

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

Tipo de seguro.

O Seguro "Proteção Acidentes" é um produto do ramo de Acidentes Pessoais, que cobre riscos relacionados com morte ou invalidez por acidente



O que se está a segurar? Valor a segurar:

✓ Morte por Acidente

✓ Morte por Acidente de Circulação

✓ Invalidez por Acidente

✓ Invalidez por Acidente de Circulação

Capital Seguro selecionado

✓ Pack de Assistência Médica

N/A



O que não está seguro?

- ✗ Morte ou Invalidez por Doença
- ✗ Factos ou atos intencionais ou ilícitos
- ✗ Atos de imprudência ou negligência grave
- ✗ Eventos catastróficos
- ✗ Desportos perigosos
- ✗ Pré-existências
- ✗ Invalidez não definitiva



Restrições à cobertura:

- ! Sinistros fora do limite etário
- ! Apólice sem estar em vigor (ex. falta de pagamento de prémio)
- ! Pessoa Segura não residente em Portugal
- ! Falsas declarações ou outros factos legais que impliquem a nulidade da Apólice
- ! Sinistros fora do âmbito territorial da cobertura



Onde estou seguro?

- ✓ 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.



Quais são as minhas obrigações?

- Informar o Segurador, em qualquer altura, de fatores que aumentem o risco que se está a segurar, que sejam evidentes e de senso comum, mesmo que não sejam objeto de questionário específico
- Verificar que a(s) pessoa(s) a segurar cumpre(m) as declarações constantes na proposta de seguro
- Conhecer e aceitar a lei aplicável ao contrato, foro competente, os meios de resolução alternativa de litígios e todos os elementos relacionados com o tratamento de dados pessoais
- Pagar atempadamente o prémio de seguro
- Colaborar com o Segurador em caso de sinistro, na obtenção de esclarecimentos ou documentos que para tal forem solicitados.



Quando e como pago?

- ✓ O prémio é devido pelo Tomador do Seguro, e será exigível a partir do momento em que tanto o Tomador do Seguro como a Pessoa Segura e o Segurador tenham aceite o contrato, o que resultará na emissão da Apólice e na cobrança do primeiro recibo. Os prémios seguintes são devidos até à data de vencimento de cada recibo, de acordo com o fracionamento escolhido (Anual, Semestral, Trimestral ou Mensal).
- ✓ Os prémios são cobrados via domiciliação bancária de acordo e nos termos da Autorização de Débito SEPA assinada pelo Tomador do Seguro para o efeito.



Quando se inicia a cobertura e quando termina?

- ✓ A cobertura inicia-se com a emissão da Apólice pelo Segurador, considerando-se formalizada através das Condições Particulares, na data de início que aí constar e a partir do momento em que esteja pago o prémio de seguro.
- ✓ A Apólice cessa nas seguintes situações:
 - Denúncia e livre resolução do contrato;
 - Resolução por justa causa;
 - Renúncia;
 - Falecimento ou invalidez de qualquer Pessoa Segura;
 - Idade limite de permanência;
 - Falta de pagamento do prémio;
 - Revogação.



Como posso rescindir o contrato?

- ✓ Através da **Renúncia** o Tomador do Seguro pode pedir a anulação da Apólice, 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.
- ✓ Através da **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.
- ✓ Através da **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.
- ✓ Através da **Revogação**. O contrato pode ser resolvido por acordo entre as partes a todo o tempo.
- ✓ **Caducidade**: A Apólice caduca para cada Pessoa Segura que atingir a idade limite de permanência constante nas Condições Particulares.

CONDIÇÕES DO SEGURO PROTEÇÃO ACIDENTES

A pensar na importância da proteção financeira contra acidentes criámos o Seguro Proteção Acidentes, uma solução que o protege e à sua família contra qualquer eventualidade que resulte em falecimento ou invalidez por acidente. Na Aegon Santander Portugal Não 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 08H00 e as 20H00, nos dias úteis – custo de chamada para a rede fixa nacional) ou através 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, em conjunto com a Pessoa Segura, 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 Não Vida, Companhia de Seguros, 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 comercialização de seguros, servindo de intermediário entre o Segurador e o Tomador do Seguro.

