

CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO DE GRUPO PSN ACIDENTES PESSOAIS

Cláusula Preliminar

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

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

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

Artigo 1º - Definições

Para efeitos da presente apólice entende-se por:

- **Mútua ou Entidade Seguradora:** PREVISIÓN SANITARIA NACIONAL, PSN, MÚTUA DE SEGUROS Y REASEGUROS A PRIMA FIJA, companhia de seguros de direito espanhol em Livre Prestação de Serviços em Portugal, com sede social em Madrid, Calle de Génova, número 26, CP 28004, matriculada no Registo Comercial de Madrid, no tomo 4.071, livro 0, secção 33, folha M-67736, com o código de identificação fiscal (C.I.F.) V-28230688, autorizada pela Dirección General de Seguros del Ministerio de Economía y Competitividad del Estado Español e estando devidamente registada no Registo de Entidades Seguradoras y Reaseguradoras dessa entidade com o código M0377, matriculada na Conservatória do Registo Comercial de Lisboa, com o número único de matrícula e de pessoa coletiva 980384087, autorizada pela Autoridade Portuguesa de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões, estando registada com o código 1180, entidade emissora desta apólice que, na sua condição de seguradora e mediante o pagamento do prémio a seu favor, assume o pagamento das prestações correspondentes à cobertura dos riscos objeto do presente contrato, nos termos e condições do mesmo.
- **TOMADOR DO SEGURO:** Pessoa singular ou coletiva que, preenchendo os requisitos exigíveis para adquirir a condição de Mutualista, subscreve com a Entidade Seguradora o contrato de seguro de que estas Condições Gerais fazem parte e assume os direitos e os deveres decorrentes do mesmo, salvo aqueles que, pela sua natureza, correspondem à Pessoa Segura ou ao Beneficiário.
- **SEGURADO ou PESSOA SEGURA:** A pessoa singular cuja vida, saúde ou integridade física, nos termos e condições deste contrato, se cobre o respetivo risco e é o titular dos interesses objeto deste Contrato. Caso seja pessoa diversa do Tomador, não adquirirá a condição de mutualista (que corresponde ao Tomador) e será necessário o seu consentimento, por escrito, para a contratação da Apólice, assumindo os direitos e as obrigações que para ele derivam deste Contrato.
- **BENEFICIÁRIO(S):** Pessoa singular ou coletiva designadas pelo Tomador do Seguro ou por pessoa a favor da qual aquele tenha validamente cedido a faculdade de o designar, como titular do direito a receber, no seu lugar, as prestações previstas neste contrato de seguro. Se não existirem beneficiários expressamente designados, aplicam-se, para a sua determinação, as regras estabelecidas no artigo 14.º das presentes Condições Gerais.
- **CONTRATO DE SEGURO/APÓLICE:** Documento que titula o contrato celebrado entre o Tomador de Seguro e a Entidade Seguradora, do qual fazem parte integrante as condições gerais, especiais e particulares, as adendas e atas adicionais que se emitam para completá-lo ou modificá-lo, bem como a proposta de seguro, os questionários médicos e o conjunto dos relatórios e exames que os complementem.
- **PRESTAÇÃO:** Obrigação pecuniária assumida pela Entidade Seguradora perante a Pessoa Segura ou Beneficiário caso ocorra um sinistro durante a vigência do Seguro. O valor máximo seguro para cada garantia contratada figurará nas Condições Particulares desta Apólice.
- **PRÉMIO:** Preço do seguro, acrescido dos encargos, fiscais e 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.
- **TABELA:** Qualquer uma das tabelas previstas nas presentes Condições Gerais fixando as situações de Incapacidade Permanente cobertas e correspondente percentagem do montante/capital seguro que lhe(s) corresponde. Uma dada cobertura é "TABELADA" se a situação que despoleta essa garantia vem descrita numa TABELA deste Contrato de Seguro.
- **FRANQUIA:** Número de dias consecutivos, contados desde o início

da ocorrência do Sinistro, durante os quais não será paga qualquer indemnização conforme acordado nas Condições Particulares, ficando tal período por conta e encargo do Segurado.

