

CONDICÕES GERAIS DO SEGURO “PSN SILT PROFISSIONAL”

Artigo Preliminar

O presente Contrato de Seguro rege-se pelas presentes Condições Gerais, pelo estabelecido nas Condições Particulares da presente Apólice e, quando aplicável, pelas Condições Especiais e Suplementos da Apólice deste Seguro, sendo ainda regido pelo Regime Jurídico do Contrato de Seguro, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 72/2008, de 16 de abril, e por todo o normativo legal e regulamentar nacional e comunitário que seja aplicável, bem como as normas que os alterem, complementem ou substituam.

As Condições Particulares e, se for o caso, as Condições Especiais e Suplementos da Apólice, necessariamente assinados pelas partes, referir-se-ão expressamente ao presente Contrato, constituindo, juntamente com o boletim de adesão e as presentes Condições Gerais, assim como com os eventuais Anexos, no seu conjunto, a Apólice de Seguro PSN SILT PROFISSIONAL.

Com exceção das disposições imperativas, prevalecerá o que for acordado pelas partes relativamente às normas dispositivas. Em caso de conflito entre o que foi acordado pelas partes, prevalecerá sempre o estabelecido nas Condições Particulares sobre as Condições Gerais e, se for o caso, sobre as Condições Especiais.

Artigo 1.- Definições

Para efeitos da presente Apólice, entende-se por:

- **Mútua ou Entidade Seguradora:** PREVISIÓN SANITARIA NACIONAL, PSN, MUTUA 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 “Registro 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 Lisboa, na Avenida João XXI, número 70, r/c direito, 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 entidade seguradora e mediante a cobrança do prémio, assume a cobertura dos riscos nos termos e nas condições da Apólice.
- **Tomador do Seguro:** Pessoa singular ou coletiva que, reunindo os requisitos estabelecidos nos Estatutos da Mútua para adquirir a qualidade de Mutualista, em nome próprio, subscreve com esta o Contrato de Seguro de que fazem parte as presentes Condições Gerais, assumindo os direitos e as obrigações do mesmo, salvo os que, por sua natureza, cabem à Pessoa Segura ou ao Beneficiário.
- **Segurado/Pessoa Segura:** A pessoa singular sobre a qual incide o risco e que assume as obrigações para ela decorrentes do Contrato.
- **Contrato de seguro/Apólice:** Documento que titula o contrato de seguro celebrado entre o Tomador de Seguro e a Entidade Seguradora, do qual fazem parte integrante as Condições Gerais, as Especiais e as Particulares, que individualizam o risco, a proposta de seguro e questionário, bem como os suplementos ou adendas emitidos para o completar ou modificar.
- **Proposta/Questionário:** Impresso ou impressos facultados pela Entidade Seguradora nos quais o Tomador e/ou a Pessoa Segura descrevem o risco que desejam segurar e declaram os dados e circunstâncias, especialmente as do estado de saúde e rendimentos do segurado, que possam influenciar a avaliação do risco.
Prestação: Obrigação financeira assumida pela Entidade Seguradora/Mútua perante a Pessoa Segura ou o Beneficiário quando ocorre um sinistro durante a vigência do Seguro. O montante das quantias seguradas para cada garantia contratada é o que figura nas Condições Particulares da Apólice.
- **Prémio:** Preço do Seguro ao qual acrescem as sobretaxas e impostos legalmente aplicáveis.
- **Discriminação dos Prémios:** Nas Condições Particulares, e sempre que adequado de acordo com as garantias contratadas, indicar-se-á a discriminação dos valores dos prémios.
- **Contingência/Sinistro:** Evento cujas consequências estão cobertas por alguma das garantias da Apólice. Considerar-se-á que o conjunto de danos, sequelas e consequências resultantes de um mesmo evento constitui um único sinistro.
- **Doença:** Alteração involuntária da saúde da Pessoa Segura que impede, totalmente, o exercício da sua atividade profissional ou laboral declarada, comprovada pelo diagnóstico e relatório de um médico legalmente autorizado a exercer.
- **Acidente:** Sem prejuízo da delimitação do risco estabelecida no presente contrato, entende-se por acidente a lesão corporal resultante de uma causa violenta, súbita, externa e alheia à intencionalidade da Pessoa Segura, que suscite a Incapacidade ou morte deste.
- **Acidente profissional:** Qualquer acidente que ocorra no local de trabalho habitual, no trajeto da ida ou regresso entre a residência e o local de trabalho (“in itinere”) ou em qualquer lugar na sequência da realização de atividades inerentes à atividade profissional

declarada no requerimento e/ou indicada nas Condições Particulares da Apólice.

- **Idade Atuarial:** é a idade da Pessoa Segura, calculada a partir da data de aniversário mais próxima, mesmo que esta ainda não tenha ocorrido.
- **Período de carência:** Período contado a partir da data de início da vigência do Contrato para cada garantia contratada, durante o qual a garantia contratada não produz efeitos.
- **Franquia:** Número de dias consecutivos, contados a partir do início do sinistro durante os quais não será paga qualquer prestação de acordo com o estipulado nas Condições Particulares.