Intervenção do agente de seguros

1. O agente de seguros não se presume autorizado a, em nome do Segurador, celebrar ou extinguir contratos de seguro, a contrair ou alterar as obrigações deles emergentes ou a validar declarações adicionais, salvo o disposto nos números seguintes.
2. Pode celebrar contratos de seguro, contrair ou alterar as obrigações deles emergentes ou validar declarações adicionais, em nome do Segurador, o agente de seguros ao qual o Segurador tenha conferido, por escrito, os necessários poderes.
3. Não obstante a carência de poderes específicos para o efeito da parte do agente de seguros, o seguro considera-se eficaz quando existam razões ponderosas, objetivamente apreciadas, tendo em conta as circunstâncias do caso, que justifiquem a confiança do Tomador do Seguro de boa fé na legitimidade do agente, desde que o Segurador tenha igualmente contribuído para fundar a confiança do Tomador do Seguro.

Para o exercício desta atividade é necessário estar registado como Agente de Seguros junto da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões (ASF), entidade de supervisão desta atividade. O agente desta apólice encontra-se identificado em documento próprio, previamente entregue ao Tomador do Seguro no ato de subscrição.

Tomador

Pessoa que contrata o seguro e que é responsável pelo pagamento do prémio de seguro ao Segurador.

Pessoa Segura

É a pessoa cuja vida, saúde ou integridade física se segura.

Beneficiários

Pessoa ou pessoas a quem é paga a indemnização pelo Segurador de acordo com as garantias / coberturas contratadas pelo Tomador do Seguro. É o Tomador do Seguro quem tem o poder de designação dos Beneficiários. 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. **Para todas as coberturas, considera-se para efeito deste seguro como acidente um acontecimento fortuito, súbito, anormal e imprevisível, de causa exterior e alheia à vontade da Pessoa Segura, que lhe cause danos corporais que tenham como consequência o seu falecimento, imediata ou no máximo durante os dois anos seguintes. Considera-se ainda originado por acidente o falecimento que seja resultante da inalação involuntária de gases e vapores, afogamento ou infeções e envenenamentos consecutivos a um acidente.**

Falecimento por acidente (cobertura principal)

Se a Pessoa Segura falecer por acidente (não por doença), o Segurador **pagará aos Beneficiários o capital seguro.**

Invalidez Definitiva por Acidente – 66 pontos (Invalidez)

Se a Pessoa Segura ficar definitivamente inválida por acidente (não por doença), e se verifique uma incapacidade mínima de 66 pontos numa escala de 1 a 100 de acordo com a Tabela de Avaliação de Incapacidades Permanentes em Direito Civil (anexo II ao D.L. 352/2007), o Segurador pagará o capital seguro da Apólice. Esta cobertura não acumula com a cobertura de Falecimento (cobertura principal).

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

Falecimento ou invalidez por acidente de circulação

Quando o falecimento ou invalidez é resultante de um acidente de circulação, o Segurador **pagará aos Beneficiários um capital seguro adicional de Falecimento ou invalidez por acidente.** Neste caso, a indemnização ao abrigo desta cobertura acumula com o capital seguro da cobertura de Falecimento ou de Invalidez por acidente.

Considera-se como Acidente de Circulação, para efeito de todas as Coberturas, o atropelamento da Pessoa Segura como peão na via pública, os acidentes da Pessoa Segura como passageiro ou condutor legalmente habilitado de automóveis ligeiros ou motociclos, há mais de 1 ano, desde que ocorram na via pública, ou como passageiro de transportes públicos terrestres, marítimos ou aéreos.

Pack de Assistência Médica

Assistência Médica Domiciliária: acesso a uma linha de Aconselhamento Médico Telefónico (telemedicina), que inclui a possibilidade de deslocação de um médico ao domicílio da Pessoa Segura, após triagem, em caso de doença, com um custo de 20,00€. Estão cobertos também os filhos da(s) Pessoa(s) Segura(s).

