

CONDIÇÕES DO SEGURO VIDA CONSUMO

A contratação deste seguro de vida destina-se à proteção das suas responsabilidades financeiras na operação de crédito que lhe está associada, contra qualquer eventualidade que resulte em morte, invalidez ou mesmo situações de desemprego da(s) pessoa(s) segura(s), caso subscreva essa opção. 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 10** (entre as 09h 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 formalizam 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, n.º 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. O agente de seguros é o Banco Santander Totta, S.A., com sede na Rua Áurea n.º 88, matriculado na Conservatória do Registo Comercial sob o número único de registo e de identificação fiscal 500 844 321, com o capital social de 1.391.779.674 €, registado junto da ASF com o número 419 501 250
- Tomador do seguro** É a pessoa que contrata o seguro e que é responsável pelo pagamento do prémio de seguro. O tomador desta apólice é o cliente/interveniente no contrato de crédito ao consumo.
- Pessoa segura** É a pessoa cuja vida, saúde ou integridade física se segura. O tomador do seguro e a pessoa segura podem ser a mesma pessoa, e pode haver mais que uma pessoa segura na mesma apólice. A(s) pessoa(s) segura(s) nesta apólice é/são o(s) cliente(s)/interveniente(s) no contrato de crédito ao consumo.
- 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. 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.

OPÇÕES DE CONTRATAÇÃO E O QUE ESTÁ COBERTO

O segurador disponibiliza duas coberturas obrigatórias e uma facultativa, além de duas modalidades de contratação para o seguro de vida associado ao crédito ao consumo:

Coberturas obrigatórias

Falecimento

Se a pessoa segura falecer, seja por doença ou acidente, o segurador pagará aos beneficiários o capital seguro.

Invalidez absoluta e definitiva

Cobre o risco de invalidez absoluta e definitiva por acidente ou doença. Considera-se em estado de invalidez absoluta e definitiva a pessoa segura em que se verifique uma incapacidade total para o exercício de qualquer atividade, necessitando do recurso à assistência permanente de uma terceira pessoa para os atos básicos da vida diária, incluindo necessariamente a dependência total de terceiros para a higiene e alimentação.

Cobertura opcional Plano Proteção Santander

Esta cobertura garante o reembolso da prestação do crédito ao consumo associado ao seguro de vida até um limite máximo de **12 prestações por agregado de sinistros** e de **6 meses por sinistro** em todas as subcoberturas durante toda a duração da apólice.

Pode haver mais do que um sinistro ao abrigo desta cobertura complementar, mas entre eles deverá haver um período de trabalho ativo de pelo menos **6 meses (período de requalificação)**. Na indemnização referente ao último período, que tenha uma duração inferior a 30 dias, o valor a reembolsar para todas as coberturas será calculado com base em 1/30 do valor mensal da prestação e multiplicado pelo número de dias de duração desse mesmo período. Entende-se por “último período” o número de dias decorridos entre o último período pago (pagamento de sinistro) e a data de cessação da condição que deu origem ao acionamento da cobertura (por exemplo, regresso ao trabalho) ou a data de cessação do contrato de crédito ao consumo.

O Plano Proteção Santander apenas pode ser utilizado **60 dias** após o seu início (**período de carência**). Após a ocorrência do sinistro, decorre um período em que nenhuma garantia será indemnizável (**franquia absoluta**). Terminado este tempo, se a situação que motivou o acionamento da cobertura permanecer (**franquia relativa**), serão indemnizáveis períodos mensais retroativos, até serem atingidos os limites de indemnização ou terminar a situação. Estes períodos variam consoante a subcobertura e são os seguintes:

Franquia absoluta	30 dias: incapacidade temporária absoluta, desemprego involuntário e salários em atraso 7 dias: hospitalização
Franquia relativa	30 dias: incapacidade temporária absoluta e desemprego involuntário 7 dias: hospitalização 90 dias: salários em atraso

O segurador assegura o reembolso correspondente ao valor da prestação mensal do empréstimo

associado na data do sinistro, **não podendo exceder os 1700 €** (mil e setecentos euros) por mês.

