

CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO PSN MAXIVIDA

Cláusula Preliminar:

Este contrato de seguro é regido pelo previsto nestas Condições Gerais, bem como pelo previsto nas Condições Particulares desta Apólice e, quando aplicável, pelas eventuais adendas/actas adicionais 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 regulamentação que complementa ou substitua tais leis.

As Condições Particulares e, quando aplicável, as Condições Especiais e eventuais adendas, necessariamente assinadas pelas partes, constituem juntamente com o pedido/solicitação de subscrição do Seguro e as presentes Condições Gerais a Apólice de Seguro "PSN MAXIVIDA".

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 sobre o acordado entre as partes, as Condições Particulares prevalecem sobre as Gerais e, se for o caso, sobre as Especiais.

Artigo 1º.- 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 - Sucursal em Portugal, com sede na Avenida João XXI, 70, R/c. Dto, 1000-304 Lisboa, Entidade emitente desta apólice que, na sua qualidade de Seguradora e mediante o recebimento efetivo do prémio, garante o pagamento das prestações correspondentes à cobertura dos riscos objeto deste contrato, de acordo com as condições nele previstas.
- TOMADOR DO SEGURO: Pessoa singular ou coletiva que, reunindo os requisitos fixados nos Estatutos da Mútua para adquirir a condição de Mutualista, subscreve com esta o contrato de seguro de que estas Condições Gerais foram parte, e assume os direitos e os deveres emergentes do mesmo, salvo aqueles que, pela sua natureza, correspondam ao Segurado ou ao Beneficiário.
- SEGURADO: Pessoa singular a que respeita o risco e que é a titular do interesse objeto do seguro. No caso de ser pessoa distinta do Tomador a mesma não adquirirá a condição de mutualista (que corresponde ao Tomador) e será preciso o seu consentimento por escrito para a contratação da Apólice, assumindo os direitos e as obrigações que si derivam deste contrato.
- BENEFICIÁRIOS: Pessoas singulares ou coletivas designadas pelo Tomador ou pela pessoa a favor de quem este tenha validamente cedido a faculdade de designação beneficiária, como os titulares do direito a receber, se e quando devidas, as prestações garantidas neste contrato. Se inexistirem Beneficiários expressamente designados, para a sua determinação aplicar-se-ão as regras estabelecidas no artigo 11 das presentes Condições Gerais.
- CONTRATO DE SEGURO OU APÓLICE: Documento escrito que formaliza o contrato de seguro e que integra as condições reguladoras do seguro acordado, a saber: as Condições Gerais, as Particulares e, se aplicável, as Especiais que individualizem o risco, bem como as adendas ou anexos que possam ser emitidas para modificar tal contrato. Também integram o referido contrato a Solicitação/proposta de seguro, as Declarações de Saúde que precedam a contratação do seguro, os questionários e os exames médicos realizados, se for o caso, para tal finalidade.
- PRESTAÇÃO: Obrigação pecuniária assumida pela Entidade Seguradora perante o Segurado ou Beneficiário se ocorrer um sinistro durante a vigência do Seguro. O valor máximo do capital seguro para cada garantia contratada figurará nas Condições Particulares da Apólice.
- CAPITAL ou montante segurado: Quantia garantida para a prestação objeto do seguro.
- PRÉMIO: Preço do seguro, acrescido dos encargos, fiscais e parafiscais, 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.
- SINISTRO: Ato cujas consequências estão cobertas por alguma das garantias da Apólice. Considerar-se-á que constitui um único sinistro o conjunto de danos, sequelas e consequências derivadas de um mesmo facto.
- IDADE ACTUARIAL: é a idade do Segurado, calculada desde a data de aniversário mais próxima ainda que este ainda não se tenha verificado.
- 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 do Segurado.