Artigo 2.- Bases do contrato

1. O presente Contrato de Seguro apresenta-se como um produto de livre adesão contratado por conta alheia, correspondendo todos os direitos do Tomador do Seguro ao Segurado ou a quem, se for o caso, assumam as obrigações que o Regime Jurídico do Contrato de Seguro, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 72/2008, de 16 de abril, em matéria de Contrato de Seguro, impõe ao Tomador do Seguro.
- 2.- O presente Contrato de Seguro estabelece-se com base nos dados fornecidos no Requerimento do Seguro pelo Tomador do Seguro e, necessariamente, pelo Segurado na declaração sobre o seu estado de saúde, sobre a atividade profissional e/ou laboral declarada e sobre os rendimentos anuais auferidos resultantes do seu exercício, em conformidade com o questionário facultado pela Mútua. Estes documentos, juntamente com relatórios e/ou exames médicos que a Mútua considere necessários para a correta estimativa do risco a cobrir, assim como com a Apólice, constituem um todo unitário que, por sua vez, representa a base do Seguro. A declaração do estado de saúde da Pessoa Segura deve ser preenchida da maneira mais exaustiva e completa possível, devendo nela indicar-se qualquer circunstância que possa influenciar, de qualquer forma, a avaliação do risco.
- 3.- Após a receção do Requerimento de Seguro ou do Proposta, a Seguradora reserva-se o direito de recusar a emissão da Apólice, notificando tal decisão ao solicitante.
- 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.- **Se o conteúdo da Apólice ou do Certificado Individual for diferente da proposta de seguro, do Proposta ou das cláusulas acordadas, o Tomador do Seguro ou o Segurado poderá apresentar uma reclamação junto da Entidade Seguradora, no prazo de um mês a contar da data de entrega da Apólice, para que esta resolva a divergência existente.** Findo esse prazo, sem que tenha sido apresentada qualquer reclamação, aplicar-se-á o disposto na Apólice.
- 6.- **O Tomador do Seguro ou, se for o caso, o Segurado poderá, mediante notificação enviada por correio registado dentro do prazo de trinta dias a contar da data em que a Mútua lhe entrega a Apólice ou um documento de cobertura provisional, rescindir unilateralmente o Contrato de Seguro.** A partir da data de envio dessa notificação, cessará a cobertura do risco por parte da Entidade Seguradora e o Tomador do Seguro ou, se for o caso, o Segurado, terá direito à devolução do Prémio eventualmente pago, exceto o montante correspondente ao período em que o contrato vigorou.
- 7.- O Contrato de Seguro e as suas alterações e aditamentos são incontestáveis a partir de um ano, a contar da data da sua celebração ou da data em que cada uma dessas alterações e aditamentos produz efeitos, exceto se o Tomador do Seguro ou o Segurado tiver agido com dolo.
- 8.- Em caso de extravio, furto ou destruição da Apólice, o Tomador do Seguro notificará, por correio registado, a Entidade Seguradora que, de acordo com as disposições legais vigentes, procederá à emissão de um duplicado da mesma.
9. **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 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.**
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 cessa 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 inexistente (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 inexistente; 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 inexistente, não cobre o sinistro e fica apenas vinculada à devolução do prémio.

Artigo 3.- Limites à Contratação

Por idade: Não são seguráveis pessoas menores de 16 anos, as legalmente incapacitadas, as pessoas com idade superior a 69 anos. Para este efeito, entender-se-á como idade da Pessoa Segura os anos completados à data de aniversário do seu nascimento mais próxima da data em que o seguro produz efeitos.

Por estado de saúde: Também não poderão segurar-se e, em qualquer caso, o seguro será nulo de pleno direito para as mesmas, as pessoas afetadas, antes da contratação do seguro, por qualquer doença, lesão, sequele ou deficiência física ou psíquica que não seja declarada aquando do preenchimento do questionário de saúde pelo Tomador do Seguro ou pela Pessoa Segura, nem conhecida nem aceite expressamente pela Entidade Seguradora.

Por atividade profissional declarada e respetiva remuneração auferida: Só poderão ser seguradas as pessoas que desenvolvem uma atividade profissional e/ou laboral mediante remuneração financeira e o montante da cobertura de incapacidade total temporária para a atividade profissional e/ou laboral limitar-se-á ao montante líquido de tal retribuição que não esteja coberto ou garantido em caso de incapacidade para a atividade profissional ou laboral pelo Organismo Público correspondente ou por uma Apólice de seguro privado subscrita para o mesmo efeito.

Não poderão segurar-se as pessoas cujo domicílio e residência habitual estejam situados fora do território português.

Artigo 4.- Objeto do seguro

A Entidade Seguradora compromete-se, dentro dos limites e das condições estipuladas na presente Apólice, a satisfazer as prestações acordadas para cada cobertura nas Condições Particulares da Apólice.

As coberturas suscetíveis de contratação são as enumeradas a seguir, detalhadas mais adiante:

1. Coberturas principais de contratação obrigatória por:
 - Incapacidade Laboral Total Temporária da Pessoa Segura, nos termos do artigo 5.º e seguintes;
2. Cobertura complementares opcionais por:
 - Hospitalização da Pessoa Segura.