Esta cobertura opcional pode ser utilizada nas seguintes situações:

1. **Incapacidade temporária absoluta para o trabalho.** Esta subcobertura pode ser acionada quando se verificar a impossibilidade física total e clinicamente comprovada de a pessoa segura exercer temporariamente a sua atividade profissional, em consequência de:
 - a. **ter sofrido um acidente ou ter contraído uma doença;**
 - b. **ter uma gravidez de risco** fundamentada por parecer médico, em resultado de exames efetuados que demonstrem a existência de probabilidade superior ao normal de surgir uma complicação para o bebé ou para a mãe, desde que esta esteja inscrita na Segurança Social e a receber o respetivo subsídio;
 - c. **ter de prestar assistência a filho menor**, por doença ou acidente deste, estando a pessoa segura inscrita na Segurança Social e a receber o respetivo subsídio.
2. **Hospitalização.** Esta subcobertura apenas pode ser acionada por trabalhadores por conta própria que tenham sido hospitalizados por um período igual ou superior a sete dias.
3. **Desemprego involuntário (trabalhadores por conta de outrem).** Nesta subcobertura, considera-se que a pessoa segura está em:
 - a. **desemprego involuntário total** no seguimento de uma ação de despedimento coletivo¹, da extinção de postos de trabalho justificada por motivos económicos ou de mercado, tecnológicos ou estruturais², ou se rescindiu unilateralmente o contrato de trabalho invocando justa causa³.
 - b. **desemprego involuntário parcial** se se encontrar numa das situações supra identificadas para a cobertura de desemprego involuntário, mas de forma parcial. Neste caso, serão reembolsados 35 % de cada prestação mensal, até ao limite máximo de 1700 € (mil e setecentos euros).
4. **Desemprego involuntário total (trabalhadores por conta própria).** A pessoa segura tem atividade profissional por conta própria e está inscrita na Segurança Social, reunindo as condições para beneficiar do subsídio de desemprego por se enquadrar na situação de trabalhador economicamente dependente, nos termos definidos na lei.
5. **Salários em atraso.** Ocorre sempre que a um trabalhador por conta de outrem não seja, comprovadamente, efetuado o pagamento pontual da retribuição mensal que lhe é devida por um período superior a 90 (noventa) dias consecutivos, mantendo-se, no entanto, o vínculo laboral do trabalhador.

¹ Entende-se por “despedimento coletivo” as situações em que o empregador despede parte dos seus empregados em razão do encerramento justificado de uma ou várias secções ou estruturas equivalentes. Para que se considere “coletivo”, o despedimento deverá abranger pelo menos duas pessoas em microempresas ou pequenas empresas, e cinco pessoas em médias ou grandes empresas.

² Considera-se, ao abrigo deste tipo de despedimento, a redução da atividade da empresa provocada pela diminuição previsível da procura de bens ou serviços ou pela impossibilidade, prática ou legal, de colocar esses bens ou serviços no mercado; por motivos estruturais, em razão de desequilíbrio económico-financeiro, mudança de atividade, reestruturação da organização produtiva ou substituição de produtos dominantes; são motivos tecnológicos, as alterações nas técnicas ou processos de fabrico, automatização de instrumentos de produção, de controlo ou de movimentação de cargas, bem como informatização de serviços ou automatização de meios de comunicação.

³ Quando o fundamento de justa causa invocado pelo trabalhador não seja contraditado pelo empregador ou, sendo-o, o trabalhador faça prova de entrada de ação judicial contra o empregador e da decisão judicial.

Modalidades de contratação

Titular único. Se houver apenas um titular no crédito ao consumo associado ao seguro, será utilizada esta modalidade, uma vez que apenas existe uma pessoa segura. Neste caso, a indemnização corresponderá à totalidade do capital seguro, equivalente ao capital seguro da apólice na data do sinistro.

Duas cabeças. O seguro é acionado ao primeiro sinistro que ocorrer (morte ou invalidez) entre as pessoas seguras, sendo que capital seguro (correspondente ao montante do empréstimo associado) é igual a 100% para cada uma das pessoas seguras. Assim, em caso de sinistro (de uma ou ambas as pessoas seguras), o capital a pagar corresponderá a 100% do valor do crédito, que assim ficará amortizado na sua totalidade, extinguindo-se o contrato de seguro.

