

CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO “PSN JOVEM”

Cláusula Preliminar:

Este contrato de seguro é regido por estes Termos e Condições Gerais, pelas Condições Particulares e, quando aplicável, pelas Condições Especiais e eventuais adendas/ suplementos a esta apólice de seguro, com sujeição ao disposto no Decreto-Lei 72/2008, de 16 de Abril (Lei do Contrato de Seguro), e na Lei 147/2015, de 09 de Setembro (Regime Jurídico de Acesso e Exercício da Atividade Seguradora e Resseguradora), regulamentação que a desenvolva e, em geral, pela legislação Portuguesa que complementa ou substitua tais leis.

As Condições Particulares e, quando aplicável, as Condições Especiais e eventuais adendas/ suplementos, devem ser assinadas pelas partes, e referir-se-ão expressamente a presente Contrato, constituindo juntamente com o pedido de subscrição do seguro e as presentes Condições Gerais e seus anexos, se os houver, em conjunto, a Apólice de Seguro “PSN JOVEM”.

Sempre que não estejam em causa disposições legalmente imperativas, prevalecerá o que seja acordado entre as partes no que esteja à sua disposição. Em caso de conflito entre as partes, as Condições Particulares prevalecem sobre as Gerais e, se for o caso, sobre as Especiais.

Artigo 1.º Definições

Para efeitos da presente apólice, entende-se por:

- **MÚTUA, SEGURADORA ou ENTIDADE SEGURADORA:** PREVISIÓN SANITARIA NACIONAL, PSN, MÚTUA DE SEGUROS Y REASEGUROS A PRIMA FIJA, companhia de seguros de direito espanhol, com sede social em Madrid, Calle de Génova, número 26, CP 28004, matriculada no Registo Comercial de Madrid, no tomo 4.071, livro 0, secção 33, folha M-67736, com o código de identificação fiscal (C.I.F.) V-28230688, autorizada pela Dirección General de Seguros del Ministerio de Economía y Competitividad del Estado Español e estando devidamente registada no Registo de Entidades Seguradoras y Reaseguradoras dessa entidade com o código M0377 e sua sucursal em Portugal PREVISIÓN SANITARIA NACIONAL, PSN, Mútua de Seguros y Reaseguros a Prima Fija - Sucursal em Portugal, matriculada na Conservatória do Registo Comercial de Lisboa, com o número único de matrícula e de pessoa coletiva 980384087, com local de representação em 1000-304 Lisboa, na Avenida João XXI, número 70, r/c do., autorizada pela Autoridade Portuguesa de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões, estando registada com o código 1180, entidade emissora desta apólice que, na sua condição de Seguradora e mediante o recebimento efetivo do prémio, assume a cobertura dos riscos cobertos, nos precisos termos e condições da presente Apólice.
- **TOMADOR DO SEGURO:** Pessoa singular ou coletiva que, preenchendo os requisitos exigíveis para adquirir a condição de Mutualista, subscreve com a Entidade Seguradora o contrato de seguro de que estas Condições Gerais fazem parte e assume os direitos e os deveres decorrentes do mesmo, salvo aqueles que, pela sua natureza, correspondem à Pessoa Segura ou ao Beneficiário.
- **SEGURADO ou PESSOA SEGURA:** A pessoa singular cuja vida, saúde ou integridade física, nos termos e condições deste contrato, se cobre o risco e é a titular dos interesses objeto deste Contrato. Caso seja pessoa diversa do Tomador, não adquirirá a condição de mutualista (que corresponde ao tomador) e será necessário o seu consentimento, por escrito, para a contratação da Apólice, assumindo os direitos e as obrigações que para ele derivam deste Contrato.
- **BENEFICIÁRIO:** Pessoa singular ou coletiva designadas pelo Tomador do Seguro ou por pessoa a favor da qual aquele tenha validamente cedido a faculdade de o designar, como titular do direito a receber, no seu lugar, as prestações previstas neste contrato de seguro. Se não existirem beneficiários expressamente designados, aplicam-se, para a sua determinação, as regras estabelecidas no artigo 11.º das presentes Condições Gerais.
- **BOLETIM DE ADESÃO:** Impresso ou impressos disponibilizados pela Entidade Seguradora e subscritos conjuntamente pelo Tomador e pelo Segurado, através do qual este solicita a contratação da Apólice, descrevendo o risco que se deseja segurar e declarando os dados e circunstâncias relevantes, designadamente os relativos ao seu estado de saúde e os demais que possam influenciar a valoração do risco pela Seguradora.
- **APÓLICE:** Documento que titula o contrato celebrado entre o Tomador de Seguro e a Entidade Seguradora, do qual fazem parte integrante as condições gerais, especiais e particulares, as adendas e atas adicionais que se emitam para completá-lo ou modificá-lo, bem como a Proposta de Seguro, os questionários médicos e o conjunto dos relatórios e exames que os complementem.
- **PRESTAÇÃO:** Obrigação pecuniária assumida pela Entidade Seguradora perante a Pessoa Segura ou Beneficiário caso ocorra um sinistro durante a vigência do Seguro. O valor máximo seguro para cada garantia contratada figurará nas Condições Particulares desta Apólice.
- **PRÉMIO:** Preço do seguro, acrescido dos encargos, fiscais e para-fiscais, que lhe aplicáveis, correspondente à contrapartida pela(s) cobertura(as) contratuais.
- **NOTA DISCRIMINATIVA DOS PRÉMIOS:** Nas Condições Particulares, e ainda sempre que tal decorra das garantias contratadas, proceder-se-á a uma discriminação numérica dos prémios.
- **FRANQUIA:** Número de dias consecutivos, contados desde o início da ocorrência do Sinistro, durante os quais não será paga qualquer indemnização conforme acordado nas Condições Particulares, ficando tal período por conta e encargo do Segurado.
- **PERÍODO DE CARÊNCIA:** Período de tempo medeia entre a data de entrada em vigor deste Contrato de Seguro e a entrada em vigor da(s)

garantia(s) contratada(s), durante o qual esta(s) não está(ão) em vigor, não podendo ser invocadas.

- **SINISTRO:** Ato/facto cujas consequências estão cobertas por alguma das garantias desta Apólice. Considera-se que constitui um único sinistro o conjunto de danos, sequelas e consequências derivadas de um mesmo ato/facto.
- **ACIDENTE:** Sem prejuízo da concreta delimitação do risco fixada no presente Contrato, entende-se por acidente a lesão corporal que resulte de uma causa violenta, súbita, externa, imprevisível e alheia à vontade Segurado e que provoque a Incapacidade ou o falecimento deste.
- **ACIDENTE PROFISSIONAL:** Todo o acidente que ocorra no tempo e local habitual de trabalho, no caminho de ida e regresso ao trabalho (“in itinere”) ou em qualquer lugar durante a prestação de atividades determinadas pelo empregador ou por ele consentidas, inerentes à ocupação profissional que foi declarada na subscrição deste Seguro e/ou seja abrangida nas Condições Particulares.
- **INCAPACIDADE:** Perda anatômica ou funcional que impeça a Pessoa Segura de desempenhar as tarefas do dia-a-dia, necessitando da assistência de uma terceira pessoa para a realização das mesmas.
- **IDADE ACTUARIAL:** É a idade da Pessoa Segura, calculada desde a data de aniversário mais próxima mesmo que este ainda não se tenha verificado.
- **PROPOSTA DE SEGURO:** O documento que titula a declaração de vontade do Tomador de Seguro na celebração do contrato de seguro.
- **CAPITAL SEGURO:** valor máximo da prestação a pagar pela Entidade Seguradora por sinistro, nos termos estabelecidos nas presentes Condições Gerais e nas Condições Particulares do contrato de seguro.