Artigo 2º.- Bases do Contrato

1. O presente contrato de seguro tem por base os dados fornecidos pelo Tomador de Seguro e pelo Segurado, os quais devem subscrever a Proposta de Seguro e necessariamente este último deve subscrever uma declaração relativa ao seu estado de saúde, e responder aos questionários apresentados pela Entidade Seguradora na forma mais detalhada e completa possível, devendo os mesmos fornecer respostas o mais extensas, detalhadas e completas possível, declarando toda a circunstância por si 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, 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.
2. Uma vez recebida a Proposta de Seguro-Questionário de Saúde, a Entidade Seguradora reserva-se 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. **Se o Tomador e/ou o Segurado agir com dolo ou culpa grave 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 corrido dolo ou negligência grosseira do Segurado 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.
4. **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.**
5. 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, salvo quando o Tomador ou o Segurado tenham agido com dolo.
6. **Se o conteúdo da Apólice diferir da Proposta de seguro ou das cláusulas acordadas, o Tomador de seguro poderá exigir à Entidade Seguradora que, no prazo de um mês a contar da entrega da apólice, seja sanada a divergência existente.** Decorrido esse prazo sem que tal reclamação tenha sido efetuada, atender-se-á apenas ao disposto na Apólice ou a divergências que resultem de documento escrito ou de outro suporte duradouro.
7. **O Tomador de Seguro poderá, por meio 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 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.
8. Em caso de extravio, furto ou destruição da Apólice, o Tomador-Segurado notificará a Entidade Seguradora por escrito enviado por meio de correio registado, a qual, de acordo com as disposições legais vigentes, procederá à emissão de um duplicado da mesma.
9. **Se o incumprimento dos deveres de informação a cargo do Tomador e/ou Segurado decorrer de negligência sua, 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 de seguro fixando-lhes então um prazo não inferior a 14 (catorze) dias para o envio da aceitação, ou caso a admita, da contraposta, caso em que o contrato cessa efeitos 20 dias após a receção pelo Tomador/ Segurado da proposta de alteração caso este nada 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 em caso de cessação apenas é devolvido "pro rata temporis" em face da cobertura do risco que tenha efetivamente 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 inexactamente; 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 inexactamente, não cobre o sinistro e fica apenas vinculada à devolução do prémio.

10. Nos demais casos relativos a deveres de informação a cargo do Tomador e/ou do Segurado, se como consequência de uma sua declaração inexacta, o Prémio objeto de pagamento for inferior ao que lhe corresponderia na realidade, a prestação da Entidade Seguradora reduz-se na proporção do prémio que tenha sido pago. Se, pelo contrário, o prémio pago for superior ao que deveria ter sido cobrado, a Entidade Seguradora está obrigada a devolver o prémio recebido em excesso.

Artigo 3.- Limites à Contratação (Exclusões)

- a) **Por idade:** Não são seguráveis como Segurados as pessoas físicas menores de 14 anos, nem as legalmente declaradas incapazes, nem as que possuam idade superior a 64 anos. Para este efeito, entender-se-á como idade do Segurado os anos de vida por si cumpridos ou os que se cumprirão na sua data de aniversário mais próxima da data de entrada em vigor deste seguro.
- b) **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 ou Segurado, não conhecida nem expressamente aceite pela Entidade Seguradora.
- c) **Por local de residência:** Também não poderão segurar-se pessoas físicas cujo domicílio e residência habitual esteja situado fora do território Português.

Artigo 4.- Objeto e extensão do seguro

A Entidade Seguradora obriga-se, dentro dos limites e condições estipuladas na presente Apólice, a satisfazer as prestações estabelecidas para cada cobertura nas Condições Particulares do Seguro. As coberturas que podem ser contratadas são as seguintes:

1.- Cobertura Principal de contratação obrigatória:

- Falecimento/morte do Segurado por qualquer causa não excluída e coberta pela Apólice.

Pela presente apólice a Entidade Seguradora garante ao Beneficiário, em caso de morte do Segurado devida a causa cujo risco seja objeto de cobertura, sempre aquela se verifique durante a vigência do seguro, o pagamento do capital seguro fixado para esta cobertura nas Condições Particulares da Apólice.

