta comissão será constituída por um médico indicado pelo Segurador, outro indicado pela Pessoa Segura ou seu representante, e outro ainda escolhido de comum acordo entre as partes, que servirá para desempatar os pareceres, se for caso disso. As partes suportarão as despesas dos respetivos representantes, sendo as despesas do perito de desempate divididas entre ambos.

Para este efeito, deverá ser entregue ao Segurador a seguinte documentação:

- Relatório Médico atualizado com menção a doenças e respetivas datas de diagnóstico, evolução, tratamentos efetuados, sequelas e estado atual;
- Atestado de incapacidade multiuso da Administração Regional de Saúde (em que indica o grau de invalidez atribuído);
- Certificação ou declaração autenticada da veracidade de pensionista por Invalidez (se for pedido pelo Segurador).

Além da documentação referida anteriormente em todas as coberturas, o Segurador poderá solicitar outra documentação que considere necessária para esclarecimento das circunstâncias do falecimento ou invalidez, 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 assistência complementar

Pretende ajudar ao restabelecimento e/ou acompanhamento do estado de saúde em caso de doença ou acidente (conforme o serviço específico), via atos médicos de cuidados primários (como a Assistência Médica Domiciliária) ou secundários (como consulta de nutrição e dietética), a preços

convencionados preferenciais. Estes serviços incluem o “Pacote Vida Saudável”, “Assistência Médica Domiciliária” e “Assistência Conforto ao Domicílio”

Podem ser utilizados independentemente umas das outras ou em coordenação, de acordo com a vontade da Pessoa Segura. Nos casos em que os serviços incluam deslocações domiciliárias, estas deslocações presumem a acessibilidade adequada a veículos automóveis e que não sejam consideradas perigosas para os meios humanos envolvidos

Estes serviços abrangem a Pessoa Segura e respetivos filhos ou adotados, desde que sejam solteiros, menores de 25 anos, e habitem com a Pessoa Segura em situação de dependência económica.

Nos casos em que a gratuidade destes serviços depender da verificação de uma situação de incapacidade, esta deverá ser previamente verificada através de uma consulta médica ao domicílio.

Contactos para utilização dos Serviços Complementares: Incluindo informações, elegibilidade e marcações



21 122 12 10 (custo de chamada para a rede fixa nacional)



protecaoselect@saudeprime.pt

Pacote Vida Saudável

Horário: Dias úteis das 09h às 19h.

Para a utilização destes serviços pode também consultar: www.saudeprime.pt/santander-protecao/rede-medica

Consulta de Nutrição ou dietética

Este serviço permite-lhe identificar os seus hábitos alimentares e definir o respetivo plano alimentar. **Pode utilizá-lo sempre que necessitar, sendo que a primeira consulta é gratuita e as restantes terão um custo de 30,00€.**

Check-up anual

Para que possa desfrutar da sua vida com maior tranquilidade, poderá usufruir deste check-up anual, o qual inclui uma consulta médica de clínica geral para análise de resultados. Neste check-up estão incluídos um conjunto de análises clínicas e exames de imagiologia cujo detalhe poderá ser consultado via telefone ou através do link indicado. **Este check-up tem o custo de 75€.**

Rede de Farmácias

Permite-lhe o acesso a serviços farmacêuticos a preços convencionados, como por exemplo, a avaliação de índice de massa corporal, medição de pressão arterial, administração de injetáveis, entre outros serviços cujo detalhe poderá ser consultado via telefone ou através do link indicado.

Os serviços apresentados podem ser prestados no domicílio da Pessoa Segura, exceto avaliação de IMC e o Check-up farmácia.

O preço dos serviços farmacêuticos poderá ser consultado caso a caso via telefone ou através do link indicado, tipicamente **entre 1€ e 8€ por ato**

A prestação de serviços farmacêuticos ao domicílio terá o **custo de 13€ até aos 20 Km de distância (acima desta distância acresce 0,40€ por Km).**

Assistência Médica Domiciliária **Dias úteis das 09H00 às 19H00**

Colheita ao domicílio de amostras para análises

O serviço inclui exclusivamente a colheita de sangue e urina.

- **Custo de 10€ por colheita (o custo das análises fica a cargo da Pessoa Segura)**

Fisioterapia ao domicílio

Com objetivo de colaborar na recuperação, aumento ou manutenção das capacidades físicas dos doentes, bem como na prevenção da incapacidade, incluindo patologias de tipo ortopédica, respiratória, cardio-respiratória, neurológica ou reumatológica. Estes serviços deverão ser agendados previamente e não têm limite de utilização.

- **Valores convencionados caso a caso, conforme tipologia da intervenção**
- Em caso de incapacidade comprovada, até 10 tratamentos gratuitos.

24H todos os dias

Telemedicina e/ou médico ao domicílio

Os serviços disponíveis consistem na prestação de um serviço de Assistência Médica que compreende todo o tipo de doenças ou acidentes que ponham em causa o bem-estar da Pessoa Segura ou filhos e que apresentem um quadro clínico que suponha um risco eminente de saúde, potencial ou real, podendo o mesmo ocorrer no seguimento de um acidente ou doença que seja súbita (menos de 72 horas).

Esta cobertura carece de uma chamada telefónica (telemedicina) de triagem para aferir da gravidade do caso, e pode incluir observação clínica ao domicílio presencial, com a consequente atitude informativa e/ou prescrição de medicamentos, dando sequência aos serviços avaliados, ou finalmente à evacuação para uma unidade hospitalar.