Artigo 2.º Bases do Contrato

1. O presente contrato de seguro tem por base os dados fornecidos pelo Tomador de Seguro e necessariamente pela Pessoa Segura, respetivamente na Proposta de Seguro e no questionário médico por eles subscritos, relativamente ao seu estado de saúde, sua atividade profissional/laboral declarada e sobre os rendimentos económicos anuais por si obtidos na prestação daquela atividade, conforme com o exigido no questionário fornecido pela Entidade Seguradora. Os referidos documentos, juntamente com os relatórios/atestados médicos que a Entidade Seguradora considerar necessários para a avaliação correta do risco a cobrir, constituem, juntamente com a apólice, um todo unitário e a base do seguro. A declaração sobre o estado de saúde deve fornecer respostas o mais extensas, detalhadas e completas possível, declarando toda a circunstância conhecida que se deva ter por razoavelmente significativa e que possa influir, por qualquer forma, na apreciação pela Entidade Seguradora do risco que lhe é proposto, ainda que não solicitada no questionário.

O Tomador de Seguro e a Pessoa Segura têm o dever de declarar à Entidade Seguradora, de acordo com o questionário de saúde submetido por esta, previamente à conclusão do contrato ou a qualquer modificação ou ampliação do mesmo, todas as circunstâncias por eles conhecidas que possam influir na valoração do risco.

As declarações prestadas pelo Tomador de Seguro e/ou pela Pessoa Segura à Entidade Seguradora e/ou ao médico designado por esta, seja na Proposta de Seguro seja no questionário a que tenha respondido ou em qualquer outro documento são determinantes na aceitação do risco por parte da Entidade Seguradora, na fixação do prémio, e da própria existência e subsistência do contrato e de todas as obrigações derivadas do mesmo.

2. Uma vez recebida a Proposta de Seguro, a Entidade Seguradora reserva-se em cada caso o direito a recusar celebrar o contrato e emitir a respetiva Apólice, notificando o requerente dessa decisão.

Se o conteúdo da apólice diferir da proposta de seguro ou das cláusulas acordadas, o Tomador do Seguro poderá reclamar dessa desconformidade à Entidade Seguradora, no prazo de 30 (trinta) dias contados da data da entrega da apólice, para que se sane a divergência existente. Decorrido o prazo referido sem que a reclamação tenha sido efetuada, atender-se-á apenas ao disposto na apólice, salvo quando as divergências invocadas resultarem de documento escrito ou de outro suporte duradouro.

3. **O Contrato de seguro (i) será nulo, salvo nos casos legalmente previstos, se aquando da sua celebração o Tomador ou o Segurado tinha conhecimento que o risco tinha cessado ou não tinha um interesse digno de proteção legal relativamente ao risco coberto, (ii) não produz efeitos relativamente a um risco que não chegue a existir e (iii) não cobre riscos anteriores à data da celebração do contrato quando o Tomador ou o Segurado deles tivesse conhecimento nessa data.**
4. **Se o Tomador e/ou o Segurado agir com dolo na prestação das suas declarações sobre circunstâncias significativas para a apreciação do risco pela Entidade Seguradora, esta poderá anular o contrato mediante envio de declaração escrita, a qual, não tendo ocorrido sinistro, será enviada no prazo máximo de 3 (três) meses a contar do seu conhecimento do incumprimento doloso daqueles deveres de informação, ficando liberada da obrigação de cobrir sinistros que ocorram antes de ter tido tal conhecimento ou no decurso daquele prazo de 3 meses, tendo direito ao prémio devido ou até ao final desse mesmo prazo (salvo se tiver concorrido dolo ou negligência grosseira do Segurador ou seu representante) ou até ao final do prazo do contrato nos casos de dolo do Tomador e/ou o Segurado com o propósito de obter uma vantagem.**

Se o incumprimento dos referidos deveres por parte do Tomador e/ou Segurado decorrer de negligência, a Entidade Seguradora pode enviar uma declaração escrita, no prazo de 3 (três) meses a contar do seu conhecimento daquele incumprimento ou (i) propondo uma alteração do contrato (fixando-lhes então um prazo não inferior a 14 (catorze) dias para aceitação, ou caso ali a admita, contraposta, caso em que o contrato cessará efeitos 20 dias após a receção pelo Tomador/Segurado da proposta de alteração caso este não responda ou a rejeite) ou (ii) fazer cessar o contrato, demonstrando aí que em caso algum celebra contratos cobrindo riscos relacionados com o facto omitido ou declarado inexatamente (caso em que o contrato cessa efeitos 30 dias após o envio dessa declaração de cessação), e o prémio apenas é devolvido "pro rata temporis" em face da cobertura do risco que tenha tido lugar.

Se antes dessa cessação ou alteração do contrato de seguro ocorrer um sinistro cuja verificação ou consequências tenham sido influenciadas por facto relativamente ao qual tenha havido omissões ou inexactidões negligentes: a) a Entidade Seguradora cobre o sinistro na proporção da diferença entre o prémio pagamento e o prémio que seria devido, caso, aquando da celebração do contrato, tivesse conhecido o facto omitido ou declarado inexatamente; ou b) a mesma, demonstrando que, em caso algum, teria celebrado o contrato e aceite o risco se tivesse conhecido o facto omitido ou declarado inexatamente, não cobre o sinistro e fica apenas vinculada à devolução do prémio.

5. Se o conteúdo da Apólice ou do Certificado Individual diferir da Proposta de seguro, do Boletim de adesão ou das cláusulas acordadas, o Tomador ou o Segurado poderá(ão) exigir à Entidade Seguradora que, no prazo de um mês a contar da entrega da apólice ou do certificado individual, seja sanada a divergência existente. Decorrido esse prazo sem que a reclamação tenha sido efetuada, atender-se-á ao disposto na Apólice ou no Certificado Individual do seguro.
6. O Tomador de Seguro, ou se aplicável o Segurado, poderá através de carta registada expedida nos 30 (trinta) dias seguintes à data em que a Entidade Seguradora lhe entregou a Apólice ou um documento provisório de cobertura, resolver unilateralmente o Contrato de Seguro. A partir da data de envio dessa carta, cessará a cobertura do risco por parte da Entidade Seguradora e o Tomador do Seguro, ou se aplicável o Segurado, terá direito à devolução do Prémio que tenha pagamento, exceto na parte correspondente ao período de tempo em que o Contrato tenha estado em vigor.
7. O Contrato de Seguro e suas ampliações são incontestáveis quanto a omissões ou inexactidões negligentes na declaração inicial do risco decorrido 1 (um) ano sobre a sua celebração ou sobre a entrada em vigor da cada uma das ampliações, mas já não quando o Tomador ou o Segurado tenham agido com dolo.
8. Em caso de indicação inexacta da data de nascimento do Segurado, a Entidade Seguradora só poderá impugnar o contrato de seguro caso a idade verdadeira do Segurado no momento da entrada em vigor do contrato exceder os limites de admissão/elegibilidade por ela fixados.
9. Nos demais casos, se como consequência de uma declaração inexacta de idade da Pessoa Segura, se o Prémio pago for inferior ao que lhe corresponderia, a prestação da Entidade Seguradora reduz-se na proporção do prémio pagamento.
Se, pelo contrário, o Prémio pago for superior ao que deveria ter sido cobrado, a Entidade Seguradora está obrigada a devolver o prémio em excesso.
10. Em caso de extravio, furto ou destruição da Apólice, o Tomador do Seguro notificará a Entidade Seguradora por correio registado a qual, de acordo com as disposições legais vigentes, lhe emitirá um duplicado.