As eventuais divergências relativas à relação causal direta entre o acidente e a morte do Segurado serão dirimidas por relatório produzido por peritos médicos, conforme previsto nos artigos 102º/1 e 50º da Lei do Contrato de Seguro (DL 72/2008).

2.- Coberturas Complementares, de contratação opcional:

As seguintes coberturas complementares estão sujeitas à contratação da cobertura principal do Seguro e regem-se pelas seguintes Condições Específicas e, no que nestas não esteja previsto, pelas Condições Gerais, na medida em que estas possam ser aplicadas a casos omissos.

É necessário e condição da sua aplicação que a contratação destas coberturas complementares venha expressamente refletida nas Condições Particulares para que estas se possam considerar como tendo sido subscritas.

1.- Falecimento por acidente de circulação.

Para efeitos desta cobertura complementar entende-se por falecimento do Segurado por acidente, o que seja causado diretamente por um evento imprevisto e repentino derivado de uma causa violenta súbita, externa e visível, que ocorra por força do azar/infartúnio, de forma inesperada e de forma alheia à vontade do Segurado, seja imediatamente seja dentro do prazo máximo dos trzentos e sessenta e cinco dias seguintes ao mesmo e sempre que tanto o acidente como consequente falecimento ocorram num momento em que a Apólice está em vigor.

O capital garantido para esta cobertura complementar será igual ao da cobertura principal por falecimento, com o qual se acumulará, de forma que, em caso de falecimento por acidente, o capital será duplicado e dessa forma constará das Condições Particulares do Seguro.

- Falecimento do Segurado por Acidente de Circulação.

Entende-se como tal, para efeitos desta cobertura complementar, aquele que se produza, estando a apólice em vigor tanto no momento do acidente como no do consequente Falecimento, seja de forma

imediate seja dentro do prazo máximo dos trzentos e sessenta e cinco dias seguintes ao acidente, como consequência direta de um Acidente de Circulação ocorrido em alguma das seguintes circunstâncias:

- a) Ser atropelado como peão por um veículo.
- b) Circular num veículo de circulação terrestre, seja como passageiro sejam como condutor - não profissional - do mesmo, legal e regularmente habilitado para tal.
- c) Circular como passageiro de transportes públicos terrestres, marítimos ou aéreos de linhas regulares.

O capital garantido para esta cobertura complementar será igual ao da cobertura principal por falecimento ao da cobertura de falecimento por acidente, com os quais se acumulará, de forma que, em caso de falecimento por acidente de circulação, o capital será triplicado e dessa forma constará das Condições Particulares do Seguro.

- Incapacidade Permanente Absoluta do Segurado.

Para efeitos desta cobertura complementar entende-se por Incapacidade Permanente Absoluta para todo o trabalho a situação física ou mental irreversível que impeça o Segurado de manter qualquer relação laboral ou atividade profissional.

Não se considerará Incapacidade Permanente e Absoluta, para efeitos desta cobertura complementar, a incapacidade cuja permanência não se tenha consolidado pelo decurso de pelo menos um ano desde o início do tratamento médico da doença, caso a origem da incapacidade seja orgânica ou interna, ou de pelo menos dez meses contados desde a ocorrência do acidente, no pressuposto de que a sua causa tenha sido acidental, salvo quando exames médicos demonstrem o contrário.

Para a avaliação da Incapacidade Permanente serão vinculativas as decisões da Segurança Social ou de quaisquer outras entidades que assumam a suas competências, bem como as sentenças judiciais proferidas por tribunais que não sejam da jurisdição civil.

O capital garantido para esta cobertura complementar será aquele que se indique especificadamente nas Condições Particulares, não podendo, em nenhum caso, exceder o capital contratado para a cobertura principal por falecimento.

- Incapacidade Permanente Absoluta do Segurado por acidente.