Âmbito territorial

As coberturas deste seguro são válidas em Portugal e em estadas na Europa, América do Norte, Brasil, Venezuela, Japão e Oceânia independentemente da sua duração. **Estadas superiores a 30 dias**, noutros países ou 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 situações, as ações e os factos abaixo elencados podem influenciar a integridade física da pessoa segura, provocando a sua morte ou invalidez, pelo que não estão cobertos pelo seguro. Aplicam-se às **coberturas obrigatórias** de falecimento e de invalidez absoluta e definitiva e à **cobertura opcional** Plano Proteção Santander as seguintes exclusões:

Factos ou atos intencionais e/ou ilícitos praticados por qualquer um dos intervenientes na apólice, relativos à pessoa segura e que resultem na sua morte 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 diretamente associados a consumo de bebidas alcoólicas, drogas ou medicamentos não prescritos por 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 se encontrava sob a influência comprovada de drogas.

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 na sua morte 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, seja 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 envenenamento. Encontram-se igualmente excluídos os desastres de aviação quando a pessoa segura for passageiro em voos não autorizados pela Associação Internacional de Transporte Aéreo (IATA).

Preexistências: morte ou invalidez resultante de acidentes ocorridos antes do início do seguro, doenças e/ou incapacidades, bem como alterações no estado de saúde da pessoa segura ainda em investigação e sem diagnóstico estabelecido, já existentes na data de subscrição, independentemente do seu grau de gravidade.

Riscos profissionais: estão excluídos os sinistros diretamente associados a profissões de risco agravado, seja 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: morte ou invalidez resultante da prática deste tipo de desportos, incluindo os respetivos treinos, como rali, motocrosse e outras modalidades com automóveis e motociclos, aeronaves ou outros veículos motorizados. Estão também excluídos alguns desportos não motorizados, mas perigosos, incluindo combate corpo a corpo, como boxe, *jiu jitsu* e outras artes marciais violentas, paraquedismo e suas derivadas, como parapente, queda livre e asa-delta, assim como desportos considerados radicais, como *bungee jumping*, *slide*, *base jumping*, escalada livre e outros igualmente perigosos.

À cobertura opcional **Plano Proteção Santander**, devido à sua natureza, aplica-se um **conjunto adicional de exclusões**, uma vez que abrange sinistros que não afetam a integridade física da pessoa segura de forma definitiva (contrariamente às coberturas de morte e invalidez definitiva e absoluta) e outros que resultam da situação laboral da pessoa segura. Assim, excluem-se:

1. Situações de incapacidade temporária absoluta para o trabalho e hospitalização

- além das doenças já existentes à data de subscrição do contrato, das do foro psicopatológico ou das que não tenham comprovação clínica, como dores nas costas ou lombalgias, cuja causa não seja demonstrável por exames complementares (radiológicos, gamagráficos ou TAC), excluem-se também as incapacidades associadas a anomalias congénitas físicas ou mentais, incluindo defeitos físicos, assim como as incapacidades decorrentes de parto, gravidez ou interrupção da gravidez já existentes à data de subscrição do contrato;
- além das incapacidades resultantes da prática de desportos motorizados, ficam também excluídas as incapacidades associadas à condução de quaisquer veículos sem carta de condução (habilitação legal) e de veículos de duas rodas, independentemente de ter ou não carta de condução;
- ficam 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;
- além das intervenções cirúrgicas que não tenham sido necessárias por acidente ou doença, ficam também excluídos os tratamentos de estética e cosmética, por acidente ou doença, que não tenham sido necessários.

2. Situações de desemprego involuntário que resultem de:

- **não renovação/caducidade de contrato de trabalho** – ficam excluídas as situações em que a pessoa segura se encontre sem emprego por ter caducado o seu contrato de trabalho na data acordada entre si e o seu empregador, isto é, findo o prazo dos contratos a termo (certo e incerto), tal como a cessação de comissão de serviço equiparável à caducidade de trabalho a termo certo ou incerto. O mesmo se aplica à denúncia do contrato pelo empregador ou pelo empregado durante o período experimental, assim como às situações de falta de emprego associadas a atividades tipicamente sazonais, como atividades agrícolas de colheita, ou outros fatores 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** – ficam excluídos a demissão sem justa causa por parte do empregado (pessoa segura), o despedimento com justa causa e a rescisão por mútuo acordo;
- **reforma e lei estrangeira** – fica excluída a cessação do 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 poderá ser subscrito por pessoas com residência em Portugal.