Em caso de acidente de que resulte uma incapacidade, esta cobertura consiste numa consulta domiciliária de certificação dessa incapacidade da(s) Pessoa(s) Segura(s), sem custo até ao limite de 2 consultas por ano, com objetivo de determinar o acesso às coberturas de assistência seguintes, todos prestados pela Ecco Salva²:

- **Assistência de enfermagem, fisioterapia e conforto ao domicílio:**
- **PersonalCare:** conjunto de serviços, incluindo 2ª Opinião Médica Internacional e um programa de apoio à recuperação, via linha telefónica.

Modalidades de contratação

Independentemente das coberturas, o Tomador do Seguro e Pessoas Seguras poderão optar por uma das seguintes modalidades:

- **Uma Pessoa Segura (titular único):** para os casos em que se pretende segurar apenas uma Pessoa Segura, identificada na Proposta de Seguro e nas Condições Particulares da Apólice.
- **Duas Pessoas Seguras (seguro de duas cabeças):** para os casos em que se pretende segurar duas Pessoas Seguras que deverão estar identificadas na Proposta de Seguro e nas Condições Particulares da Apólice, que poderá ser acionada ao primeiro sinistro que ocorrer (morte ou invalidez) entre as Pessoas Seguras, sendo que o Capital Seguro é igual a 100% para cada uma das Pessoas Seguras. Em caso de sinistro (de uma ou ambas as Pessoas Seguras), o capital a pagar corresponderá a 100% do Capital Seguro da Apólice, ou seja, o valor da indemnização corresponde a um capital seguro, e não a dois.

Nota: Nos seguros sobre duas cabeças, e para as coberturas de Morte e Invalidez, à soma dos prémios de cada Pessoa Segura, aplica-se um desconto de 25%.

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.**

² Ecco salva – Medical Services, LDA, Sociedade comercial por quotas, com sede na Rua Tomás Robeiro, N.º 71 – piso 1 e 2, 1050-277 Lisboa.



O QUE NÃO ESTÁ COBERTO?

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

Sinistros causados ou agravados por doença ou outros eventos que não constituem um acidente: sendo esta Apólice um seguro do ramo de Acidentes Pessoais, não se encontram cobertos quaisquer sinistros que resultem direta ou indiretamente de doenças (como por exemplo um AVC – Acidente Vascular Cerebral), que sejam anteriores ou posteriores ao início do seguro, exceto se essas doenças resultarem direta e inequivocamente de um acidente coberto pela Apólice, e provoquem na Pessoa Segura um evento de morte ou invalidez definitiva. Também não estão cobertos eventuais sinistros que, ainda que resultem de um acidente, sejam substantivamente agravados por doença não relacionada com o acidente, ou que já existia antes do mesmo. Encontra-se também excluída qualquer tipo de invalidez resultante de um esforço físico continuado, planificado ou voluntário, que não se considera acidental, seja no âmbito da vida pessoal ou profissional da Pessoa Segura, ainda que nela provoque danos físicos permanentes, como as hérnias de todos os tipos, as varizes e respetivas complicações, lumbagos, problemas articulares ou posturais e outros de semelhante natureza.

Factos ou atos intencionais e/ou ilícitos, praticados por qualquer um dos intervenientes na Apólice, relativos à Pessoa Segura, e que resultem no seu falecimento 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, para além dos limites do razoável, a não ser que ocorram em legítima defesa ou na tentativa de salvamento de pessoas ou bens. Por último não serão cobertos pelo seguro sinistros que resultem na morte ou invalidez da Pessoa Segura em intervenções cirúrgicas exceto no caso em que estas intervenções sejam necessárias em razão de acidente.

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).

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.

Preexistências: 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.

Incapacidade Definitiva e Temporária: excluem-se da cobertura de Invalidez todas as incapacidades que não sejam definitivas, ou que sendo definitivas sejam inferiores a 66 pontos, de acordo com a definição de Invalidez detalhada na secção de “COMO SE UTILIZAM AS GARANTIAS”. Apenas se encontram cobertos sinistros de Invalidez Temporária nas coberturas complementares: “PACK DE ASSISTÊNCIA MÉDICA”, nos termos definidos na secção de “COMO SE UTILIZAM AS GARANTIAS”.