Mediante a presente cobertura, a Entidade Seguradora garante ao beneficiário, o pagamento do capital estabelecido nas Condições Particulares, no caso de o Segurado como consequência direta de um acidente coberto pela Apólice, seja imediatamente seja dentro dos trzentos e sessenta e cinco dias seguintes ao mesmo fique com uma incapacidade para o desempenho de toda a profissão ou ofício, estando a apólice em vigor tanto no momento do acidente como no do reconhecimento da consequente situação de Incapacidade Permanente Absoluta.

O capital garantido para esta cobertura complementar será igual ao da cobertura por Incapacidade Permanente Absoluta, com o qual se acumulará, de forma que, no caso de Incapacidade Permanente Absoluta por acidente, o capital será duplicado e dessa forma constará das Condições Particulares do Seguro.

Incapacidade Permanente Absoluta do Segurado por acidente de circulação.

Mediante a presente cobertura, a Entidade Seguradora garante ao beneficiário, o pagamento do capital estabelecido nas Condições Particulares, no caso de o Segurado como consequência direta de um acidente de Circulação tal como definido no ponto 2º das coberturas complementares, coberto pela Apólice, seja imediatamente seja dentro dos trzentos e sessenta e cinco dias seguintes que se sigam fique com uma incapacidade para o desempenho de toda a profissão ou ofício, estando em vigo a apólice tanto no momento do acidente como no do reconhecimento da consequente situação de Incapacidade Permanente Absoluta.

O capital garantido para esta cobertura complementar será igual ao da cobertura por Incapacidade Permanente Absoluta e ao da cobertura de Incapacidade Permanente Absoluta por acidente, com os quais se acumulará, por forma a que, em caso de Incapacidade Permanente Absoluta por acidente de circulação, o capital será triplicado e dessa forma constará das Condições Particulares do Seguro.

Incapacidade Profissional Permanente do Segurado.

Mediante a presente cobertura, a Entidade Seguradora garante ao beneficiário, o pagamento do capital estabelecido nas Condições Particulares, no caso de o Segurado ficar com uma perda anatómica ou funcional que o impeça de exercer a profissão habitual ou a ocupação por si declarada.

O capital garantido para esta cobertura complementar será aquele que para tal efeito conste nas Condições Particulares, não podendo, em nenhum caso, exceder o valor do capital contratado para a cobertura principal por falecimento.

3.- Delimitação da Incapacidade Permanente. Não acumulação de Prestações:

Para a avaliação da Incapacidade Permanente serão vinculativas as decisões da Segurança Social ou de quaisquer outros organismos que assumam a suas competências, bem como as sentenças judiciais proferidas por tribunais que não sejam da jurisdição civil.

Não se considerará como Incapacidade Profissional Permanente para a profissão habitual declarada, nem como Incapacidade Permanente Absoluta para todo o trabalho, para efeitos destas coberturas complementares, a incapacidade cuja permanência não se tenha consolidado pelo decurso de pelo menos um ano desde

o início do tratamento médico da doença, sempre que a origem da incapacidade seja orgânica ou interna, ou de pelo menos dez meses desde a ocorrência do acidente no pressuposto de que a sua causa seja acidental, salvo quando exames médicos demonstrem o contrário.

As prestações por falecimento e por Incapacidade Profissional Permanente ou por Incapacidade Permanente Absoluta não são acumuláveis entre si.

No caso se reconhecer ser devida alguma das prestações por Incapacidade Profissional Permanente ou por Incapacidade Permanente Absoluta, o contrato de seguro extingue-se-á, sem possibilidade de continuar a vigorar com a cobertura de falecimento.