A referida cobertura complementar está condicionada à contratação da cobertura principal do Seguro

Artigo 5.- Cobertura principal por incapacidade laboral total temporária

5.1. Objeto e extensão da cobertura:

A Mútua garante à Pessoa Segura o pagamento do montante diário estipulado nas Condições Particulares da Apólice o qual, em caso algum, poderá ser superior ao prejuízo económico resultante da sua situação de incapacidade, com uma periodicidade mensal, enquanto durar a incapacidade total temporária para a atividade profissional ou até atingir-se o período máximo de prestação indicado nas Condições Particulares da Apólice, mesmo que a incapacidade se prolongue por um período de tempo superior ao referido período máximo.

Para efeitos desta cobertura, entender-se-á por Incapacidade Total Temporária para a Atividade Profissional, a que resulta de doença ou acidente da Pessoa Segura que a impossibilite totalmente de realizar a atividade profissional expressamente declarada a esta Mútua e coberta pela Apólice.

5.2. Casos especiais com períodos de cobertura limitados relativamente ao prazo máximo estabelecido no parágrafo anterior:

- a) A Mútua garante o pagamento da indemnização diária estabelecida nas Condições Particulares da Apólice por incapacidade total temporária para a atividade profissional da Pessoa Segura durante a gravidez, resultante de patologias relacionadas com o seu estado de gravidez, com um prazo máximo de cobertura limitado, quer seja de forma consecutiva ou em períodos alternados, a 30 dias por gravidez, mesmo que a incapacidade total temporária para a atividade profissional por este motivo seja de maior duração, uma vez deduzidos os dias de franquia que figuram nas Condições Particulares.

Cessar-se-á o direito ao pagamento da prestação neste caso especial pelos seguintes motivos: pelos estabelecidos no artigo 13.5, bem como no momento do parto ou por acesso à situação legal de licença de maternidade.

Esta prestação terá um período de carência máximo de oito meses a contar da data em que o seguro produz efeitos.

- b) Em caso de parto ou cesariana da Pessoa Segura, a Mútua garante o pagamento de uma indemnização única equivalente a 20 dias do montante diário contratado para esta cobertura. Para o pagamento desta prestação não será tida em consideração a franquia que, se for o caso, possa ter sido contratada. Esta prestação terá um período de carência máximo de oito meses a contar da data em que o seguro produz efeitos.

Os casos especiais deste parágrafo só estão garantidos no caso de a Pessoa Segura ser maior de 16 anos e ter menos de 45 anos de idade atuarial.

5.3. Exclusões específicas para a cobertura principal por incapacidade total temporária para a atividade profissional:

1. As situações de Incapacidade Total Temporária para a atividade profissional resultantes de tratamentos de fertilidade e infertilidade, assim como de qualquer tratamento ou consequência de tais eventos.
2. Qualquer doença derivada ou relacionada com o HIV (Síndrome de Imunodeficiência Adquirida - SIDA, incluindo os quadros derivados de mutações ou variantes) e com a Hepatite C, seja qual for, em todos os casos, o seu mecanismo de transmissão.
3. Quaisquer doenças mentais e psíquicas, síndrome cerebral orgânica e/ou transtorno mental orgânico, esquizofrenias e psicose não esquizofrénicas, transtornos da personalidade, ansiedade, depressão, stress, síndrome de "burn-out", patologias psicossomáticas, neuropsiquiátricas e dependências, para além de todas as doenças descritas nos manuais de diagnóstico da OMS e da Associação Americana de Psiquiatria: CIE-9 do 290 ao 319, CIE-10 do F-00 ao F-99 e, por último, o DSMIII-R do 290.00 ao 319.00, bem como os 799.90, os 780.50 e os códigos V, com as suas futuras revisões.
4. Cirurgia plástica e Reparadora com intenção estética, exceto se for consequência direta de doença ou acidente ocorrido durante a vigência do seguro.
5. Qualquer tratamento odontológico, com intenção estética, reabilitadora ou com outra finalidade, exceto se for consequência direta de um acidente ocorrido durante a vigência da Apólice. Não ficarão excluídos os processos agudos por doença ou acidente ocorrido durante a vigência da Apólice quando exigem um internamento hospitalar e durante o período de tempo em que este durar.
6. Síndromes e manifestações clínicas, orgânicas e funcionais, derivadas de patologias crónicas e/ou degenerativas do aparelho locomotor, especialmente artroses (códigos C1E-10: M15 a M-19, ambos inclusivamente), condromalacia (C1E-10 m.94.2) e condromalacia rotuliana (C1E-10: M22-4) e os seus tratamentos.
7. Hérnias disciais de qualquer etiologia e localização, e as suas consequências.
8. Síndromes dolorosas não específicas sem diagnóstico etiológico.
9. Fibromialgia e síndrome da fadiga crónica.
10. Tratamentos e/ou agravamentos ou reagudização de doenças ou processos patológicos preexistentes que não tenham sido expressamente aceites pela Seguradora Mútua.
11. Qualquer tratamento médico ou processo cirúrgico que seja efetuado fora do território Português, exceto os quadros agudos ocorridos durante a estadia, suficientemente justificados, ou salvo autorização expressa da Mútua.