CONDIÇÕES DE SUBSCRIÇÃO, INÍCIO E DURAÇÃO DO CONTRATO

Este seguro poderá ser subscrito para segurar pessoas com residência em Portugal que tenham entre os 18 e os 69 anos de filios 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 de seguro anual **renovando-se automaticamente todos os anos até aos 70 anos de idade atuarial da Pessoa Segura, exceto para a cobertura de Invalidez, que cessa aos 65 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, e o capital a segurar. Para além destes fatores poderão ser tidos em conta casuisticamente outros fatores médicos.

Antes da subscrição deste contrato, e juntamente com estas Condições de Seguro, o Agente de Seguros entregará ao cliente uma simulação de prémio indicativo.

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 por débito direto. O prémio será exigível a partir do momento em que tanto o Tomador do Seguro como a Pessoa Segura e 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 do 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 em questionário eventualmente fornecido pelo segurador para o efeito.

O Segurador, antes da celebração do contrato, deve esclarecer o eventual Tomador do Seguro ou a Pessoa Segura acerca dos seus deveres de informação, bem como do regime do seu incumprimento, sob pena de incorrer em responsabilidade civil, nos termos gerais.

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 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.
- Será recusado o pagamento do capital seguro se o Segurador demonstrar que em caso algum aceita o risco agravado decorrente da informação omitida ou inexata, sendo que, nesse caso, o Segurador deverá proceder à anulação da Apólice e 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 sabia ser incorreta, ou dela tivesse conhecimento (no caso dessa informação ter sido omitida pelo Tomador do Seguro ou Pessoa Segura);
- Factos que sejam evidentes (públicos e notórios) para o Segurador;
- Em caso de falecimento, uma omissão que tenha sido apenas negligente (não dolosa), quando tenham passado mais de 2 anos desde o início da apólice.

Depois da emissão da Apólice

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



COMO SE UTILIZAM AS COBERTURAS

O que é necessário fazer?

Em caso de falecimento ou invalidez por acidente 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, 1100-580 Lisboa. Para qualquer esclarecimento, estaremos à disposição na Linha de Apoio a Seguros (entre as 08h e as 20h, nos dias úteis – custo de chamada para a rede fixa nacional): **21 122 12 10³**.

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

³ As chamadas terão o custo definido para a rede fixa em função do plano tarifário em serviço utilizado pelo cliente.

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

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

Em caso de falecimento por acidente

Se a Pessoa Segura falecer por 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 do acidente e das doenças que tenham contribuído para o seu falecimento;
- Relatório de Autópsia, com inclusão dos exames laboratoriais (caso tenha sido realizada);
- Relatório / Auto de Polícia;
- Habilitação de herdeiros (se não existem Beneficiários designados na apólice).

Em caso de invalidez definitiva por acidente

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 por acidente.**

Invalidez definitiva por acidente: é a situação em que a Pessoa Segura, em consequência de acidente, é portadora de uma incapacidade funcional permanente no mínimo de 66 pontos, nos termos da Tabela de Avaliação de Incapacidades Permanentes em Direito Civil (Decreto-Lei n.º 352/2007, D.R. n.º 204, Série I de 2007-10-23, anexo II)

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

Para esta valoração 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.

A data de reconhecimento da invalidez será aquela a partir da qual se comprova que a Pessoa Segura está numa situação de incapacidade de acordo com os parágrafos anteriores. Para este efeito, deverá ser entregue ao Segurador a seguinte documentação:

- Relatório Médico atualizado com menção a lesões resultantes do acidente ocorrido e suas consequências, bem como das doenças que possam ter contribuído para a situação de invalidez;
- 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).

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.

Em caso de utilização do Pack de Assistência Médica

As coberturas complementares Pack de Assistência Médica pretendem ajudar ao restabelecimento e/ou acompanhamento do estado de saúde das pessoas sinistradas, via atos médicos de cuidados primários (como a Assistência Médica Domiciliária) ou secundários (como a 2ª Opinião Médica Internacional). Podem ser utilizadas 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.



Assistência Médica Domiciliária

Horário: 24 horas/365 dias por ano

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

Os serviços disponíveis nesta cobertura 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(s) Pessoa(s) Segura(s) 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. Estão incluídas também situações de incapacidade temporária ou definitiva em qualquer percentagem.