Artigo 5º. Riscos Excluídos

Ficam excluídos de todas as coberturas e garantias da Apólice, além das limitações específicas de cada uma delas, os riscos seguintes:

A) Exclusões comuns a todas as coberturas:

1. Os ocasionados por reação nuclear, radiação nuclear ou por contaminação radioativa, salvo quanto a eventual radiação por motivo de profissão ou por terapia, que fica coberta.
2. Os originados por ocasião de rixas ou confrontos (salvo em caso de legítima defesa), ou em situações de tentativa ou de consumação de delitos/crimes pelo próprio Segurado.
3. Os motivados por exposição deliberada do Segurado a perigos desnecessários/evitáveis, salvo quando tentando salvar alguma vida humana.
4. O risco de suicídio do Segurado fica coberto somente após ter decorrido pelo menos um ano contado desde a data de entrada em vigor do contrato ou de qualquer posterior ampliação de cobertura(s).

B) Exclusões específicas para as coberturas complementares de falecimento e de Incapacidade Permanente Absoluta por acidente e por acidente de circulação:

1. Os factos que não se subsumam ao conceito de acidente à luz da Lei do Contrato de Seguro (cfr.art.210º do DL 72/2008) conforme definição do art.1.º 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 (estas duas últimas salvo quanto ao estabelecido na cobertura 10 destas Condições Gerais), 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 pelo Segurado, ainda que qualificadas como acidente de trabalho.

2. De forma específica, os enfartes do miocárdio, as embolias, trombose, 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.
3. As lesões e doenças que sejam consequência de intervenções cirúrgicas e de tratamentos médicos não motivados diretamente por um acidente coberto pela Apólice.
4. 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.
5. As intoxicações ou envenenamento por ingestão de produtos alimentares ou farmacêuticos.
6. O suicídio ou tentativa de suicídio do Segurado ainda que ocorra após ter decorrido um ano desde a data de entrada em vigor do contrato ou das suas ampliações, que será considerado em todo o caso como morte natural.
7. Os relacionados com o consumo de drogas e estupefacientes não prescritos medicamente e os que ocorram quando o Segurado 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, ou quando o Segurado seja sancionado ou condenado por tal causa.
8. Os que tenham lugar conduzindo o Segurado um veículo a motor sem estar na posse de autorização de condução correspondente ao veículo utilizado. Os acidentes de Circulação utilizando qualquer meio de transporte que não esteja autorizado a circular no lugar onde se produziu o acidente.

9. Os acidentes sofridos pelo Segurado com idade inferior a 25 anos quando circule em motociclos, independentemente da sua cilindrada.
10. Os acidentes sofridos pelo Segurado com mais de 25 anos quando circule em motociclos de cilindrada superior a 250 centímetros cúbicos.
11. Aqueles que o Segurado possa vir a sofrer por ocasião da prática de alguma das atividades que se mencionam de seguida:

- A prática profissional de qualquer desporto.
- A participação em provas desportivas de competição ou de exibição tripulando um veículo como piloto, co-piloto ou simples passageiro.
- 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 o Segurado tenha condições diferentes da de simples passageiro em aeronaves devidamente autorizadas para o transporte público de passageiros.
 - * Pólo e desportos hípicas.
 - * 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 no contexto de expedições, missões ou deslocações para 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.
- Os acidentes ocorridos como consequência de touradas, rodeios ou lides com animais bravos.
- Os acidentes causados por artefactos pirotécnicos no caso de participação ativa do Segurado.
- 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 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 6º.- Modificação do Risco

- 1.- O Tomador do Seguro e/ou o Segurado 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 extravaem os limites da contratação estabelecidos no artigo 3º destas Condições. Deve(m) por isso no prazo de 14 dias a contar do conhecimento do facto, comunicar à Entidade Seguradora todas as circunstâncias que agravem o risco, desde que estas, caso fossem conhecidas por aquela aquando da celebração deste contrato, tivessem podido influir na decisão de contratar ou nas condições do contrato.

No prazo de 30 dias a contar do momento em que tenha conhecimento do agravamento do risco, a Entidade Seguradora pode: a) Apresentar ao Tomador do seguro proposta de modificação do contrato, que este deve aceitar ou recusar em igual prazo, findo o qual se entende aprovada a modificação proposta; b) Resolver o contrato, demonstrando que, em caso algum, celebra contratos que cubram riscos com as características resultantes desse agravamento do risco.