5.4. Atividades profissionais seguráveis:

São previstos dois tipos de atividades seguráveis:

- A) O exercício livre e por conta própria da profissão declarada.
- B) A permanência médica ou outras atividades profissionais realizadas pela Pessoa Segura, no âmbito de uma relação laboral ou como funcionário por conta de outrem, sempre que a remuneração que teria correspondido à mesma não esteja assumida ou garantida, no caso de não poder realizá-las, quer pela Segurança Social, pela própria Entidade Patronal, por outra Entidade Seguradora ou de qualquer outra forma.

5.5. Reajustes automáticos da indemnização diária:

A cobertura poderá contratar-se com ou sem redefinição automática da indemnização diária. No primeiro caso, as prestações seguradas serão automaticamente redefinidas a cada vencimento anual na mesma proporção que a variação do Índice de Preços no Consumidor (IPC), publicado pelo Instituto Nacional de Estatística no dia 30 de novembro do ano imediatamente anterior ao da renovação do contrato. Os prémios serão redefinidos da mesma forma, sem prejuízo da aplicação do previsto no número 7 do artigo 10.6 destas Condições Gerais.

A redefinição automática aplicar-se-á apenas aos sinistros cujo início ocorra após a data em que esta tenha lugar, não se aplicando aos processos iniciados antes dessa data.

5.6. Cláusula "bonus-malus":

No caso de renovações sucessivas da Apólice, estabelece-se um sistema de bonificação ou penalização da mesma em função da sua sinistralidade no ano anterior e que se aplicará sem prejuízo do disposto no artigo 11.6. destas Condições Gerais.

A Apólice inicia-se no ponto neutro, ou seja, na tarifa normal da Mútua. Durante o primeiro ano da Apólice, pode ocorrer:

- Se não existir nenhum pagamento de prestação, o prémio da cobertura de incapacidade temporária para a atividade profissional do ano seguinte será bonificado com uma subida de nível e com o desconto correspondente sobre o prémio líquido do ano anterior, sem impostos.
- Se existirem pagamentos de prestações por um número total de dias igual ou inferior a 15, o prémio do ano seguinte da cobertura de incapacidade temporária para a atividade profissional permanecerá no mesmo nível em que se encontrava no ano anterior.
- Se existirem pagamentos de prestações por um número total de dias superior a 15, o prémio do ano seguinte será penalizado com uma descida de nível.

Em anos sucessivos posteriores e consecutivos ao primeiro:

- Se não existir nenhum pagamento de prestação, o prémio do ano seguinte será bonificado com uma subida de nível.
- Se existirem pagamentos de prestações por um número total de dias igual ou inferior a 15, o prémio de incapacidade temporária para a atividade profissional do ano seguinte permanecerá no mesmo nível em que se encontrava no ano anterior.
- Se existirem pagamentos de prestações por um número total de dias superior a 15 e inferior a 45, o prémio de incapacidade temporária para a atividade profissional do ano seguinte será penalizado com uma descida de nível.
- Se existirem pagamentos de prestações por um número total de dias igual ou superior a 45, o prémio de incapacidade temporária para a atividade profissional será penalizado com duas descidas de nível.

5.6.1. Descontos sobre o prémio:

- 1.º ano sem descidas: - 5 % sobre o prémio
- 2.º ano sem descidas: - 15 % sobre o prémio
- 3.º ano sem descidas: - 25 % sobre o prémio

5.7. Período de carência:

Se a incapacidade total temporária para a atividade profissional resultar de uma doença, haverá um período de carência de VINTE DIAS, a contar da data em que o contrato produz efeitos, de modo que esta cobertura só será efetiva para doenças cujo início ocorra ao vigésimo primeiro dia a partir dessa data.

Se a incapacidade total temporária para a atividade profissional resultar de um acidente, não haverá qualquer período de carência, sendo que a cobertura entrará imediatamente em vigor na data do evento.

Para os casos especiais com períodos de cobertura limitados previstos no parágrafo 2 deste artigo, o período de carência, a contar da data em que a Apólice produz efeitos, será de oito meses no máximo.

Não serão cobertos, em caso algum, os processos patológicos cujo início tenha ocorrido antes ou durante o período de carência, nem as consequências de acidentes ocorridos antes da data em que o contrato produz efeitos.

5.8. Período de franquia:

Apenas no caso especial de parto, em conformidade com o artigo 5.2, alínea b) destas Condições Gerais, não se aplicará nenhum período de franquia.

5.9. Período de prestação:

- A prestação diária será devida uma vez decorrido o período de franquia fixado nas Condições Particulares, sempre que o Tomador do Seguro, a Pessoa Segura e/ou um terceiro autorizado participem do sinistro à Mútua no prazo de oito dias após o início da incapacidade total temporária.
- Decorrido o dito prazo sem que a Mútua tenha conhecimento do sinistro, considerar-se-á como data de início da incapacidade o dia da participação do mesmo e/ou da apresentação do requerimento de prestação, de modo que, a partir dessa data, iniciar-se-á o período de franquia e, só no termo deste período, se dará início ao pagamento da prestação.
- Nenhuma Pessoa Segura poderá exigir e/ou receber prestações por um mesmo processo patológico, seja consecutivamente ou em períodos alternados, por um período de tempo superior ao prazo máximo indicado nas Condições Particulares da Apólice.
- Cessará a prestação no momento em que a Pessoa Segura puder retomar as suas ocupações profissionais, mesmo que parcialmente e ainda que não tenha recebido alta da Segurança Social e, em qualquer caso, quando for atingido o período máximo de prestação indicado nas Condições Particulares da Apólice ou quando ocorrer qualquer um dos casos de extinção do seguro previstos no artigo 13.5 destas Condições Gerais.
- A prestação pela cobertura principal por Incapacidade Laboral Total Temporária é incompatível com qualquer uma das prestações por Incapacidade Permanente Total para a realização da atividade habitual e por Incapacidade Permanente Absoluta para a realização de qualquer atividade, de tal modo que o pagamento de uma destas implica a cessação daquela.