Artigo 3º. Limites à Contratação (Exclusões automáticas)

1. Por idade: Regra geral não poderão contratar este seguro como Segurados as pessoas menores de dezoito (18) anos, as legalmente declaradas incapazes, nem as pessoas com idade superior a trinta e cinco (35) anos. Para este efeito, entender-se-á como idade da Pessoa Segura a Idade Actuarial tal como definida no artigo 1 destas Condições Gerais.
2. Por estado de saúde: Também não poderão segurar-se e, em qualquer caso, o seu seguro será de pleno Direito nulo quanto a elas, as pessoas afetadas, anteriormente à contratação do Seguro, por qualquer doença, lesão, sequela ou deficiência física ou psíquica não declarada por ocasião do preenchimento do questionário de saúde pelo Tomador do Seguro ou pela Pessoa Segura, nem conhecida e expressamente aceite pela Entidade Seguradora.

Não poderão igualmente segurar-se e, em qualquer caso o seguro será de pleno Direito nulo quanto a elas, pessoas padecendo de: cegueira total, miopia com mais de 12 (doze) dioptrias, glaucoma, surdez total, demência, paralisia, apoplexia, epilepsia, diabetes, síndrome de imunodeficiência adquirida (SIDA), portadores do vírus de imunodeficiência humana (VIH), doenças da medula espinal, sífilis, encefalite letárgica, arteriosclerose grave, alcoolismo, toxicod dependência, as que tenham sofrido ataques de apoplexia ou de "delirium tremens" e, em geral, que padeçam de qualquer lesão, sequela, doença crónica ou deficiência física ou psíquica que diminua a sua capacidade em comparação com uma pessoa fisicamente íntegra e de saúde normal.

Se durante a vigência do contrato de seguros as pessoas seguras apresentarem qualquer destas patologias, o seu seguro cessa e deixará doravante de produzir efeitos, com referência ao momento em que se produzir a primeira manifestação de qualquer delas, ficando a Entidade Seguradora obrigada a devolver-lhe a parte do prémio não consumida desde a data em que lhe foi comunicado tal facto.

3. Pelo local de residência do Segurado: Não poderão segurar-se pessoas cujo domicílio e residência habitual estejam situados fora do território português.

Artigo 4º. Objeto e extensão do Seguro

As coberturas que o Tomador do Seguro pode contratar são as seguintes:

1. Falecimento da Pessoa Segura por Acidente: Através da presente cobertura, a Entidade Seguradora garante ao(s) Beneficiário(s) designado(s) o pagamento do Capital Seguro estabelecido, para o efeito, nas Condições Particulares, em caso de morte da Pessoa Segura como consequência direta de um acidente coberto pela Apólice, quer esta ocorra imediatamente, quer dentro do prazo máximo de 365 dias seguintes ao mesmo e sempre que tanto o acidente como o falecimento ocorram durante a vigência da apólice.

O Beneficiário poderá dispor de um adiantamento de até 3.000,00 euros, por conta do pagamento do capital seguro, para atender às despesas comprovadas urgentes derivadas do falecimento acidental da Pessoa Segura, mediante prévia justificação documental da ocorrência da sua morte.

Ao capital devido ao Beneficiário, serão deduzidos, se aplicável, os pagamentos efetuados pela Entidade Seguradora a título de indemnização por força de todas as coberturas complementares que derivem de uma incapacidade Permanente. A cobertura por falecimento fica sem efeito quando a Pessoa Segura, por conta de indemnizações por Incapacidade Permanente (absoluta ou tabelada) devida a acidente, tenha recebido um montante equivalente a 100% do capital Segurado por falecimento por acidente.

As divergências relativas à relação causal direta entre o acidente e a morte serão dirimidas por relatório produzido por peritos médicos, conforme previsto nos artigos 102º e 50º da Lei do Contrato de Seguro (DL 72/2008).

A presente cobertura será anulada se a Pessoa Segura, em consequência de uma indemnização por invalidez permanente por acidente, tenha sido indemnizada em montante equivalente a 100% do capital seguro.

Exclusões da presente cobertura:

- a) Todas as referidas no artigo 5.º das Condições Gerais.
- b) Os acidentes sofridos pela Pessoa Segura menor de 25 anos quando circule em motociclos, independentemente da sua cilindrada.
- c) Os acidentes sofridos pela Pessoa Segura maior de 25 anos quando circule em motociclos de cilindrada superior a 250 centímetros cúbicos.

2. Incapacidade Permanente Total por Acidente não Tabelada: Para efeitos da presente cobertura, entende-se por Incapacidade Permanente Total a situação física ou psicológica irreversível que impossibilite por completo a Pessoa Segura de manter qualquer relação laboral ou atividade profissional.

Mediante a presente cobertura e uma vez verificado o sinistro, a Entidade Seguradora garante ao(s) Beneficiário(s) designado(s) o pagamento do Capital Seguro estabelecido, para o efeito, nas Condições Particulares, como consequência direta de um acidente coberto pela presente Apólice, quer a Incapacidade Permanente Total ocorra imediatamente, quer dentro do prazo máximo de 365 dias seguintes ao acidente.

Exclusões da presente cobertura:

- a) As estabelecidas com carácter geral no artigo 5º destas Condições Gerais.
- b) Os acidentes sofridos pela Pessoa Segura menor de 25 anos quando circule em motociclos, independentemente da sua cilindrada.
- c) Os acidentes sofridos pela Pessoa Segura maior de 25 anos quando circule em motociclos de cilindrada superior a 250 centímetros cúbicos.

3. Incapacidade por Acidente: Para efeitos da presente cobertura, entende-se por incapacidade a perda anatômica ou funcional que impeça a Pessoa Segura de desempenhar as tarefas do dia-a-dia, necessitando da assistência de uma terceira pessoa para a realização das mesmas.

Mediante a presente cobertura e uma vez verificado o sinistro, a Entidade Seguradora garante ao(s) Beneficiário(s) designado(s) o pagamento do Capital Seguro estabelecido, para o efeito, nas Condições Particulares, em caso de Incapacidade como consequência direta de um acidente coberto pela presente Apólice, quer esta ocorra imediatamente, quer dentro do prazo máximo de 365 dias seguintes ao mesmo.

Exclusões da presente cobertura:

- a) As estabelecidas com carácter geral no artigo 5º destas Condições Gerais.
- b) Os acidentes sofridos pela Pessoa Segura menor de 25 anos quando circule em motociclos, independentemente da sua cilindrada.
- c) Os acidentes sofridos pela Pessoa Segura maior de 25 anos quando circule em motociclos de cilindrada superior a 250 centímetros cúbicos.

4. Incapacidade Laboral Temporária da Pessoa Segura, por Acidente: Para efeitos desta cobertura, entende-se por incapacidade laboral temporária a lesão suscetível de determinação objetiva que impossibilite temporariamente para a profissão ou atividade declarada e mencionada nas Condições Particulares e/ou no Certificado Individual de Seguro, sempre e quando a Pessoa Segura precise de tratamento médico ou cirúrgico para a cura ou melhoria da lesão.

Mediante a presente cobertura e uma vez verificado o sinistro, a Entidade Seguradora garante ao(s) Beneficiário(s) designado(s) o pagamento da quantia diária estabelecida, para o efeito, nas Condições Particulares, que não poderá ser superior à perda económica derivada da incapacidade. Nas Condições Particulares serão estabelecidas (i) a franquia e (ii) a duração máxima do pagamento da prestação contratada.

A prestação desta cobertura será determinada pelo conteúdo dos relatórios médicos produzidos pelo médico designado pela Mútua. Tudo sem prejuízo do direito da Pessoa Segura a nomear o seu próprio perito de acordo com o artigo 102º e 50º da Lei do Contrato de Seguro (DL 72/2008). Para estes

efeitos não serão vinculativas as declarações de baixa emitidas por médicos que não os dos serviços de saúde estatais.

A Pessoa Segura, para ter direito a esta prestação, obriga-se a permitir que a Mútua possa realizar os exames médicos que considere necessários para o efeito, através de perito médico nomeado pela Mútua, bem como a facilitar-lhe toda a informação relativa ao acidente.