Idade de subscrição

Limite etário mínimo: 18 anos de idade atuarial.

Limite etário máximo: idade atuarial na subscrição somada ao prazo do contrato de crédito não deverá exceder:

- 75 anos para a cobertura de falecimento;
- 65 anos para a cobertura de invalidez absoluta e definitiva;
- 65 de idade real para o Plano Proteção Santander.

Idade atuarial

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

Prazo/duração

Esta apólice é emitida com um prazo fixo correspondente ao prazo do contrato de crédito na data de subscrição, sendo independente do mesmo no que respeita à sua vigência.

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

QUANTO CUSTA?

O prémio do seguro é calculado de acordo com a modalidade escolhida, a tarifa em vigor, a idade 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 os 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. O prémio é único, abrangendo todo o prazo do crédito, sendo que ambos têm tipicamente a mesma data de início que consta nas Condições Particulares da apólice.

Prémio

É o montante a pagar pelo tomador do seguro ao segurador pela prestação do serviço de segurar e deve ser pago pelo tomador do seguro antecipadamente, na sua totalidade e de uma só vez e de acordo com a data de início da apólice, constante nas Condições Particulares.

COMO SE PAGA?

O prémio é pago pelo tomador do seguro mediante domiciliação bancária e 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.



DIREITOS E DEVERES DE INFORMAÇÃO DAS PARTES

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 assenta 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 omitir intencional e deliberadamente estas informações (omissão com dolo), o segurador pode anular o seguro através de comunicação escrita, tendo três 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 de o segurador ter tido conhecimento de que o tomador do seguro ou pessoa segura violou dolosamente este dever, ou dentro do prazo de três meses atrás referido, o segurador pode recusar o pagamento do capital seguro. O segurador terá também direito ao prémio correspondente a estes três 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 omitir estas informações por desleixo, incúria ou falta de diligência (omissão por negligência), o segurador, no mesmo prazo de três 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 único de 100 € para um capital de 10 000 € a 60 meses, e se após o cálculo com agravamento esse mesmo prémio apenas segurava 4500 €, 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, 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:

- trinta dias para anular a apólice, contados a partir do envio da comunicação de anulação ao tomador do seguro;
- vinte 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, 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 a pessoa segura não tiver agido com o propósito de obter uma vantagem ao omitir a informação, alegando:

- 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 dois 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?

Em caso de falecimento ou invalidez da pessoa segura, os beneficiários deverão comunicar a situação ao segurador tão rapidamente quanto possível através do seu balcão ou via *e-mail* para sinistros-aegonsantander@aegonsantander.pt ou por correio para a Avenida José Malhoa, 22 – 1070-159 Lisboa. Para qualquer esclarecimento, estaremos à disposição na Linha de Apoio a Seguros (entre as 09h e as 20h, nos dias úteis – custo de chamada para a rede fixa nacional): **21 122 12 10**.

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 se a apólice está em vigor e se existem eventuais situações de exclusão (das pessoas seguras) e outros fatores que contribuem para o enquadramento do sinistro.

Determinação do capital seguro.

Um dos elementos que deverão ser determinados é o valor a pagar nos termos da apólice, sendo que o respetivo capital seguro obedece a critérios objetivos independentes da vontade do tomador do seguro/pessoa segura. No início da apólice (data usualmente coincidente com a data da formalização do crédito ao consumo associado), o capital seguro corresponde ao capital concedido ao cliente nesta data pelo banco. A evolução do capital seguro varia de acordo com a tabela constante nas Condições Particulares desta apólice.

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

Após participação da situação ao segurador, este necessitará de analisar toda a informação solicitada e razoavelmente necessária sobre as circunstâncias do falecimento ou da invalidez, suas causas, circunstâncias e consequências, antes de satisfazer a prestação contratual a quem esta for devida, incluindo:

- explicitação comprovada das circunstâncias que estão na origem da verificação do falecimento ou invalidez, das causas subjacentes à sua ocorrência e, sendo o caso, das respetivas consequências;

- todas as informações, comprovadamente relevantes, relativas ao sinistro e respetivas consequências.

O segurador pagará aos beneficiários a prestação correspondente à cobertura em questão. Para o efeito, o segurador deverá analisar, pelo menos, os documentos que estão especificados por cobertura no *site* da Aegon Santander Portugal, em <https://www.aegon-santander.pt/>, no menu Serviços, secção Documentos para Sinistros.