- 2.- O agravamento do risco, sempre que se deva a causa diversa do estado de saúde, implica a modificação do prémio em linha com o aumento do risco, seguindo-se em qualquer caso o procedimento previsto no artigo 93º da Lei de Contrato de Seguro (DL 72/2008).
- 3.- Se o Tomador do Seguro e/ou o Segurado, atuando dolosamente e com o objetivo de obter(em) 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, salvo quando o agravamento do risco se deva a motivo de saúde.
- 4.- De igual forma, o Tomador do Seguro ou o Segurado poderão comunicar à Entidade Seguradora todas as circunstâncias que diminuam o risco, para efeitos de uma possível diminuição de prémio, quando findar o período contratual então em curso, em conformidade com o estabelecido no artigo 92º da Lei de Contrato de Seguro (DL 72/2008).

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

A.- Declaração e Informação do Sinistro:

- 1.- O Tomador do Seguro, o Segurado-Aderente ou os Beneficiários deverão comunicar à Entidade Seguradora a verificação do sinistro dentro do prazo máximo de oito dias imediatamente seguintes à verificação daquele ou da data em que dele tiveram conhecimento.
- 2.- O incumprimento por parte do Tomador, do Segurado ou dos Beneficiários do dever de informar a Mútua acerca das circunstâncias e consequências do sinistro provoca a perda de cobertura e do direito à indemnização, se agirem com dolo ou culpa grave e o incumprimento desses seus deveres determinar dano significativo para a Entidade Seguradora ou a impossibilitar de proceder a comprovações precisas quanto à verificação e extensão do sinistro.
- 3.- A obtenção da informação que, conforme previsto acima, deva ser apresentada pelo Tomador, Segurado, e/ou Beneficiário(s) ou herdeiro(s), serão por sua conta e encargo, salvo quanto aos exames ou perícias realizadas por médicos, peritos ou especialistas diretamente designados pela Mútua, em cujo caso será esta quem suporta esses gastos.
- 4.- Os documentos que devam ser apresentados pelo Tomador, Beneficiários ou por terceiro autorizado virão devidamente legalizados, autenticados ou reconhecidos, sempre que tal seja necessário.

B. Documentação necessária para a tramitação do sinistro e pagamento do capital segurado:

1.- Documentação necessária em caso de falecimento do Segurado:

No caso de falecimento do Segurado, seja por causas naturais, por acidente ou por acidente de circulação, sem prejuízo do previsto na alínea a) deste artigo, deverão ser entregues à Mútua os seguintes documentos:

- Certificado de óbito do Segurado.
- Último testamento outorgado pelo Segurado ou, se aplicável, sua habilitação legal de herdeiros.
- Certificado emitido pelo médico que tenha prestado assistência ao Segurado, indicando a origem, a evolução e a natureza do processo traumático que lhe determinou a morte.
- Em caso de acidente, 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 o falecimento.
- Comprovativos do seu estatuto, e se aplicável, da condição de Beneficiário.
- Demonstração de pagamento da liquidação ou declaração de isenção, relativa à tributação por força da sucessão do Segurado.
- Os Beneficiários deverão previamente comprovar o seu direito, bem como apresentar documento que comprove a sua identidade (CC/BI, passaporte), comprovando o seu estatuto de Beneficiário(s).