- **PERÍODO DE CARÊNCIA:** Período de tempo medeia entre a data de entrada em vigor deste Contrato de Seguro e a entrada em vigor da(s) garantia(s) contratada(s), durante o qual esta(s) não está/ão em vigor, não podendo ser invocadas e exigidas.
- **SINISTRO:** Ato/facto cujas consequências estão cobertas por alguma das garantias desta Apólice. Considera-se que constitui um único sinistro o conjunto de danos, sequelas e consequências derivadas de um mesmo ato/facto.
- **ACIDENTE:** Sem prejuízo da concreta delimitação do risco fixada no presente Contrato, entende-se por acidente a lesão corporal que resulte de uma causa violenta, súbita, externa, imprevisível e alheia à vontade Segurado e que provoque a Incapacidade ou o falecimento deste.
- **ACIDENTE PROFISSIONAL:** Todo o acidente que ocorra no tempo e local habitual de trabalho, no caminho de ida e regresso ao trabalho ("in itinere") ou em qualquer lugar durante a prestação de atividades determinadas pelo empregador ou por ele consentidas, inerentes à ocupação profissional que foi declarada na subscrição deste Seguro e/ou seja abrangida nas Condições Particulares.
- **IDADE ACTUARIAL:** é a idade da Pessoa Segura, calculada desde a data de aniversário mais próxima mesmo que este ainda não se tenha verificado.

Artigo 2º - Bases do Contrato

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

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

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

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

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

3. O Contrato de seguro (i) será nulo, salvo nos casos legalmente previstos, se aquando da sua celebração o Tomador ou o Segurado tinha conhecimento que o risco tinha cessado ou não tinha um interesse digno de proteção legal relativamente ao risco coberto, (ii) não produz efeitos relativamente a um risco que não chegue a existir e (iii) não cobre riscos anteriores à data da celebração do contrato quando o Tomador ou o Segurado deles tivesse conhecimento nessa data.

4. Se o Tomador e/ou o Segurado agir com dolo na prestação das suas declarações sobre circunstâncias significativas para a apreciação do risco pela Entidade Seguradora, esta poderá anular o contrato mediante envio de declaração escrita, a qual, não tendo ocorrido sinistro, será enviada no prazo máximo de 3 (três) meses a contar do seu conhecimento do incumprimento doloso daqueles deveres de informação, ficando liberada da obrigação de cobrir sinistros que ocorram antes de ter tido tal conhecimento ou no decurso daquele prazo de 3 meses, tendo direito ao prémio devido ou até ao final desse mesmo prazo (salvo se tiver concorrido dolo ou negligência grosseira do 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 inexactamente (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 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.

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

Artigo 3.- Limites à Contratação (Exclusões automáticas)

Por idade: Regra geral não poderão incorporar-se a este seguro e a ele aderir com Segurados as pessoas menores de 14 anos, as legalmente declaradas incapazes, nem com idade superior a 65 anos. Caso a Pessoa Segura seja legalmente considerado menor, será adicionalmente necessária a autorização escrita dos seus representantes legais para aderir ao Seguro.

A cobertura de falecimento por enfarto do miocárdio não está disponível para pessoas com mais de 55 anos. Quanto à cobertura de Falecimento por Acidente de Circulação e de Incapacidade Permanente e Absoluta por Acidente de Circulação não está disponível para menores de 25 anos. As coberturas de Incapacidade Permanente e Absoluta Tabelada por Acidente, de Incapacidade Temporária por Acidente, Hospitalização por Acidente e Incapacidade Profissional Permanente por Acidente não está disponível para menores de 16 anos.

Para este efeito, entender-se-á como idade da Pessoa Segura a Idade Actuarial tal como definida no artigo 1 destas Condições Gerais.

Por estado de saúde: Também não poderão segurar-se e, em qualquer caso o seu seguro será de pleno Direito nulo quanto a elas, as pessoas afetadas, anteriormente à contratação do Seguro, por qualquer doença, lesão, sequela ou deficiência física ou psíquica não declarada por ocasião do preenchimento do questionário de saúde pelo Tomador do Seguro ou pela Pessoa Segura, nem conhecida e expressamente aceite pela Entidade Seguradora.

Não poderão igualmente segurar-se e, em qualquer caso o seguro

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

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

Pelo local de residência do Segurado: Não poderão segurar-se pessoas cujo domicílio e residência habitual esteja situado fora do território Português.

Artigo 4º. Objeto e extensão/âmbito do Seguro

4.1.- Cobertura Básica:

1.- Falecimento por acidente: Através da presente cobertura, a qual é de subscrição obrigatória e não complementar/opcional, a Entidade Seguradora garante ao Beneficiário o pagamento do capital fixado no Certificado Individual de Seguro em caso de falecimento da Pessoa Segura como consequência direta de um acidente coberto pela Apólice, seja imediatamente ao mesmo, quer seja dentro dos 365 dias seguintes à ocorrência de tal acidente.

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

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

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

A cobertura terminará, em todos os casos, no final da anuidade em que a Pessoa Segura cumpra 65 anos de idade.

A Apólice fica anulada a partir da data do falecimento da Pessoa Segura, sem que o Tomador ou o Beneficiário possa(m) exigir o estorno da parte do prémio não consumida em face do pagamento da prestação decorrente do sinistro.

Exclusões desta cobertura:

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

4.2.- Coberturas Complementares:

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

É necessário e condição que a contratação destas Coberturas Complementares esteja expressamente recolhida nas Condições Particulares para que estas possam considerar-se como tendo sido também subscritas.