Esta cobertura carece de uma chamada telefónica de triagem para aferir da gravidade do caso, e pode incluir observação clínica ao domicílio, com a conseqüente atitude informativa e/ou prescrição de medicamentos, dando sequência aos serviços avaliados, ou finalmente à evacuação para uma unidade hospitalar. O serviço de assistência médica domiciliária estará disponível em caso de acidente ou doença, cobrindo a(s) Pessoa(s) e respetivos filhos ou adotados, desde que sejam solteiros, menores de 25 anos, e habitem com a(s) Pessoa(s) Seguras(s) em situação de dependência económica⁴. O cônjuge da Pessoa Segura não está coberto por esta Apólice, a não ser que se constitua como Pessoa Segura, na modalidade de “Duas Cabeças”. A linha telefónica estará disponível 24H / 365 dias ano, e pode ser utilizada também para apoio imediato e esclarecimento de dúvidas (telemedicina).

Em caso de doença ou acidente de que não resulte incapacidade, as consultas ao domicílio têm um custo unitário de 20,00€ e podem ser utilizadas sem limite durante a vigência da Apólice, a partir do 7º dia após a sua data de início.

Em caso de acidente de que resulte uma incapacidade, as consultas não têm custo até 2 atos por ano. A partir da 3ª consulta no mesmo ano (inclusive), as consultas serão pagas a preços convencionados preferenciais, mediante orçamento a determinar caso a caso pelo prestador.

⁴ Consideram-se incluídos os filhos das Pessoas Seguras em regime de custódia partilhada.

Em caso de acidente de que tenha resultado uma incapacidade temporária ou definitiva em qualquer percentagem, este serviço poderá ser utilizado, além do normal aconselhamento clínico, para certificação da respetiva incapacidade⁵, de forma a garantir o acesso às coberturas seguintes de enfermagem, fisioterapia e conforto, nos casos em que a Pessoa Segura não possua uma declaração médica emitida com essa certificação, onde conste a natureza das lesões, o diagnóstico, e os dias eventualmente previstos de incapacidade. Este tipo de certificação não abrange os filhos, mas apenas a(s) Pessoa(s) Segura(s).

Esta cobertura prevê também um serviço de entrega de medicamentos ao domicílio e organização de transporte de ambulância e/ou táxi, ambos mediante orçamento prévio e a preços reduzidos

Esta cobertura pode ser utilizada por:

Pessoa(s) Segura(s) + Filhos desde que solteiros, menores de 25 anos e habitem com a Pessoa Segura em situação de dependência económica.

Não inclui:

- Cônjuge que não seja Pessoa Segura;
- Despesas com tratamentos;
- Certificação de incapacidade para os filhos.



Assistência Domiciliária de Enfermagem, Fisioterapia e Conforto

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

Estes serviços estão disponíveis exclusivamente para a(s) Pessoa(s) Seguras(s) que estejam em estado de incapacidade total ou parcial, seja temporária ou definitiva, desde que não seja resultante de doença⁶. Para aceder a estes serviços a incapacidade deverá ser certificada, através de declaração médica usual para esse efeito, ou via a certificação referida na cobertura de “Assistência Médica Domiciliária” constante no ponto anterior.

Estes serviços são pagos a preços convencionados preferenciais, mediante orçamento a determinar caso a caso pelo prestador, sendo que até ao limite de 10 atos ou 10 horas por ano (o que ocorrer primeiro), o serviço é gratuito.

Não se encontram abrangidos nestes serviços os filhos da(s) Pessoa(s) Segura(s).

Enfermagem: Consiste na prestação de serviços de enfermagem ao domicílio, em todas as suas especialidades usuais⁷, em coordenação com a equipa de saúde que está a acompanhar a Pessoa Segura, e com possibilidade de acompanhamento em viagem. O serviço inclui relatórios de enfermagem sobre a evolução do estado da saúde da Pessoa Segura, de forma a garantir uma articulação eficaz entre todas as áreas.

⁵ Esta certificação não se aplica à cobertura de Invalidez Definitiva por Acidente (66 pontos).