Artigo 6.- Cobertura complementar por Hospitalização

A. Capital garantido

A Entidade Seguradora à Pessoa Segura o pagamento da indemnização diária estabelecida nas Condições Particulares da Apólice

se, como consequência de uma doença contraída ou de um acidente sofrido durante a vigência do Seguro e que estejam cobertos por esta garantia, a Pessoa Segura tiver que ser necessariamente internada num hospital durante mais de 24 horas.

A indemnização é devida durante o período de tempo em que a Pessoa Segura esteja inscrito como paciente internado do hospital por doença ou acidente e com um máximo de 365 dias, independentemente de haver ou não uma intervenção cirúrgica.

Para efeitos desta cobertura, entende-se por hospital o estabelecimento legalmente autorizado para o tratamento médico de doenças ou lesões corporais, equipado com os meios necessários para efetuar diagnósticos e intervenções cirúrgicas e dotados de serviços médicos e de enfermaria durante 24 horas por dia. Os tratamentos oferecidos nesse estabelecimento devem ser prestados por pessoal médico devidamente habilitado.

Não são considerados hospitais, para efeitos do seguro, as residências, asilos, estâncias termas, casas ou clínicas de repouso, instalações especialmente dedicadas ao internamento e/ou tratamento das dependências de droga e de álcool ou à aplicação de métodos de perda de peso, repouso, rejuvenescimento ou semelhantes.

Se, no prazo de doze meses a seguir a uma hospitalização pela qual foram pagas indemnizações no âmbito desta cobertura, a Pessoa Segura tiver que ser novamente internada num hospital pela mesma razão ou por motivos relacionados com o internamento anterior, a nova hospitalização será considerada, para todos os efeitos, como um prolongamento da hospitalização anterior.

Quando o período decorrido entre ambos os internamentos for superior a doze meses, o segundo será considerado como um novo período de hospitalização.

B. Períodos de carência

Se a hospitalização resultar de uma doença e não se estabelecer outro nas Condições Particulares da Apólice, haverá um período de carência de TRÊS MESES a contar da data em que o seguro produz efeitos, durante o qual esta cobertura não entrará em vigor.

Se a hospitalização resultar de um acidente, ocorrido, de qualquer forma, após a data em que o seguro produz efeitos, não haverá qualquer período de carência.

C. Exclussões específicas para a cobertura complementar por Hospitalização

- Qualquer doença ou intervenção cirúrgica resultante ou relacionada com o V.I.H. (Síndrome de Imunodeficiência Adquirida - SIDA, incluindo os quadros derivados de mutações ou variantes) e com a Hepatite C, seja qual for, em todos os casos, o seu mecanismo de transmissão.
- A cirurgia estética e a cirurgia plástica e reparadora de lesões, que não sejam consequência de doenças ou acidentes cobertos pela Apólice, bem como as operações e tratamentos de mudança de sexo.
- Os tratamentos de fertilidade ou infertilidade, hemodiálises, curas de reabilitação, neuroses, fadiga crónica, epilepsia idiopática.
- Os ferimentos autoinfligidos e lesões causadas por tentativa de suicídio, frustrado ou consumado.
- Acidentes ou doenças imputáveis a estados de perturbação mental do Segurado, alterações e anomalias do pensamento, bem como os derivados do consumo intencional de bebidas alcoólicas, estupefacientes, drogas ou medicamentos, a não ser que estes últimos tenham sido prescritos por um médico devidamente habilitado.
- Partos eutócicos. Estão cobertas as hospitalizações devidas a partos distócicos, com ou sem intervenção cirúrgica, uma vez decorrido o prazo máximo de oito meses de carência específico para estes casos.
- Os que a Pessoa Segura puder vir a sofrer durante a prática de alguma das atividades a seguir mencionadas:
 - A prática profissional de qualquer desporto.
 - A participação em provas desportivas de competição ou de exibição ocupando um veículo como piloto, copiloto ou simples passageiro.
 - A prática, embora como mero amador, da aeronáutica, incluindo voo com motor ou sem motor, voo em asa-delta e desportos semelhantes e paraquedismo, de mergulho com ou sem equipamentos autónomos de respiração, de qualquer tipo de exercícios náuticos a remo, vela, motor ou de natação realizados em lagos ou no mar a uma distância superior a uma milha da costa, de alpinismo, de espeleologia, de esqui dentro ou fora de pistas e instalações e de caça.
 - As viagens aéreas realizadas em circunstâncias em que a Pessoa Segura não ocupa o lugar de simples passageiro, em aeronaves devidamente autorizadas para o transporte público de passageiros.
 - Os acidentes ocorridos durante expedições, missões ou deslocamentos fora do país de residência habitual para realizar atividades de qualquer tipo (lúdicas, desportivas, de exploração, profissionais, científicas, humanitárias, etc.) que, por suas características ou finalidade, pelo lugar em que se desenvolvem ou por outras circunstâncias, impliquem um aumento de risco ou perigo superior ao de uma viagem turística, científica ou profissional normal.