Além da documentação aqui referida para todas as coberturas, o segurador poderá solicitar outros documentos que considere necessários para esclarecimento das circunstâncias do sinistro, podendo recusar o pagamento do capital seguro na sua falta, a não ser que a mesma esteja comprovadamente inacessível a todos os intervenientes.

CESSAÇÃO

O contrato de seguro cessa 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 cessação. Nos casos em que o tomador do seguro pretenda denunciar o seguro, por liquidação total antecipada do crédito pessoal que lhe está associado, ser-lhe-á devolvida a parte do prémio correspondente ao período não decorrido.

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 exames médicos.

Cessação por falecimento ou invalidez

Em apólices de titular único: no caso da ocorrência da morte da 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.

Em apólices “duas cabeças”: em caso de morte ou invalidez que seja indemnizável para qualquer uma das pessoas seguras, a apólice cessa para ambas, ficando garantida a amortização total do empréstimo associado. Em caso de invalidez não indemnizável a apólice permanece inalterada.

Cessação por prazo, por idade ou por reforma

A apólice cessa no termo do seu prazo original, sem necessidade de intervenção o tomador do seguro. Em qualquer caso, a apólice cessa no termo da anuidade em que qualquer uma das pessoas seguras complete 75 anos de idade atuarial, sendo que pelo mesmo critério cessam aos 65 anos de idade as coberturas do Plano Proteção Santander e a de invalidez, permanecendo apenas a cobertura de falecimento.

Independentemente da idade da pessoa segura, a cobertura opcional **Plano Proteção Santander** cessa na data de reforma ou pré-reforma da pessoa segura.

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 oito dias de antecedência, da anulação do seguro. Até dez 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.

Esta apólice não cessa com a extinção do crédito ao consumo que lhe está associado, mantendo-se em vigor até ao final do prazo inicialmente contratado.



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 Avenida José Malhoa, 22 – 1070-159 Lisboa. As reclamações devem conter informações relevantes para a respetiva gestão, incluindo, pelo menos, os elementos que se encontram especificados em <https://www.aegon-santander.pt/gestao-de-reclamacoes/>.

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 contactos do Provedor do Cliente estão disponíveis em <https://www.aegon-santander.pt/provedor-do-cliente/>.



LEGISLAÇÃO APLICÁVEL, ARBITRAGEM,

ENQUADRAMENTO FISCAL E RELATÓRIO DE SOLVÊNCIA

Lei aplicável

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.

Foro competente

Sem prejuízo da resolução alternativa de litígios prevista na cláusula seguinte, e com exceção das matérias elencadas no artigo 71.º, n.º 1 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 tendo por base esta apólice, e sendo o tomador do seguro um consumidor na aceção da Lei 144/2015, de 8 de setembro, poderá recorrer à resolução alternativa de litígios de consumo junto das instâncias reconhecidas. A informação geral sobre as entidades de arbitragem portuguesas está disponível para consulta em <https://www.aegon-santander.pt/resolucao-alternativa-de-litigios/>.

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: <https://www.aegon-santander.pt/rssf/>.



DADOS PESSOAIS

1. 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.
2. Os dados pessoais poderão ser tratados pelo segurador, consoante o tipo de Contrato e/ou titulares, para as seguintes finalidades:

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

Conta EP: **[CONTA_EP]**

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 certo 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 Áurea, n.º 88, 1100-063 Lisboa * Capital Social: 1.391.779.674 * 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) 98,882% do capital social do Agente de Seguros ou nos direitos de voto.

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 imparcial e pessoal no âmbito da Consultoria para Investimento. Neste domínio, serão enviados aos Clientes, anualmente, os Relatórios de Custos, Encargos e Incentivos, identificando todos os custos e encargos incorridos pelo Cliente com esses produtos de investimento com base em seguros e os incentivos aplicados, assim como o Relatório de Avaliação da Adequação, o qual avalia se os produtos de investimento com base em seguros contratados ao abrigo da Consultoria para Investimento continuam a corresponder às preferências, aos objetivos e outras características individuais do Cliente, atendendo nomeadamente às possíveis alterações ocorridas nas características dos produtos, e/ou nas oscilações do património do Cliente.