⁶ A não ser que a doença seja diretamente resultante do acidente.

⁷ De entre os atos de enfermagem incluídos neste serviço, consta a administração de injeções de todo o tipo, soroterapia, pensos, ligaduras de mobilização, remoção de pontos ou agrafos, clisteres, cuidados associados a sonda nasogástrica e sacos para qualquer tipo de estoma, aerossolterapia, aspiração de secreções, irrigações, lavagens, terapêuticas oftalmológicas, avaliação de sinais vitais como glicémia capilar, tensão arterial, temperatura e dor, oxigenoterapia, montagem e ensino de BIPAP e CIPAP. **Não se encontram incluídos no serviço materiais de penso específico, nem sondas de longa duração.**

Fisioterapia: Consiste na prestação de serviços de fisioterapia ao domicílio. Inclui uma avaliação inicial e elaboração de um plano de cuidados continuados, com base no diagnóstico físico-funcional da pessoa sinistrada. Na sequência deste plano, o fisioterapeuta desenvolve um misto de tratamentos ajustados às condições físico-socio_ambientais da Pessoa Segura, que deverá durar cerca de 1 hora. Estes tratamentos serão também adequados às condições físicas do espaço do domicílio da Pessoa Segura.

Conforto: Consiste na prestação de serviços de assistência à Pessoa Segura cuja incapacidade seja impeditiva para a realização de atos normais da vida corrente, pessoais ou do lar. Estão assim incluídos cuidados de higiene, eliminação, alimentação ou mobilização, assim como apoio a deslocações ao exterior, acompanhamento e tarefas domésticas básicas⁸. A prestação destes serviços fica condicionada às condições físicas do espaço de domicílio da Pessoa Segura, não estando incluído qualquer tipo de equipamento.



Personal Care

Horário: das 09h às 18h em dias úteis

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

Os serviços disponíveis nesta cobertura incluem apoio telefónico fornecido por profissionais de saúde, para ajudar à recuperação por acidente de que resulte uma invalidez temporária ou definitiva, independentemente da percentagem da mesma.

Especificamente o serviço prevê o acesso à linha telefónica – 21 122 12 10 – disponível entre as 09H00 e as 18H00 em dias úteis (custo de chamada para a rede fixa nacional), onde será possível acionar esta cobertura.

O serviço Personal Care estará disponível em caso de acidente, cobrindo a(s) Pessoa(s) Seguras(s) e respetivos filhos ou adotados, desde que sejam solteiros, menores de 25 anos, e habitem com a(s) Pessoa(s) Seguras(s) em situação de dependência económica⁹. O cônjuge da Pessoa Segura não está coberto por esta Apólice, a não ser que se constitua como Pessoa Segura, na modalidade de “Duas Cabeças”.

Na sequência da primeira chamada, e tratando-se de um sinistro por acidente, os profissionais de saúde recolhem um conjunto de dados básicos para iniciar o protocolo de acompanhamento que será iniciado por uma chamada de boas-vindas onde será realizado um questionário personalizado de triagem de forma a identificar o perfil da Pessoa Segura e traçar um plano de acompanhamento que não será superior a um ano.

O plano de acompanhamento poderá ser complementado por um processo de InterConsulta, que consiste no recurso a uma 2ª Opinião Médica Internacional. O processo InterConsulta estará disponível em situações decorrentes de acidente ou doença. Os relatórios médicos e exames da Pessoa Segura

⁸ Como exemplo de tarefas domésticas básicas o serviço prevê tratamento de roupas, loiças, e arrumação de casa de banho, quarto e cozinha. Não estão incluídas no serviço tarefas domésticas pesadas.

⁹ Consideram-se incluídos os filhos das Pessoas Seguras em regime de custódia partilhada.

são revistos por um médico especialista internacional, para que este elabore um relatório escrito. O **processo de InterConsulta não se aplica a situações de pequena invalidez de curta duração, condições psiquiátricas, ou condições de saúde que não tenham sido já analisadas por um especialista**, já que a 2ª Opinião será baseada em relatórios médicos e exames já efetuados.