2.- Documentação necessária em caso de Incapacidade Permanente Absoluta e de Incapacidade Profissional Permanente:

Além da documentação estabelecida no ponto A) deste artigo, deverá ser apresentada a seguinte:

- NIF do Segurado.
- Decisão final e fundamentada emitida por serviços da DGS (Min. Da Saúde) reconhecendo a Incapacidade correspondente, bem como relatório com a proposta emitida pela comissão pericial que avaliou as incapacidades daquela entidade, em caso de filiação do Segurado na Segurança Social.
- Caso o Segurado não esteja filiado na Segurança Social, certificado e relatório médico onde se determine a Incapacidade permanente e o grau da mesma quanto ao exercício da profissão declarada e de qualquer outra atividade.
- Qualquer documento oficial que demonstre que o Segurado vinha realizando a atividade profissional declarada e que teve de cessar a mesma como consequência da sua Incapacidade permanente.
- Em caso de acidente, 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 o falecimento.
- Decorrido o período de 10 (dez) meses desde a data do acidente, um certificado ou relatório médico onde se mencionem e se descrevam detalhadamente as sequelas de caráter irreversível que o Segurado apresente e que demonstrem a sua situação de Incapacidade Profissional Permanente ou Incapacidade Permanente Absoluta diretamente causada pelo acidente.
- Em caso de divergência entre o parecer do médico designado pela Mútua e a decisão da entidade da DGS ou, se aplicável, o relatório médico apresentado pelo Segurado, as partes neste contrato designarão de comum acordo um terceiro perito árbitro médico, de acordo com o previsto nos artigos 50º e 102º da Lei de Contrato de Seguro (DL 72/2008).

A documentação acima referida será adaptada à legislação vigente em cada momento, durante o contrato.

Em todos os casos acima, a Mútua poderá ainda solicitar toda a informação complementar, para além da anteriormente referida, que considere necessária para confirmar devidamente a ocorrência do sinistro e suas causas, circunstâncias e consequências, dentro dos limites da boa-fé com vista aos fins perseguidos pelos artigos 100º e 102º da LCS (DL 72/2008).

Artigo 8.- Pagamento dos 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 for pago por culpa da pessoa a quem incumbe o seu 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.**

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.

4. Nas Condições Particulares poderá acordar-se o pagamento dos recibos de prémio através de domiciliação bancária/sistema de débitos diretos. Nesse caso aplicar-se-á o seguinte:
 - a) O Tomador entregará à Entidade Seguradora um documento escrito e por si assinado para apresentação à sua Instituição de Crédito autorizando-a a proceder aos débitos diretos a favor da Mútua, cumprindo as exigências SEPA nesta matéria, 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.
 - b) O prémio considera-se satisfeito dentro do seu vencimento, sempre que seja pago dentro do prazo de um mês contado desde o referido vencimento. Se não for pago dentro desse "prazo de graça" a Entidade Seguradora notificará o obrigado ao pagamento que tem o recibo à sua disposição para sua liquidação e aquele fica obrigado a satisfazer o prémio no domicílio da Entidade Seguradora.
 - c) Se por qualquer motivo que lhe seja imputável, a Entidade Seguradora não tenha apresentado o recibo para cobrança na data de vencimento ou dentro do prazo dos trinta dias seguintes, e devido a tal o prémio não tenha sido pago, aquela deverá notificar tal facto ao obrigado ao pagamento para o último domicílio que este lhe tenha comunicado, por carta registada ou meio equivalente, concedendo-lhe um novo prazo de um mês para que aquele satisfaça esse montante à Entidade Seguradora.

- d) **Decorridos os prazos previstos nas alíneas b) e c) acima sem que o prémio tenha sido pago, a cobertura da Entidade Seguradora ficará automaticamente suspensa e, se o pagamento prémio não ocorrer dentro dos seis meses seguintes ao fim desses prazos, o contrato cessará também de forma automática.**
5. Poderá acordar-se que o pagamento do prémio anual será fracionado, aplicando-se o suplemento/adicional/acréscimo correspondente. Este fracionamento e seu acréscimo constarão das Condições Particulares.
- O regime fixado neste artigo para o pagamento do prémio anual entende-se ser aplicável ao pagamento de cada um dos recibos em que o prémio se fracione.
- 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.**
6. Em cada renovação do contrato, o valor do prémio anual será determinado em função da idade actuarial do Segurado à data de cada renovação.

Artigo 9.º. Pagamento das prestações

Comprovado o falecimento do Segurado e a causa do mesmo, a Mútua pagará no seu domicílio social o capital acordado ao(s) Beneficiário(s) designado(s).