Quando as consequências de um acidente sejam agravadas pela ação de uma doença ou de um defeito físico preexistente, não expressamente declarado e aceite pela Mútua, qualquer que seja a sua natureza ou origem, calcular-se-á a prestação, não pela duração real que haja durado a incapacidade, mas sim pela duração se verificaria numa pessoa completamente sã.

A prestação diária começará a ser devida uma vez decorrido o período de franquia fixado nas Condições Particulares, sempre que o Tomador e/ou a Pessoa Segura notifiquem o Sinistro à Mútua dentro dos sete dias seguintes ao início dessa incapacidade laboral temporária.

Decorrido tal prazo sem que a Mútua tenha conhecimento do Sinistro, considerar-se-á como data de início da incapacidade o dia da notificação por escrito do mesmo e/ou da apresentação de solicitação da prestação, de forma que a partir de tal data se iniciará o período da franquia e só decorrido este, passará a ser devida tal prestação.

Exclusões específicas para a cobertura por Incapacidade Laboral Temporária:

- a) As estabelecidas com carácter geral no artigo 5º destas Condições Gerais.
- b) Infertilidade, gravidez, aborto, seja natural ou provocado, e o parto, bem como qualquer tratamento ou consequência de tais eventos.
- c) Qualquer doença derivada ou relacionada com o VIH (Síndrome de Imunodeficiência Adquirida-SIDA, incluindo os quadros derivados de mutações ou variantes) e/ou com a Hepatite C, seja qual for, em todos os casos, o seu mecanismo de transmissão.
- d) Todas as doenças mentais, síndrome orgânico cerebral e/ou transtorno mental orgânico, esquizofrenias e psicoses não esquizofrénicas, transtornos da personalidade, ansiedade e stress, bem como todas as doenças descritas nos manuais de diagnóstico da OMS e da Associação Americana de Psiquiatria: CIE-9 de 290 a 319, CIE-10 de F-00 a F-99 e, por último, o DSM-III-R de 290.00 a 319.00, bem como os 799.90, os 780.50 e os códigos V, incluindo em suas futuras revisões.
- e) Cirurgia plástica e/ou reparadora, com intenção estética, salvo quando seja consequência de uma doença ou acidente ocorridos durante a vigência do seguro.
- f) Qualquer tratamento odontológico, com intenção estética, reabilitadora ou com outro fim, salvo quando seja consequência de uma doença ou acidente ocorridos durante a vigência da Apólice. Não ficarão excluídos os processos agudos por acidente ocorrido durante a vigência da Apólice quando requeiram internamento hospital e durante o tempo que este dure.
- g) Síndromes e manifestações clínicas derivadas de patologias crónicas e/ou degenerativas do aparelho locomotor, especialmente aquelas cujo tratamento seja meramente paliativo.
- h) Hérnias discais de qualquer causa e localização, bem como as suas consequências.
- i) Síndromes dolorosas inespecíficas sem diagnóstico de causa.
- j) Fibromialgia e síndrome de fadiga crónica.
- k) Tratamentos e/ou agravamentos ou reagudizações de doenças ou de processos patológicos preexistentes que não tenham sido declarados e expressamente aceites pela Mútua.
- l) Qualquer tratamento médico ou processo cirúrgico que tenha lugar fora de Portugal, salvo em quadros agudos verificados durante tal estadia, suficientemente justificados, ou salvo autorização expressa da Mútua.

Em qualquer caso a cobertura fica sem efeito quando o Segurado:

- Altere o seu domicílio para o fixar fora de Portugal, salvo quando a Entidade Seguradora aceite expressamente a manutenção do seguro, dentro dos 15 dias seguintes a ter recebido a notificação do Segurado dessa alteração.
- Cesse a sua atividade profissional.
- Receba uma prestação ou subsídio por desemprego.
- Receba uma pensão de reforma ou por Incapacidade Permanente Total da Pessoa Segura.

Cessa esta prestação no momento em que o Segurado possa retomar as suas ocupações profissionais, mesmo que apenas parcialmente e ainda que não tenha recebido alta da Segurança Social, e em qualquer caso, quando se tenha esgotado o período máximo de prestação fixado nas Condições Particulares ou se verifique qualquer dos casos de extinção de cobertura estabelecidos no parágrafo anterior.

5. Hospitalização da Pessoa Segura por acidente: Mediante a presente cobertura, a Entidade Seguradora garante ao Beneficiário(s) designado(s) o pagamento da indemnização diária estabelecida nas Condições Particulares por cada dia de hospitalização necessário em consequência de um Acidente coberto pela Apólice, desde que o internamento seja por um período mínimo de (24) vinte e quatro horas e máximo de (6) seis meses.

Não se considerarão hospitais, para efeitos deste seguro, as residências, asilos, termas, casas ou clínicas de convalescença, instalações especialmente dedicadas ao internamento e/ou tratamento de toxicódependentes ou alcoólicos, ou de aplicação de métodos de emagrecimento, repouso, rejuvenescimento ou similares.

Exclusões desta cobertura:

- a) As estabelecidas com carácter geral no artigo 5º destas Condições Gerais.
- b) Os internamentos em termas, centros sociosanitários e similares, mesmo que seja com fins terapêuticos.

- c) A hospitalização como consequência de cirurgia plástica reparadora ou estética. Entende-se por cirurgia Reparadora a que tem objetivo corrigir deformações ou cicatrizes na superfície corporal da pessoa derivadas de um acidente e tendentes a restituir o aspeto que tinha antes de se produzir o acidente. Entende-se por cirurgia Estética a que tem por objetivo modificar o aspeto corporal da Pessoa Segura não alterado como consequência de um acidente.

Artigo 5º. Riscos Excluídos

1. Ficam excluídos de todas as coberturas e garantias da Apólice, além das limitações específicas para cada uma delas, os factos e situações seguintes:

- a) Os factos que não se subsumam ao conceito de acidente à luz da Lei do Contrato de Seguro (cfr. artigo 210.º do DL 72/2008) conforme definição do Art.1. destas Condições Gerais. Em nenhum caso será vinculativa uma definição de acidente prevista na legislação laboral ou da Segurança Social, uma vez que esta Apólice, para efeitos deste Contrato de seguro, se rege exclusivamente pela Lei do Contrato de Seguro (DL 72/2008) e demais regulamentação seguradora mencionada nas Condições Gerais desta Apólice. Em particular excluem-se as doenças de todas as classes ou categorias, qualquer que seja a sua origem, bem como os seus efeitos, complicações e sequelas. Entre elas incluem-se expressamente as doenças infecciosas, mesmo que derivadas de picadas de insetos ou de outras causas externas de contágio (VIH, hepatite, malária, paludismo, febre amarela, doença do sono, etc.) bem como as designadas profissionais, qualquer que seja o lugar em que se produzam ou a atividade desenvolvida pela Pessoa Segura, ainda que qualificadas como acidente de trabalho.
- b) De forma específica, os enfartes do miocárdio, as embolias, trombozes, apoplexias, derrames cerebrais e qualquer dos denominados acidentes vasculares, seja qual for a sua causa e ainda que na sua origem e produção haja incidido direta ou indiretamente qualquer possível causa externa (stress, pressão ambiental, excesso de trabalho, etc.) mesmo quando qualificados como acidentes de trabalho.
- c) As lesões e doenças que sejam consequência de intervenções cirúrgicas e de tratamentos médicos não motivados diretamente por um acidente coberto pela Apólice.
- d) Os coágulos e hemorragias do globo ocular, córnea, cristalino e retina, bem como os desprendimentos de retina, mesmo quando se produzam como consequência de um acidente não excluído, sofridos por pessoas que padeçam de uma miopia compreendida entre as 8 e as 12 dioptrias.
- e) As intoxicações ou envenenamento por ingestão de produtos alimentares ou farmacêuticos.
- f) Os relacionados com o consumo de drogas e estupefacientes não prescritos medicamente e os que ocorram quando a Pessoa Segura se encontra numa situação de alienação mental, embriaguez ou sob o efeito de drogas tóxicas ou de estupefacientes. Para estes efeitos considera-se que existe embriaguez quando o grau de álcool no ar expirado ou no sangue seja superior ao permitido na legislação sobre tráfego ou segurança rodoviária e de circulação de veículos a motor.
- g) Os que tenham lugar conduzindo a Pessoa Segura um veículo a motor sem estar na posse de autorização de condução abrangendo o veículo utilizado, bem com os acidentes sofridos pela Pessoa Segura quando circule em motocicletas de cilindrada superior a 250 centímetros cúbicos. Os acidentes de Circulação utilizando qualquer meio de transporte que não esteja autorizado a circular no lugar onde se produziu o acidente.
- h) As produzidas por ocasião de conflitos armados (haja ou não declaração de guerra), terrorismo, revolta, insurreição, distúrbios da ordem pública e, em geral todos os riscos extraordinários suscetíveis de cobertura por um Fundo de Garantia legal ou mecanismo/organismo que o substitua, de acordo a legislação vigente.
- i) Os motivados por exposição deliberada a perigos desnecessários/evitáveis, salvo quando tentando salvar alguma vida humana.
- j) Os originados por ocasião de rixas ou confrontos (salvo em caso de legítima defesa), situações de tentativa ou de consumação de delitos criminais pela própria Pessoa Segura.
- k) Aqueles que a Pessoa Segura possa vir a sofrer por ocasião da prática de alguma das atividades que se mencionam de seguida:
 - A prática profissional de qualquer desporto.
 - A prática, mesmo que amadora, dos seguintes desportos:
 - * Automobilismo, karting e motociclismo, em qualquer das suas modalidades.
 - * Participação em provas e competições de velocidade e de resistência com veículos de motor, inclusive nos treinos oficiais ou privados.
 - * Motas de água, esqui, paraquedismo aquático e atividades subaquáticas com aparelhos de respiração autónoma e em geral os acidentes marítimos, com exceção dos ocorridos nos transportes públicos ou os ocorridos durante a navegação desportiva à distância máxima autorizada pela licença do condutor/patrão da embarcação e no máximo a 60 milhas náuticas da costa.
 - * Atividades aéreas tais como aerostação, paraquedismo, parapente, planador, moto-planador, aviões ultraleves, asa delta, voo livre, voo sem motor e, em geral, qualquer viagem aérea em que a Pessoa Segura tenha condições diferentes da de simples passageiro em aeronaves devidamente autorizadas para o transporte público de passageiros.

- * Pólo e desportos hípicos.
 - * Bobsleigh, esqui acrobático, esqui fora de pistas, esqui com saltos de trampolim e esqui de travessia ou de montanha.
 - * Participação em competições e provas preparatórias de qualquer modalidade de esqui.
 - * Alpinismo, escalada, espeleologia ou acidentes em rocódromos. Entende-se por alpinismo a ascensão a montanhas com uma altura superior a 2.500 (dois mil e quinhentos) metros, independentemente de haver ou não neves perpétuas ou do seu grau de dificuldade. Entende-se por escalada a prática desportiva que consiste em subir paredes de pedra ou gelo mais ou menos verticais utilizando as mãos e os pés como pontos de apoio, mediante técnicas e materiais específicos para a progressão e segurança.
 - * Râguebi e futebol americano.
 - * Hóquei em relvado, hóquei em patins e hóquei no gelo.
 - * Boxe, artes marciais e qualquer tipo de luta corporal.
 - * Ciclismo em competição.
 - * Desportos de aventura tais como rafting, bungee jumping, hidrospeed, hidro-trenó, hidrobob, canoagem, canoagem em águas bravas e, em geral, qualquer desporto em águas bravas.
 - * Halterofilia, corte de troncos e levantamento de pedras.
 - * Utilização de armas de fogo e o exercício da caça.
 - * Outros desportos e atividades de nova criação cujos riscos possam ser considerados similares aos descritos nos pontos anteriores.
 - * Os acidentes ocorridos por ocasião de expedições, missões ou deslocações fora do país de residência habitual para realizar atividades de qualquer tipo (lúdicas, desportivas, de exploração, profissionais, científicas, humanitárias, etc.) que pelas suas características ou finalidades, pelo lugar em que se desenvolvem ou por outras circunstâncias impliquem um aumento do risco ou perigo superior ao de uma viagem turística, científica ou profissional normal.
- l) Os acidentes ocorridos como consequência de touradas, rodeios ou lides com animais bravos.
- m) Os acidentes causados por artefactos pirotécnicos no caso de participação ativa da Pessoa Segura.
- n) As consequências ou sequelas de acidentes ocorridos antes da entrada em vigor deste seguro ou da data de pagamento do primeiro recibo, se posterior, mesmo que aquelas se manifestem durante a vigência do seguro.
- o) O agravamento das consequências de um acidente por uma doença ou incapacidade preexistentes ou sobrevindas depois de ocorrer aquele e por causa independente do mesmo. A Entidade Seguradora responderá somente pelas consequências que o acidente provavelmente teria provocado sem a intervenção agravante de tais circunstâncias.

Artigo 6.º. Modificação do risco

1. O Tomador do Seguro e a Pessoa Segura estão obrigados a notificar à Entidade Seguradora, no prazo máximo de 14 (catorze) dias contados do seu conhecimento, todas as circunstâncias que modifiquem o risco segurado e particularmente aquelas que extravasem os limites da contratação estabelecidos no artigo 3.º destas Condições.
2. Se o Tomador do Seguro ou a Pessoa Segura, atuando dolosamente e com o objetivo de obterem uma vantagem, não comunicar(em) o agravamento do risco e ocorrer um sinistro cuja ocorrência ou consequência tenha sido influenciada por aquele, a Entidade Seguradora fica liberada da sua prestação, tal como fica liberada do pagamento dessa prestação se demonstrar que, mesmo sem aquele dolo e/ou intenção, em caso algum celebra contratos que cubram riscos com as características resultantes daquele agravamento.

Artigo 7.º. Realização/materialização do risco e tramitação do Sinistro

A. Declaração e informação do Sinistro:

O Tomador do Seguro, a Pessoa Segura ou os Beneficiários deverão comunicar à Entidade Seguradora o sinistro ou o facto determinante da realização do risco seguro dentro do prazo máximo de oito dias imediatos àquele em que o sinistro ocorra ou que dele tenham conhecimento, devendo apresentar a documentação que se indica nos parágrafos seguintes, em original ou, se necessário, devidamente legalizada, autenticada ou certificada.

O incumprimento por parte do Tomador ou dos Beneficiários do dever de informar a Mútua acerca das circunstâncias e consequências do sinistro, provoca a perda de cobertura e direito à indemnização se agirem com dolo e o incumprimento dos seus deveres determinar dano significativo para a Entidade Seguradora. Entende-se que existe dolo ou culpa grave nesse incumprimento quando o atraso em comunicar à Entidade Seguradora da ocorrência do sinistro lhe determine a impossibilidade desta proceder às comprovações precisas quanto à existência e extensão do sinistro.

Do mesmo modo, dever-se-á prestar à Mútua todo o tipo de informação de que se possa dispor sobre o lugar, hora do evento, nome e endereço de testemunhas e de outras pessoas afetadas pelo acidente, bem como sobre as causas e circunstâncias em que se produziu o sinistro, atestados ou comprovativos de diligências incorridas, juntamente com relatório médico sobre as lesões sofridas pela Pessoa Segura.

As despesas com a obtenção dos documentos comprovativos e necessários serão sempre por conta do Tomador, da Pessoa Segura, ou dos Beneficiários, salvo as perícias médicas realizadas por especialistas diretamente designados

pela Entidade Seguradora.