Artigo 7.- Riscos excluídos

Ficam excluídos de todas as coberturas e garantias da Apólice, para

além das limitações e exclusões específicas para cada uma delas, os eventos e situações seguintes:

1. Os riscos produzidos durante conflitos armados (quer haja, ou não, declaração de guerra), terrorismo, rebelião, insurreição, perturbações da ordem pública e, em geral, todos os riscos extraordinários cobertos por qualquer organismo público ou privado.
2. Os resultantes por reação, radiação nuclear ou por contaminação radioativa.
3. Os riscos derivados do consumo de álcool, drogas ou estupefacientes.
4. Os originados durante brigas ou confrontos (exceto em caso de legítima defesa), e durante a comissão ou tentativa de delito pela própria Pessoa Segura.
5. Os riscos motivados pela exposição deliberada a perigos desnecessários, exceto no âmbito de uma tentativa de salvar uma vida humana.
6. O suicídio, a tentativa de suicídio e as consequências resultantes do mesmo até que tenha decorrido um ano a contar da data em que o contrato produz efeitos ou de qualquer alargamento posterior da cobertura.

Artigo 8.- 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 extravasem os limites da contratação estabelecidos no artigo 3º destas Condições, as que impliquem a cessação ou fim do Seguro em conformidade com o disposto no Artigo 14.5 destas Condições, e as seguintes:

- a) Alterações quanto à atividade laboral ou profissional declarada ou relacionadas com o posto de trabalho.
- b) Diminuição do rendimento declarado.
- c) Alterações das condições de trabalho ou da cobertura total ou parcial de rendimentos por parte da Segurança Social, da própria Entidade Patronal ou por qualquer outro meio.
- d) A subscrição de qualquer outro seguro que cubra o mesmo risco ou um risco semelhante.

Se o Tomador do Seguro e/ou o Segurado, 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.

2. O agravamento do risco poderá ser aceite, ou não, pela Mútua, de acordo, em todo o caso, com os procedimentos estipulados no artigo 93.º e seguintes do Regime Jurídico do Contrato de Seguro.
3. Da mesma forma, o Tomador do Seguro ou o Segurado poderão comunicar à Seguradora todas as circunstâncias que diminuam o risco, para efeitos de uma possível redução dos prémios, no final do período em curso, em conformidade com o disposto no artigo 92.º do Regime Jurídico do Contrato de Seguro.

Artigo 9.- Realização do Risco e Processamento do Sinistro

A. Participação e Informação do Sinistro

O Tomador do Seguro, a Pessoa Segura, os Beneficiários ou um Terceiro autorizado deverão participar à Entidade Seguradora a ocorrência do sinistro no prazo máximo de oito dias a contar da data em que tiveram conhecimento do mesmo, devendo fornecer a documentação indicada nos parágrafos seguintes, sob a forma de documentos originais ou, se for preciso, devidamente legalizados, autenticados ou certificados.

O incumprimento por parte do Tomador do Seguro, da Pessoa Segura ou dos Beneficiários do dever de informar a Mútua sobre as circunstâncias e consequências do sinistro, implicará a perda do direito à indemnização no caso de se verificar dolo ou culpa grave. Entender-se-á que existe culpa grave quando o atraso em comunicar à Entidade Seguradora a ocorrência do sinistro determina a impossibilidade desta efetuar as verificações necessárias em relação à realidade e ao âmbito do sinistro.

A obtenção das informações que, em conformidade com os parágrafos anteriores, cabe ao Tomador do Seguro, à Pessoa Segura ou aos seus Beneficiários será suportada por estes, exceto os exames ou peritagens realizados por médicos, peritos ou especialistas diretamente designados pela Mútua, sendo que, neste caso, as despesas serão suportadas por esta.

B. Documentação necessárias em caso de Incapacidade Total Temporária para a Atividade Profissional.

A Pessoa Segura deverá comunicar à Mútua cada período ou processo de incapacidade para a atividade laboral ou profissional resultante de acidente ou doença no prazo máximo de oito dias, conforme estabelecido no parágrafo anterior, endereçando a correspondente participação de sinistro, por escrito, e/ou requerimento de prestação devidamente preenchido, bem como a seguinte documentação:

- Fotocópia do Cartão do Cidadão/NIF.