1.- Falecimento por Acidente de Circulação: Mediante a presente cobertura, a Entidade Seguradora garante ao Beneficiário, o pagamento do capital estabelecido no seu Certificado Individual de Seguro, em caso de falecimento da Pessoa Segura como consequência direta de um acidente de circulação, seja imediatamente ao mesmo sejam dentro dos 365 dias subsequentes.

Para efeitos desta Apólice entende-se por Acidente de Circulação o que ocorra com o Segurado numa via pública em qualquer das seguintes circunstâncias:

- a) Ser atropelado, como peão, por um veículo.
- b) Circular num veículo terrestre, seja como passageiro seja como condutor não profissional do mesmo desde que devidamente habilitado para o fazer com título válido e em vigor.
- c) Circular como passageiro de transportes públicos terrestres, marítimos ou aéreos de linhas regulares. O Beneficiário poderá dispor de um adiantamento de até 3.000,00 euros, por conta do pagamento do capital Segurado, para fazer face aos gastos comprovados urgentes derivados do falecimento acidental da Pessoa Segura, mediante prévia comprovação documental da

ocorrência da morte.

Exclusões desta cobertura:

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

2.- Falecimento de ambos os cônjuges em Acidente de Circulação com filhos menores de (18) dezoito anos ou incapacitados a seu cargo: mediante a presente cobertura a Entidade Seguradora garante que, se em consequência de um mesmo acidente coberto por esta Apólice, ocorra o falecimento da Pessoa Segura e do seu cônjuge, no momento do acidente ou dentro dos 365 dias seguintes à ocorrência do mesmo, indemnizará, caso existam filhos menores de idade ou maiores civilmente incapacitados para todos os atos (i.e., declarados incapazes) a cargo da Pessoa Segura, um capital adicional, igual ao contratado pela cobertura de Falecimento por Acidente da Pessoa Segura, que não poderá ser superior a 60.000 euros, independentemente do número de filhos a seu cargo.

Exclusões desta cobertura: As genéricas do artigo 5º destas Condições Gerais.

3. Falecimento accidental por enfarte do miocárdio: Mediante a presente cobertura a Entidade Seguradora garante ao Beneficiário o pagamento do capital estabelecido no Certificado Individual de Seguro em caso de falecimento do Segurado como consequência direta de um enfarte do miocárdio. Considera-se Enfarte do Miocárdio a morte ou necrose de uma parte do tecido muscular do coração como consequência de um fornecimento sanguíneo inadequado.

A contratação desta cobertura pressupõe a cobrança do capital acordado para a mesma e exclui expressamente, em caso de Sinistro, acumular com a cobrança da cobertura de falecimento por acidente regulada no ponto 1 do presente artigo. O Beneficiário poderá dispor de um adiantamento de até 3.000,00 euros, por conta do pagamento do capital Segurado, para fazer face aos gastos comprovados urgentes derivados do Falecimento accidental do Segurado, mediante prévia comprovação documental da ocorrência da morte.

Exclusões desta cobertura:

- a) As genéricas do artigo 5º destas Condições Gerais.
- b) Estar a Pessoa Segura sob os efeitos de qualquer droga ou medicamento que não lhe tenha sido prescrito ou administrado por um médico.
- c) Encontrar-se a Pessoa Segura em estado de embriaguez.
- d) Estar a Pessoa Segura afetada por lesões ou doenças cardiovasculares ou ter sofrido intervenções clínicas ou médicas, por esta mesma causa, anteriormente à data de contratação desta garantia.

4.- Falecimento accidental por Enfarte do Miocárdio ou por Acidente Vascular Cerebral: Mediante a presente cobertura, a Entidade Seguradora garante ao Beneficiário, o pagamento do capital estabelecido no Certificado Individual de Seguro, em caso de Falecimento da Pessoa Segura como consequência direta de um enfarte do miocárdio ou de um acidente vascular cerebral. Considera-se Enfarte do Miocárdio a morte ou necrose de uma parte do tecido muscular do coração como consequência de um abastecimento sanguíneo inadequado.

A contratação desta cobertura supõe a cobrança do capital acordado para a mesma e exclui expressamente em caso de Sinistro a cobrança da cobertura de falecimento por acidente definida no ponto 1 do presente artigo.

O Beneficiário poderá dispor de um adiantamento de até 3.000,00 euros, por conta do pagamento do capital Segurado, para fazer face aos gastos comprovados urgentes derivados do falecimento accidental do Segurado, mediante prévia comprovação documental da ocorrência da morte.

Exclusões desta cobertura: As genéricas do artigo 5º destas Condições Gerais e as exclusões estabelecidas no ponto 3 anterior deste mesmo artigo - Falecimento accidental por enfarte do miocárdio.