- **1ª Consulta do ano gratuita**
- **Em caso de incapacidade comprovada, até 10 consultas gratuitas**
- **Restantes consultas: 15€**

Terapia da fala ao domicílio

Com objetivo de colaborar na prevenção, avaliação, e intervenção em casos de perturbação da comunicação, em funções associadas à compreensão e expressão oral e escrita incluindo comunicação não verbal e manobras de deglutição. Estes serviços deverão ser agendados previamente e não têm limite de utilização.

- **Valores convencionados caso a caso, conforme tipologia da intervenção**
- Em caso de incapacidade comprovada, até 10 sessões gratuitas

Enfermagem ao domicílio

Incluindo os serviços típicos de enfermagem como administração de injetáveis, mudança de pensos entre outros, mas não incluem quaisquer atos referentes a tratamentos de longa duração. Estes serviços deverão ser agendados previamente e não têm limite de utilização.

- **Custo de 10€ por intervenção**

Entrega de medicamentos ao domicílio

Abrange exclusivamente os medicamentos de prescrição médica obrigatória, devendo a Pessoa Segura estar na posse da respetiva prescrição.

- Duas entregas por ano: gratuitas
- **Restantes: 5,00€ por deslocação**

Assistência Conforto ao Domicílio

Horário: Dias úteis das 09h às 19h.

Transporte de crianças

Serviço com objetivo de assistir no transporte de crianças em caso de incapacidade total ou parcial da Pessoa Segura, incluindo o envio de pessoa e transporte especializado, para acompanhamento de crianças de e para a escola, infantário, ATL, explicações ou centro de férias

- **Valores convencionados caso a caso, conforme a tipologia do transporte**
- Em caso de incapacidade comprovada, até 10 deslocações gratuitas

Apoio psicológico

A agendar previamente, poderá funcionar por telefone ou presencialmente de acordo com a triagem clínica a efetuar caso a caso.

- **Valores convencionados caso a caso, conforme a tipologia da intervenção**
- 1ª consulta gratuita (presencial ou telefónica)

Envio de pessoa especializada

Serviço não clínico com objetivo de assistir em caso de incapacidade total ou parcial nas funções diárias de alimentação (acompanhamento de refeições); cuidados de higiene diária, limpeza (manutenção e arrumos); deslocação (incluindo deslocações ao exterior); locomoção (estimulação da mobilidade e autonomia física); pequenas compras ao exterior, administrar medicação, acompanhamento e conversação.

- **Valores convencionados caso a caso, conforme tipologia da intervenção**
- Em caso de incapacidade comprovada, até 10 horas gratuitas.

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 e respetivas prorrogações. O Segurador e o Tomador do Seguro têm o direito de anular o seguro unilateralmente, através da denúncia, que impede a sua normal renovação. Assim, a denúncia serve para não renovar o contrato, extinguindo-o. Esta denúncia deve ser enviada por escrito ao destinatário, com antecedência mínima de 30 dias em relação à data de renovação da apólice.

Resolução por justa causa

O contrato pode ser resolvido pelas partes a todo o tempo, havendo justa causa nos termos gerais, mediante correio registado. O contrato considera-se resolvido, num prazo máximo de 5 dias úteis após receção da comunicação. O montante do prémio a devolver ao Tomador do Seguro em caso de cessação antecipada do contrato é calculado proporcionalmente ao período de tempo que decorreria da data da cessação da cobertura até ao 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 de seguro pode ser anulado a todo o tempo por acordo entre as partes.

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.

Cessação por falecimento ou Invalidez da Pessoa Segura

No caso da ocorrência do falecimento de qualquer Pessoa Segura, o Contrato de Seguro cessa, tenha ou não havido lugar ao pagamento do capital seguro. Aplicam-se as mesmas regras aos sinistros de invalidez, com a diferença de que se mantém o seguro em vigor caso não haja lugar a indemnização ao abrigo desta cobertura.

Idade da Pessoa Segura

A Apólice cessa no termo da anuidade em que a Pessoa Segura complete 75 anos de idade atuarial.

Cessaçãõ por falta de pagamento do prêmio

Na falta de pagamento do prêmio, 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 prêmio.

Situaçãõ específica em caso de contrataçãõ à distância

Livre Resoluçãõ

O contrato pode ser resolvido pelo consumidor no prazo de 30 dias a partir da data da celebraçãõ do contrato à distância, ou da data da receçãõ, pelo consumidor, dos termos do mesmo e das informações pré-contratuais legalmente definidas, que serão prestadas mediante a entrega do Documento de Informaçãõ sobre o Produto de Seguros, Condições do Seguro e Condições Particulares. Para o exercício do presente direito o consumidor deverá notificar o Segurador mediante comunicaçãõ por escrito, em suporte de papel, por correio registado para a morada correspondente à sua sede (Rua da Mesquita, nº 6, 1070-238 Lisboa) antes do termo do prazo de 30 dias.



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/>;
- CACCCDC - Centro de Arbitragem de Conflitos de Consumo do Distrito de Coimbra, Site: <http://www.centrodearbitragemdecoimbra.com/>;
- CACCRAM – 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>



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 obstem 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. 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., 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.

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, 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 ao Banco Santander Totta, S.A., junto de qualquer balcão, ou através dos seguintes meios: SuperLinha (+351 217 807 364, de Portugal ou do estrangeiro), do NetBanco ou da App Santander, 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 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.