Esta cobertura pode ser utilizada por:

Pessoa(s) Seguras(s) e respetivos filhos ou adotados, desde que sejam solteiros, menores de 25 anos, e habitem com a(s) Pessoa(s) Seguras(s) em situação de dependência económica. O cônjuge da Pessoa Segura não está coberto por esta Apólice, a não ser que se constitua como Pessoa Segura, na modalidade de “Duas Cabeças”.

Não Inclui:

Quaisquer despesas com os tratamentos em curso ou recomendados pelo relatório.



CESSAÇÃO

A cessação do contrato de seguro significa o fim da Apólice e respetiva cobertura de seguro, 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 pode ser resolvido por acordo entre as partes a todo o tempo.

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.

Caducidade

Para as apólices apenas com uma Pessoa Segura (titular único) a apólice cessa ano termo da anuidade em que a Pessoa Segura complete 70 anos de idade atuarial. Para as apólices com duas pessoas seguras (duas cabeças) a apólice deixa de ter efeito para a primeira pessoa segura no termo da anuidade em que atingir essa idade, e continua em vigor para a outra pessoa na modalidade de titular único, cessando no termo da anuidade em que a Pessoa Segura que permaneceu complete 70 anos de idade.

Cessação por falta de pagamento do prémio

Na falta de pagamento do prémio, o Segurador avisará por escrito o Tomador do Seguro, por carta registada, com pelo menos 8 dias de antecedência, da anulação do seguro. Até 10 dias após a anulação, o Tomador do Seguro tem o direito de repor o seguro em vigor nas condições originais do contrato anteriormente anulado e sem necessidade de novo exame médico. O pedido de reposição em vigor deverá ser acompanhado do pagamento do respetivo prémio. Caso a falta de pagamento respeite a um prémio adicional resultante de uma modificação contratual, determina-se a ineficácia da alteração, subsistindo o contrato com o âmbito e nas condições que vigoravam antes da pretendida modificação, a menos que a subsistência do contrato se revele impossível, caso em que se considera resolvido na data do vencimento do prémio não pago.

Situação específica em caso de contratação à distância

Livre Resolução

O contrato pode ser resolvido pelo consumidor no prazo de 30 dias a partir da data da celebração do contrato à distância, ou da data da receção, pelo consumidor, dos termos do mesmo e das informações pré-contratuais legalmente definidas, que serão prestadas mediante a entrega do Documento de Informação sobre o Produto de Seguros, Condições do Seguro e Condições Particulares. Para o exercício do presente direito o consumidor deverá notificar o Segurador mediante comunicação 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 Não 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 Não Vida compromete-se a analisar e responder às reclamações num prazo máximo de 20 dias úteis, após receção das mesmas. O processo de resposta a qualquer reclamação não impede nem prejudica o recurso aos Tribunais, nem a intervenção da entidade reguladora, a Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões, nem a intervenção do Provedor do Cliente.

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 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);
- CCACL -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/>;
- CACCGRAM – Centro de Arbitragem de Conflitos de Consumo da Região Autónoma da Madeira, Site: <http://www.srrh.gov-madeira.pt/>;
- TRIAVE - Centro de Informação e Arbitragem do Vale do Ave, Site: <https://www.triave.eu/>;
- CIAB – Centro de Informação, Mediação e Arbitragem de Consumo, Site: <http://www.ciab.pt/pt/>.

Poderá obter mais informações através do site do Portal do Consumidor - www.consumidor.gov.pt.

A adesão do Segurador à arbitragem fica vinculada às previsões legais existentes no que respeita à adesão obrigatória, sendo casuística nos restantes casos.

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

Relatório sobre a solvência e situação financeira

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



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. 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;
 - iii. 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);
 - 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 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 aegonsantander@aegonsantander.pt e/ou através do seu Encarregado de Proteção de dados, através do e-mail dpo@aegonsantander.pt Pode ainda dirigir reclamações junto da Autoridade de Controlo legalmente estabelecida.
8. Os dados fornecidos deverão ser completos e exatos, sendo 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 atencaoacliente@santander.pt, no Livro de Reclamações disponível em qualquer balcão do Banco Santander Totta, S.A. ou em www.livrodereclamacoes.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.