A Mútua, logo que tenha sido recebida e analisada a documentação a que se refere o artigo 7.º das presentes Condições Gerais, se a considerar suficientemente comprovativa dos elementos essenciais, entregará ao Segurado ou, se aplicável, aos Beneficiários, a quantia segurada (prestação garantida) que no caso seja devida.

Na eventualidade de que no momento do pagamento da prestação que seja devida estivesse pendente de pagamento alguma fração do prémio devido, o montante de prémio que falte liquidar será descontado na prestação a cargo da Seguradora.

Artigo 11.º.- Designação dos Beneficiários

Serão Beneficiários explícitos/expessos da prestação por falecimento os que sejam livremente designados pelo Tomador. Essa designação expressa poderá fazer-se na Apólice, ou numa declaração escrita subsequente ou em testamento. 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 o próprio Segurado.

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 do Segurado, 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 do Segurado, com direito de representação em caso de premoriência de algum deles;
- 3.º - Os netos do Segurado;
- 4.º - Os pais do Segurado;
- 5.º - Os irmãos do Segurado.

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.

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

No caso de inexistir quer designação expressa de Beneficiários quer Beneficiários condicionais, a prestação devida formará parte do património do Segurado para efeitos da sua sucessão.

Artigo 12.º.- Efeitos e Duração do Seguro

A Apólice de Seguro e as suas modificações, ampliações ou aditamentos deverão ser formalizadas por escrito.

O Seguro entrará em vigor para cada Segurado-Aderente às 00:00 horas, caso não se indique expressamente outra hora, do dia indicado nas Condições Particulares da Apólice, depois de estar assinado o contrato e desde que a Entidade Seguradora tenha cobrado o primeiro recibo do prémio.

A duração do Seguro é acordada pelo período de tempo de um ano, tal como consta das Condições Particulares da Apólice. O contrato prorrogar-se-á tácita e automaticamente por sucessivos períodos de um ano, **salvo se alguma das partes se opuser a tal prorrogação mediante envio de comunicação escrita à outra, com uma antecedência mínima de 2 (dois) meses em relação à data de vencimento do prazo contratual que à data estiver em curso.**

Em qualquer caso o Contrato de Seguro extinguir-se-á:

- a) **No final da anuidade em que o Segurado completar 70 anos de idade actuarial.**
- b) **Em caso de falta de pagamento do prémio.**
- c) **No vencimento do contrato.**

A cessação do seguro produzirá efeitos desde a data em que se tenha verificado o facto que dê lugar à mesma.

Artigo 13.º.- 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, conforme dispõe o art.12º da LCS (DL 72/2008).

Artigo 14.º.- Comunicações

- 1.- As comunicações à Entidade Seguradora por parte do Tomador-Segurado ou Beneficiário, realizar-se-ão por escrito endereçado para a sede social daquela indicada na Apólice.
- 2.- As comunicações da Entidade Seguradora ao Tomador, ao Segurado 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 15.º Instâncias de Reclamação e Jurisdição

Sem prejuízo do disposto na regulamentação legal sobre Conduta de Mercado em tema de reclamações (NR 10/2009), 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 16.º. Cláusula de indemnizações a cargo de Fundos de Garantia legalmente constituídos e suas exclusões

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 possa ter legalmente aplicação nesses casos, com ressalva das situações expressamente excluídas do âmbito de cobertura do mesmo.

Artigo 17.º - 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 ente 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 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 DESTE SEGURO "PSN MAXIVIDA", 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.: _____

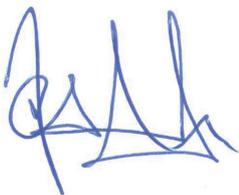
N.I.F. nº. _____

B.I.nº: _____

O SEGURADO DO SEGURO

Devolver uma cópia assinada à Entidade Seguradora.

O TOMADOR DO SEGURO



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