7.1 Documentos necessários para a tramitação do sinistro e pagamento do capital seguro para a cobertura de Falecimento por Acidente:

- a) Relatório médico da primeira assistência subsequente ao acidente.
- b) Certidão/assento de óbito da Pessoa Segura.
- c) Escritura Pública de habilitação de herdeiros e certidão do testamento outorgado, quando exista.
- d) Atestado do médico que assistiu a Pessoa Segura, descrevendo a origem, evolução e natureza do processo traumático que determinou o Falecimento/morte.
- e) Participação do acidente, indicando o local, dia, hora, causas, testemunhas e consequências, incluindo o eventual relatório das entidades públicas implicadas, designadamente, autoridades de segurança pública e autoridades judiciais, bem como todos os documentos que atestem, de forma inequívoca, o carácter acidental do falecimento e determinem o nexo causal entre o acidente e a morte.
- f) Documentos que atestem a qualidade e a identidade de Beneficiário.
- g) Declaração de liquidação de impostos ou declaração de isenção dos impostos que possam ser devidos à Autoridade Tributária e Aduaneira Portuguesa (AT) por sucessão "mortis causa".

7.2. Documentos necessários para a tramitação do sinistro e pagamento do capital seguro para a cobertura de Incapacidade Laboral Temporária da Pessoa Segura por acidente: a Pessoa Segura deverá comunicar à Mútua o processo de incapacidade laboral temporária resultante de acidente no prazo máximo de oito dias imediatos àquele em que tenha conhecimento, remetendo a correspondente participação de sinistro e/ou solicitação de prestação devidamente preenchida, bem como a seguinte documentação:

- a) Relatório médico da primeira assistência subsequente ao acidente.
- b) Relatório médico inicial de baixa, caso esteja inscrito na Segurança Social, em original ou por cópia certificada.
- c) Em todos os casos, relatório do médico que siga o paciente quanto à origem, sintomatologia, evolução e diagnóstico do processo patológico determinante do sinistro, sua incidência sobre a atividade profissional da Pessoa Segura, com prognóstico sobre a possível duração da doença e restantes dados previstos no questionário fornecido para tal fim pela Mútua.
- d) Relatórios médicos semanais de baixa, caso esteja inscrito na Segurança Social (em original ou por cópia certificada) e, se não o for, relatórios médicos quinzenais emitidos pelo médico que o assiste.
- e) Comprovativos das diligências administrativas, policiais e/ou judiciais que tenham resultado do acidente e documentos que demonstrem a relação causal direta entre aquele evento e a lesão.

A Pessoa Segura e/ou os seus familiares deverão permitir visitas por parte dos médicos designados pela Mútua, tanto no domicílio da Pessoa Segura como no centro hospitalar onde aquele se encontre internado, para o fim de comprovar o seu estado de saúde e/ou a sua evolução. Para tal fim a Pessoa Segura liberta do dever de segredo profissional o médico que o atenda, autorizando-o expressa e autonomamente a comunicar os seus dados de saúde à Seguradora. A recusa da Pessoa Segura e/ou dos seus familiares a estas visitas ou a fornecer a informação solicitada, dará lugar ao fim da cobrança das indemnizações.

Caso a cura das lesões da Pessoa Segura se prolongue, este fornecerá à Mútua mensalmente um mínimo de 1 (um) relatório médico sobre o seu estado de saúde e sobre a evolução das suas lesões, até ter alta médica.

A Pessoa Segura deverá comunicar à Mútua o fim da sua situação de incapacidade laboral temporária assim que esta ocorra, anexando sempre que possível, a alta médica da Segurança Social ou, caso não esteja abrangido por esta, a alta assinada pelo médico que o tenha assistido.

7.3. Documentos necessários para a tramitação do sinistro e pagamento do capital seguro para a cobertura de Incapacidade Permanente Total por Acidente e Incapacidade por Acidente da Pessoa Segura:

- a) Relatório médico da primeira assistência subsequente ao acidente.
- b) Comprovativo das diligências administrativas e/ou judiciais a que o sinistro tenha dado lugar e elementos documentais que demonstrem a relação causal direta entre o acidente e a lesão.
- c) NIF da Pessoa Segura.
- d) Decorrido o período de (10) dez meses desde a data de ocorrência do acidente, certificado e relatório médico onde se descreva com detalhe a Incapacidade permanente e irreversível que apresente a Pessoa Segura. No caso de perda irreversível de membros ou de órgãos como consequência direta do acidente, não será necessário o decurso do referido prazo de consolidação das lesões causadas pelo acidente.
- e) Certificado médico que identifique as causas e o tipo de Incapacidade. No caso de não existir acordo entre as partes sobre a determinação da Incapacidade, as partes obrigam-se a obter uma decisão através do recurso a peritos médicos.

7.4 Documentos necessários para a tramitação do sinistro e pagamento do capital seguro para a cobertura de hospitalização por acidente:

- a) Relatório médico da primeira assistência subsequente ao acidente.
- b) Certificado médico de entrada e saída do estabelecimento em que a Pessoa Segura tenha estado internada, assim como a causa do internamento nesse hospital.

Em todos os casos a Seguradora poderá solicitar o envio de outros documentos não mencionados, desde que os mesmos sejam essenciais para a análise e tramitação do sinistro.

Artigo 8.º. Prémios

- 1 Os prémios correspondentes a esta Apólice, juntamente com as taxas e impostos legalmente aplicáveis, deverão ser pagos antecipadamente até ao dia do seu vencimento, de acordo com o aviso de pagamento

remetido pela Entidade Seguradora, para o domicílio acordado, para esse efeito, nas Condições Particulares a Apólice e, na ausência desse acordo, para a domicílio da Mútua.

2. O primeiro prémio será exigível após a assinatura do contrato. **Se não tiver sido pago por culpa da pessoa a quem incumbe o pagamento, a Entidade Seguradora terá o direito de rescindir o contrato** ou de exigir o pagamento por via executiva com base na Apólice e, **se não tiver sido pago antes da ocorrência de um sinistro, a Entidade Seguradora ficará exonerada de todas as suas obrigações no âmbito da Apólice.**
3. **Em caso de não pagamento de um dos prémios seguintes, a cobertura por parte da Entidade Seguradora ficará suspensa por um mês após o dia do seu vencimento, sendo que se não efetuar o pagamento no prazo de seis meses a contar de tal vencimento, o contrato cessará automaticamente.**
4. Se o contrato não tiver sido resolvido ou cessado em conformidade com os parágrafos anteriores, a cobertura produzirá novamente efeitos às 00H00m do dia em que o Tomador ou o Segurado pagar o prémio.
5. Nas Condições Particulares poderá acordar-se o pagamento dos recibos de prémio através de domiciliação bancária/sistema de débitos diretos. Para tal fim, o Tomador ou o Segurado, se aplicável, entregará à Mútua/Entidade Seguradora um documento escrito por si assinado para apresentação à sua Instituição de Crédito, autorizando-a a proceder aos débitos diretos a favor da Mútua, devendo cumprir as exigências SEPA aplicáveis nesta matéria. Em caso de domiciliação bancária do pagamento dos prémios, estes consideram-se pagos dentro do prazo de vencimento sempre sejam liquidados dentro do prazo de um mês a contar desse vencimento, ficando o débito em conta subordinado à condição de não anulação posterior por retratação do autor do pagamento no quadro da legislação que o permita.
6. Se o pagamento do prémio anual for fracionado por vontade do Tomador do seguro, ou se aplicável, da Pessoa Segura, o montante das correspondentes frações será aumentando da respetiva percentagem (suplemento/adicional) que se fixe para tal nas Condições Particulares. Em caso de pagamento fracionado do prémio, o regime previsto no presente artigo para o pagamento do prémio anual é considerado aplicável ao pagamento de cada um dos recibos em que tal prémio seja fracionado. A Entidade Seguradora/Mútua poderá deduzir da prestação cujo pagamento lhe incumba, a correspondente parte do prémio anual pendente de pagamento no caso de ocorrer um sinistro que implique a cessação do seguro.
7. Em cada renovação do contrato, o valor do prémio anual será determinado em função da idade actuarial da Pessoa Segura à data de cada renovação.