- Original ou cópia certificada da declaração inicial de incapacidade para a atividade profissional no caso de estar inscrito na Segurança Social.
- Em todo o caso, relatório do médico assistente e no qual devem constar os seguintes elementos: a etiologia, a sintomatologia, a limitação da capacidade funcional, a evolução e o diagnóstico do processo patológico determinante do sinistro, a sua incidência sobre as atividades profissionais da Pessoa Segura e respetivo prognóstico quanto à possível duração da doença, bem como os dados contidos no questionário facultado a esse respeito pela Mútua.
- Declarações periódicas de incapacidade para a atividade profissional no caso de estar inscrito na Segurança Social (documentos originais ou cópias certificadas) e, se não estiver inscrito, relatórios quinzenais do médico assistente.
- Em caso de parto, relatório médico e certidão de nascimento.

A Mútua poderá solicitar informações complementares além das anteriormente enumeradas caso considere que estas são necessárias para a verificação e âmbito do sinistro.

A Pessoa Segura e/ou os seus familiares deverão permitir a visita dos médicos designados pela Mútua, tanto no domicílio da Pessoa Segura como no centro hospitalar onde se encontra internado, para efeitos de comprovação do estado de saúde e/ou da evolução da doença ou do acidente. Neste sentido, a Pessoa Segura exonera do segredo profissional o médico assistente. A recusa por parte da Pessoa Segura e/ou dos seus familiares relativamente a estas visitas ou ao fornecimento das informações solicitadas resultará na cessação do pagamento das prestações. **A Pessoa Segura deverá comunicar imediatamente à Mútua o término da sua situação de Incapacidade Total Temporária**, facultando, se for o caso, a declaração de alta médica emitida pela Segurança Social ou, se não estiver inscrito, a alta médica assinada pelo médico assistente.

C. Hospitalização da Pessoa Segura:

- Impresso para requerimento de indemnização totalmente preenchido e assinado e, em todo o caso, documento escrito no qual constem: os seus dados de identificação e os do Tomador do Seguro, a identificação do estabelecimento de saúde onde se encontra ou onde esteve hospitalizado, o motivo da hospitalização e as datas de admissão e, se for o caso, da alta médica.
- Relatório ou historial clínico de internamento hospitalar emitido pelo estabelecimento de saúde e assinado pelo médico responsável, no qual constem as datas de admissão e de alta e a origem e os antecedentes da doença ou do acidente que suscitaram a admissão, bem como a evolução do processo ou da doença da Pessoa Segura.

Artigo 10.- Pagamento de 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 da Apólice e, na ausência de acordo, no domicílio da Pessoa Segura ou, se for o caso, do Tomador do Seguro.
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 resolver 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 do Segurado ficará suspensa 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 cessado ou não tiver sido resolvido em conformidade com os parágrafos anteriores, a cobertura produzirá novamente efeitos no prazo de vinte e quatro horas a contar do dia em que a Pessoa Segura ou, se for o caso, o Tomador do Seguro, pagar o prémio.

4. Nas Condições Particulares poderá acordar-se o pagamento dos recibos de prémio através de domiciliação bancária. Nesse caso, as normas de aplicação serão as seguintes:

- a) A Pessoa Segura ou, se for o caso, o Tomador do Seguro entregará à Entidade Seguradora uma carta assinada por si e dirigida à sua Instituição de Crédito, autorizando-os a proceder aos débitos diretos a favor da Mútua.
- b) Considerar-se-á que o prémio foi pago dentro do prazo sempre que for pago no prazo de um mês a contar do dia do seu vencimento. Se não for pago nesse prazo, a Entidade Seguradora notificará à pessoa a quem cabe efetuar o pagamento que tem o recibo à sua disposição para pagamento e esta será obrigada a proceder ao pagamento na sede, local de representação ou agências da Entidade Seguradora.
- c) Se por qualquer motivo que lhe seja imputável, a Entidade Seguradora não apresentar o recibo para cobrança na data de vencimento ou dentro do prazo dos trinta dias seguintes, e se, ao fazê-lo, não for pago por qualquer motivo, deverá notificar tal facto à pessoa a quem cabe efetuar o pagamento no último domicílio comunicado por esta, por correio registado ou através de um meio indubitável, concedendo-lhe um novo prazo de um mês para que pague à Entidade Seguradora o montante respetivo.

- d) **Decorridos os prazos previstos nas alíneas b) e c) sem que o prémio tenha sido pago, a cobertura da Entidade Seguradora ficará automaticamente suspensa, pelo que se esta não reclamar o pagamento no prazo de seis meses a contar da data de vencimento, o contrato cessará automaticamente.**
5. Poderá acordar-se que o pagamento do prémio anual seja fracionado de forma semestral ou trimestral, aplicando-se a sobretaxa/adicional correspondente. Tal fracionamento e a sobretaxa correspondente serão mencionados nas Condições Particulares. 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 é fracionado. A Mútua poderá deduzir da prestação, cujo pagamento lhe incumbe, a parte correspondente ao prémio anual pendente de pagamento, no caso de ocorrer um sinistro que implique a cessação do seguro.
6. Em cada renovação do contrato, o prémio anual será determinado de acordo com as idades das Pessoas Seguras, as garantias da Apólice nesse momento e a sinistralidade produzida, aplicando-se as tarifas da Mútua, vigentes à data da renovação.