Artigo 9º. Pagamento do Capital Seguro

1. A Entidade Seguradora, uma seja vez recebida e analisada a documentação a que se refere o artigo 7º das presentes Condições Gerais, se a considerar suficientemente comprovativa dos elementos essenciais, entregará à Pessoa Segura ou, se aplicável, aos Beneficiários, a quantia segurada (prestação garantida) que seja devida.
2. Comprovado o falecimento da Pessoa Segura por acidente, a Mútua pagará no seu domicílio social ao(s) Beneficiário(s) designado(s) o capital acordado e que consta nas Condições Particulares da Apólice.
3. Comprovada a Incapacidade Permanente Total por acidente, a Incapacidade por acidente e a causa da mesma, a Mútua pagará no seu domicílio social ao(s) Beneficiário(s) designado(s) o capital acordado e que consta nas Condições Particulares da Apólice.
4. No caso de se demonstrar a existência de Incapacidade Laboral Temporária e/ou a hospitalização por acidente, a Seguradora entregará mensalmente ao(s) Beneficiário(s) o rendimento acordado nas Condições Particulares da Apólice., durante um prazo máximo de 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias.

Artigo 10º. Impostos e taxas

1. Todos os impostos e taxas legalmente aplicáveis que onerem o presente contrato, os seus prémios e prestações, serão suportados pelo Tomador, e se aplicável, pelo Segurado ou pelos seus Beneficiários.
2. Sem prejuízo de quaisquer alterações subsequentes que possam ocorrer durante a sua vigência, o contrato está sujeito à regulamentação fiscal portuguesa.

Artigo 11º. Designação de Beneficiários

Serão Beneficiários explícitos/expressos da(s) prestação(ões) os livremente designados pela Pessoa Segura, ou se aplicável pelo Tomador do Seguro. Essa designação expressa poderá fazer-se na Apólice, ou numa declaração escrita subsequente ou em qualquer momento. Do mesmo modo poderá modificar-se a referida designação, a qualquer momento, desde que o Tomador não tenha renunciado a essa faculdade ou não tenha designado Beneficiário de forma irrevogável, pela mesma forma com que efetuou tal designação.

Caso não exista(m) Beneficiário/s explicitamente designado/s para as prestações que não suponham falecimento, o Beneficiário será a própria Pessoa Segura.

Caso não exista(m) Beneficiário/s explicitamente designado/s para as prestações por falecimento, serão Beneficiários condicionais da(s) referida(s) prestação(ões) os que se encontram referidos abaixo, na ordem aqui indicada e com prioridade excludente:

- 1.º - O cônjuge sobrevivente da Pessoa Segura, salvo quando se encontre em processo formal de separação ou já separado judicialmente de pessoas e bens da Pessoa Segura por sentença transitada ou que venha a transitar em julgado;
- 2.º - Os filhos da Pessoa Segura, com direito de representação em caso de premoriência de algum deles;

3.º - Os netos da Pessoa Segura;

4.º - Os pais da Pessoa Segura;

5.º - Os irmãos da Pessoa Segura.

Quando os Beneficiários condicionais sejam os descritos nos pontos 2º, 3º, 4º ou 5º e exista mais do que um Beneficiário, a prestação será repartida entre eles em partes iguais.

No caso de inexistir quer designação expressa de Beneficiários quer Beneficiários condicionais, a prestação devida formará parte do património da Pessoa Segura ("reicta") para efeitos da sua sucessão.

Caso a designação expressa seja feita a favor de vários Beneficiários, a prestação devida pela Seguradora será distribuída entre eles, salvo disposição expressa em contrário, em partes iguais.

A designação do Beneficiário deve constar das Condições Particulares do seguro.

Artigo 12º. Efeitos e Duração do Seguro

1. A Apólice de Seguro e as suas modificações, ampliações ou aditamentos deverão ser formalizadas por escrito.
2. O Seguro entrará em vigor para o Segurado às 00:00 horas, caso não se indique expressamente outra hora, do dia indicado nas Condições Particulares do Seguro, depois de estar assinado o contrato e desde que a Entidade Seguradora tenha cobrado o prémio.
3. A duração do contrato será estabelecida nas Condições Particulares, **renovando-se automaticamente, no final do prazo estipulado, salvo se alguma das partes se opuser** à renovação mediante notificação escrita enviada ao destinatário com uma antecedência mínima de (2) dois meses relativamente ao termo do período em curso. **Em qualquer caso, o contrato de seguro cessará no termo da anuidade em que a Pessoa Segura cumpra 65 anos de idade.**

Artigo 13º. Prescrição

Os direitos emergentes deste contrato prescrevem no prazo de cinco anos contados a partir da data em que o seu titular deles teve conhecimento, sem prejuízo da prescrição ordinária a contar do facto que lhe deu causa, nos termos do artigo 121º/2 do Regime Jurídico do Contrato de Seguro (DL 72/2008, de 16 de Abril).

Artigo 14º. Comunicações

1. As comunicações à Entidade Seguradora por parte do Tomador do Seguro, da Pessoa Segura ou do Beneficiário, realizar-se-ão por escrito endereçado para a sede social daquela indicada na Apólice.
2. As comunicações da Entidade Seguradora ao Tomador, à Pessoa Segura ou ao Beneficiário, realizar-se-ão para o respetivo domicílio constante da Apólice, salvo quando estes tenham entretanto notificado à Entidade Seguradora por escrito da alteração ao seu domicílio.

Artigo 15º.- Instâncias de Reclamação e Jurisdição

Sem prejuízo do disposto na regulamentação legal sobre Conduta de Mercado em tema de reclamações (NR 10/2009 da ASF), que prevalecerá em caso de eventual divergência, aplicar-se-á o seguinte:

A) Por via interna:

1. Mediante o envio do formulário de queixas ou reclamações ou de escrito formulado pelo interessado e dirigido ao Serviço de Reclamações da Entidade Seguradora, acompanhado, se necessário, da documentação ou provas que considere conveniente; as reclamações, queixas ou os escritos formulados pelo interessado serão tratados e resolvidos de acordo com o estabelecido no "Regulamento para a defesa do Mutualista e dos detentores dos planos de pensões individuais" da PREVISIÓN SANITARIA NACIONAL, PSN, Mútua de Seguros y Reaseguros a Prima Fija - Sucursal em Portugal.
2. Decorridos 2 (dois) meses contados da receção pela Entidade Seguradora da reclamação inicial sem que haja resposta ou com resposta insatisfatória, o interessado deve considerar-se desvinculado desta via de reclamação e poderá reclamar por via administrativa.
3. Para o efeito, existem em todos os escritórios da Entidade Seguradora à disposição dos mutualistas o "Regulamento para a defesa do Mutualista e dos detentores dos planos de pensões individuais" da PREVISIÓN SANITARIA NACIONAL, PSN, Mútua de Seguros y Reaseguros a Prima Fija - Sucursal em Portugal.

B) Por via externa:

1. Via administrativa, uma vez negada a reclamação ou queixa pela via interna, mediante o procedimento de reclamação junto da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões, Portal do Consumidor, disponível em <http://www.asf.com.pt/NR/exeres/6063B6B4-56BD-4B00-A577-39380462F930.htm>. Mais poderá reclamar para o Provedor do Cliente da PSN nos termos da Norma Regulamentar da ASF nº10/2009.
2. Via judicial, nos tribunais que sejam competentes nos termos da lei civil.
3. O presente contrato rege-se pelas presentes condições Gerais, pelas condições Particulares, pelas declarações prestadas pelo Tomador de Seguro e Pessoa Segura, nomeadamente na proposta, e em geral pelas normas de direito Português e regulamentares aplicáveis.

Artigo 16º.- Cláusula de indemnizações por Fundos de Garantia constituídos legalmente e suas exclusões

1. As indemnizações derivadas de sinistros causados por acontecimentos extraordinários verificados em Portugal e que afetem os riscos situados nesse território, e também os verificados no estrangeiro quando o Segurado tenha a sua residência habitual em Portugal, serão em primeira linha pagas pelo Fundo de Garantia que tenha sido legalmente constituído e tenha aplicação nesses casos, com ressalva das situações expressamente excluídas do âmbito de cobertura do mesmo.
2. **Riscos excluídos:**

- a) Os que não dão lugar a indemnização segundo a Lei do Contrato de Seguro;
 - b) Os causados por conflitos armados, embora não exista uma declaração oficial de guerra;
 - c) Os derivados da energia nuclear, sem prejuízo das disposições da Lei sobre a energia nuclear;
 - d) Os causados por fenómenos da natureza distintos dos referidos no "Regulamento do Seguro de Riscos Extraordinários" e, em particular, aqueles produzidos por elevação do nível do lençol freático, movimento de encostas, desabamento de terras, deslizamento de terras e fenómenos similares, salvo se estes não foram, manifestamente, causados pela ação da água da chuva, que, por sua vez, provocou uma situação de alagamento extraordinário e se produziu em simultâneo com o referido alagamento
 - e) Os causados por tumultos ocorridos durante reuniões ou manifestações levadas a cabo ao abrigo do Direito de Reunião e Manifestação, assim como durante o curso de greves legais, salvo se as citadas actuações podem ser consideradas como eventos extraordinários nos termos do "Regulamento do Seguro de Riscos Extraordinários";
 - f) Os causados por má-fé da Pessoa Segura;
 - g) Os correspondentes a perdas que ocorrem antes do pagamento do primeiro prémio ou quando, em conformidade com o estabelecido na Lei do Contrato de Seguro, o seguro for cancelado por falta de pagamento dos prémios;
 - h) Os sinistros que pela sua magnitude e gravidade são qualificados pelo Estado como "catástrofe ou calamidade nacional".
3. Extensão da cobertura:

A cobertura por riscos extraordinários alcança as mesmas pessoas e importâncias seguradas que se tenham estabelecido na Apólice para efeitos de riscos comuns. Nos seguros de vida que, de acordo com as disposições previstas no Contrato e em conformidade com a legislação que regula o contrato de seguro, gerarem uma provisão matemática, esta será satisfeita pela Entidade Seguradora.

Artigo 17º. Dados Pessoais - Tratamento de dados pessoais

Para fins do disposto na Lei de Protecção de Dados Pessoais (LPDP, Lei n.º67/98 de 26 de Outubro), o Tomador e a Pessoa Segura conhecem e aceitam o seguinte:

- a) Os dados pessoais comunicados serão incorporados num ficheiro autorizado pela Comissão Nacional de Protecção de Dados (CNPD), sendo titular e responsável pelo seu tratamento a PREVISIÓN SANITARIA NACIONAL, PSN, Mútua de Seguros y Reaseguros a Prima Fija - Sucursal em Portugal;
- b) A finalidade da recolha dos dados é a **formalização e gestão de Seguros**. Os dados meramente identificativos também podem ser usados para entre o mais ser fornecida **informação ou publicidade** sobre as atividades, serviços e produtos da PREVISIÓN SANITARIA NACIONAL, PSN, Mútua de Seguros y Reaseguros a Prima Fija - Sucursal em Portugal e das empresas do Grupo PSN, para setores específicos e concretos da atividade das mesmas, nos termos estabelecidos na proposta de seguro, sendo aqui prestado consentimento para marketing direto. A composição das empresas do Grupo PSN pode ser consultada em <http://psn.com.pt/seguros/>; **A finalidade dos dados relativos à saúde ou de carácter pessoal que possam ser gerados no âmbito de qualquer das contingências cobertas pelo Seguro estão destinados ao seu tratamento pela PREVISIÓN SANITARIA NACIONAL, PSN, Mútua de Seguros y Reaseguros a Prima Fija - Sucursal em Portugal e só podem ser por esta cedidos a outras entidades públicas ou privadas a fim de viabilizar a tramitação de possíveis sinistros, para combater atos de fraude ou qualquer outro propósito necessário para executar uma adequada atuação profissional relacionada com a gestão da Apólice ou por razões de co-seguro ou resseguro;**
- c) Os dados pessoais e de saúde solicitados na Proposta de Seguro e nos questionários (médicos, financeiros, profissionais e/ou de saúde) são de preenchimento obrigatório por constituírem informação essencial para a formação da vontade contratual da Entidade Seguradora, sua avaliação do risco apresentado e consequente validade e eficácia do Contrato. A recusa em fornecer tais dados irá impedir a formalização da Apólice.
- d) Além disso, o Tomador e a Pessoa Segura dão o seu consentimento, expresso e autónomo, para a realização de exames que a Entidade Seguradora considere necessários para a avaliação do risco segurável, assim como autoriza nesses termos a Entidade Seguradora a utilizar, com a mesma finalidade, as informações do Tomador e da Pessoa Segura que possa obter no futuro, ou em virtude de outros contratos de seguro celebrados com a Entidade Seguradora; Este consentimento, expresso e autónomo pelo titular dos dados de saúde inclui o acesso pela Entidade Seguradora a tais dados do Segurado que estejam na posse de médico ou de instituição de saúde, tanto do setor público como do privado, permanecendo válido e eficaz em caso de falecimento do Segurado, para a finalidade de tramitação do respetivo processo de sinistro.
- e) O Tomador e a Pessoa Segura poderão exercer a qualquer momento os direitos de acesso, retificação, atualização, cancelamento e oposição previstos na LPDP, devendo fazê-lo diretamente para a sede da PREVISIÓN SANITARIA NACIONAL, PSN, Mútua de Seguros y Reaseguros a Prima Fija - Sucursal em Portugal, sita na Avenida João XXI, número 70, R/c Dto., 1000-304 Lisboa. No caso em que, após a perfeição contratual da Apólice, seja exercido pelo Tomador de Seguro ou pela Pessoa Segura o seu respetivo direito de cancelamento ou oposição referente aos seus dados pessoais necessários para a gestão da Apólice, esta será automaticamente cancelada nessa data por impedimento de acesso a elementos essenciais à decisão das partes de contratar.

As partes assinam as presentes Condições Gerais como prova da conformidade com o disposto no Contrato.

Em _____ a _____ de _____ de 20____

Sr./Sra.: _____

N.I.F. nº: _____

B.I.nº: _____

O TOMADOR DO SEGURO

PELA ENTIDADE SEGURADORA, PREVISIÓN SANITARIA NACIONAL, Mutua de Seguros y Reaseguros a Prima Fija - Sucursal em Portugal

O Tomador e/ou a Pessoa Segura declara(m) CONHECER e ACEITAR, após ter lido e examinado as presentes Condições Gerais, e, de entre elas, especificamente as cláusulas que poderiam ser consideradas LIMITATIVAS, assim como quaisquer EXCLUSÕES e ainda TER(EM) RECEBIDO, antes da celebração do Contrato, uma cópia da NOTA INFORMATIVA DESTES SEGURO "PSN JOVEM", com a informação referida na Lei do Contrato de Seguro (art.s18 e 21º, do DL 72/2008, de 16 de Abril) e demais legislação aplicável.

Sr./Sra.: _____

N.I.F. nº: _____

B.I.nº: _____

PESSOA SEGURA

(NOTA: Devolver cópia assinada à Mútua de Seguros)