Artigo 11.- Pagamento de prestações

- A. Por incapacidade total temporária para a atividade profissional
1. Recebida e analisada a documentação a que se refere o artigo anterior, a Mútua, caso a considere suficientemente comprovativa, colocará à disposição da Pessoa Segura ou do Beneficiário a prestação garantida, cujo pagamento se efetuará mensalmente.
2. **Se tiverem decorrido dez dias sem que a Pessoa Segura tenha comprovado, nos termos do artigo 9 B, a continuação da sua situação de Incapacidade Total para a Atividade Profissional, isso dará direito à Mútua de interromper o pagamento das prestações até que a Pessoa Segura faculte a documentação comprovativa.**
3. No caso de a Mútua pagar prestações indevidas, correspondentes a períodos em que a Pessoa Segura tenha desenvolvido, de facto, a sua atividade laboral ou profissional ou por outros motivos, em conformidade com o presente contrato, esta poderá reclamar ao Segurado /Beneficiário o reembolso dos pagamentos indevidos.
4. Em caso de litígio entre as partes, estas submeterão o caso à decisão de peritos, em conformidade com o procedimento estabelecido nos artigos 50.º e 102º do Regime Jurídico do Contrato de Seguro (DL 72/2008, de 16 de Abril).

Artigo 12.- Impostos e taxas

Todos os impostos e taxas legalmente aplicáveis que onerem o presente contrato, os seus prémios e prestações, serão suportados pela Pessoa Segura, pelos seus Beneficiários ou, se for o caso, pelo Tomador do Seguro.

Sem prejuízo de quaisquer alterações subsequentes que possam ocorrer durante a sua vigência, o contrato está sujeito à normativa fiscal portuguesa.

Artigo 13.- Efeitos, duração e cessação do Seguro

1. A Apólice de Seguro e as suas alterações, ampliações ou aditamentos deverão ser formalizados por escrito.
2. O Seguro entrará em vigor para cada Pessoa Segura às 00:00 horas, salvo indicação expressa em contrário, do dia indicado nas Condições Particulares da Apólice, uma vez assinado o contrato e sempre que a Mútua tiver cobrado o prémio.
3. A duração do seguro para cada Pessoa Segura será indicada nas correspondentes Condições Particulares da Apólice e prorrogar-se-á tacitamente, **a menos que alguma das partes se oponha à sua prorrogação mediante notificação escrita à outra parte no prazo de, pelo menos, dois meses antes da data de vencimento do período em curso.**
4. **O contrato será nulo se, aquando da sua celebração, não existir o risco que se pretende garantir**, seja devido ao facto de a Pessoa Segura se encontrar incapacitada para o trabalho ou exercício da atividade profissional declarada, de este ter sido declarado inválido em qualquer grau de incapacidade, de não exercer, por motivo de reforma antecipada ou por outro motivo forçoso ou voluntário, a profissão declarada, ou por qualquer outro motivo.
5. **De qualquer forma, o seguro cessará quando a Pessoa Segura:**
- a) Mudar o seu domicílio para fora de Portugal, a menos que a Entidade Seguradora aceite expressamente a continuidade do seguro no prazo de quinze (15) dias a contar da receção da notificação de tal mudança.
- b) Cessar a sua atividade profissional e/ou laboral, seja por que motivo for.
- c) Receber uma prestação ou subsídio de desemprego.
- d) Receber uma pensão de Reforma ou por Incapacidade Permanente.

A cessação do seguro produzirá efeitos a partir da data em que ocorreu o evento que deu origem à mesma.

Artigo 14.- Prescrição

As ações judiciais decorrentes deste contrato prescreverão no prazo de cinco anos a contar da data em que possam ser instauradas, em conformidade com o número 2 do artigo 121.º do Regime Jurídico do Contrato de Seguro.

Artigo 15.- Notificações

1. As notificações à Entidade Seguradora por parte do Tomador do Seguro, da Pessoa Segura ou do Beneficiário realizar-se-ão por escrito e serão endereçadas para a sede ou local de representação daquela, conforme indicado na Apólice.
2. As notificações da Entidade Seguradora ao Tomador do Seguro, ao Segurado ou ao Beneficiário realizar-se-ão para o último endereço destes, por esta conhecido.

Artigo 16.- 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 17.- Tratamento de dados de carácter pessoal

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.

Ambas as partes assinaram o presente documento como prova de conformidade com o contrato subscrito.

Em _____ a _____ de _____ 20____

PELO TOMADOR DO SEGURO

Ass./Sr(a). _____

NIPC/ BI/C.C. nº. _____

PELA ENTIDADE SEGURADORA



PREVISIÓN SANITARIA NACIONAL, PSN, Mutua de Seguros y Reaseguros a Prima Fija

O Tomador do Seguro e/ou a Pessoa Segura declaram TER TOMADO CONHECIMENTO E ACEITAR, após a sua leitura, as presentes Condições Gerais e, no seu âmbito, especificamente as cláusulas que possam considerar-se LIMITATIVAS, assim como quaisquer EXCLUSÕES, e TER RECEBIDO antes da celebração do Contrato, uma cópia da NOTA INFORMATIVA DO SEGURO “PSN SILT PROFISSIONAL” com a informação requerida pelos artigos 18.º e seguintes do Regime Jurídico do Contrato de Seguro (DL 72/2008, de 16 de Abril).

Ass./Sr(a). _____

BI/C.C. nº. _____