5.- Incapacidade Permanente e Absoluta Tabelada, por Acidente: Mediante a presente cobertura, a Entidade Seguradora garante ao Beneficiário, o pagamento do capital estabelecido no Certificado Individual de Seguro, caso a Pessoa Segura, como consequência direta de um acidente coberto pela Apólice, seja imediatamente seja dentro dos 365 dias seguintes à ocorrência do referido acidente, fique com alguma das perdas anatómicas ou funcionais constantes da Tabela que figura nestas Condições Gerais. Estabelecem-se duas possibilidades quanto à Tabela, mutuamente excludentes entre si: uma reportada a 100% e outra a 225%.

Não se considerará Incapacidade, para efeitos desta cobertura, a incapacidade cujas consequências não tenham sido consolidadas pelo decurso de pelo menos dez meses desde a ocorrência do acidente, salvo casos de perda irreversível de membros ou órgãos que dê lugar por si mesma, e segundo a Tabela, à prestação por Incapacidade Permanente.

Para a avaliação da Incapacidade Permanente serão vinculantes para as Partes as decisões da Segurança Social ou de quaisquer outros organismos oficiais proferidas no âmbito das suas competências legais, bem como as sentenças judiciais proferidas por Órgãos Jurisdicionais/Tribunais que não integrem a ordem/jurisdição civil.

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

Quando as lesões sofridas deem lugar a que a prestação paga pela Entidade Seguradora seja igual à totalidade do capital contratado, tal pagamento provocará a extinção/cessação do Contrato.

Exclusões desta cobertura:

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

6.- Incapacidade Permanente e Absoluta, não Tabelada, por Acidente: Mediante a presente cobertura, a Entidade Seguradora garante ao Beneficiário, o pagamento do capital estabelecido no Certificado Individual de Seguro, no caso de a Pessoa Segura como consequência direta de um acidente coberto pela Apólice, quer seja imediatamente, quer seja dentro dos 365 dias seguintes ao mesmo, fique numa situação, física ou mental, irreversível e que inabilite por completo a Pessoa Segura para manter qualquer trabalho, profissão ou ofício.

Exclusões desta cobertura:

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

7.- Incapacidade Permanente e Absoluta por Acidente de Circulação: Mediante a presente cobertura, a Entidade Seguradora garante ao Beneficiário, o pagamento do capital estabelecido no Certificado Individual de Seguro, no caso de a Pessoa Segura como consequência direta de um acidente de circulação, quer seja imediatamente, quer seja nos 365 dias seguintes ao mesmo, ficar numa situação física ou mental irreversível que inabilite por completo a Pessoa Segura para manter qualquer trabalho, profissão ou ofício. Entende-se que se ocorreu um Acidente de Circulação nos casos fixados para a cobertura complementar de Falecimento por Acidente de Circulação.

Exclusões desta cobertura:

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

8.- Incapacidade Permanente Total, por Acidente, para a profissão declarada: Mediante a presente cobertura a Entidade Seguradora garante ao Beneficiário o pagamento do capital estabelecido no Certificado Individual de Seguro caso o Segurado, como consequência direta de um acidente coberto pela Apólice, seja imediatamente seja nos 365 dias seguintes ao mesmo, fique com uma perda anatómica ou funcional que o impeça de exercer a profissão habitual ou a ocupação declarada e incluída nas Condições Particulares e/ou no Certificado Individual de Seguro de acordo com a sua especialidade.

Será incompatível relativamente a um mesmo acidente receber o capital por esta cobertura de Incapacidade Permanente Total por acidente e cumular com as prestações por Incapacidade Permanente e Absoluta, reguladas nos pontos 5 a 7, ambos incluídos, deste artigo das Condições Gerais.

Exclusões desta cobertura: As estabelecidas com carácter geral no artigo 5º destas Condições Gerais.

9.- Incapacidade Laboral Total Temporária por Acidente: Mediante a presente cobertura, a Entidade Seguradora garante ao Beneficiário, o pagamento da quantia diária estabelecida no Certificado Individual de Seguro que, em nenhum caso, poderá ser superior à perda económica derivada da incapacidade, para o caso de a Pessoa Segura, como consequência direta de um acidente coberto pela Apólice, padecer de uma lesão suscetível de determinação objetiva que o impossibilite temporariamente para a profissão ou atividade declarada e mencionada nas Condições Particulares e/ou no Certificado Individual de Seguro, sempre e quando a Pessoa Segura precise de tratamento médico ou cirúrgico para a cura ou melhoria da lesão.

Do mesmo modo, nas Condições Particulares e/ou no Certificado Individual de Seguro estabelecer-se-á a franquia e a duração máxima do pagamento desta prestação.

A prestação desta cobertura será determinada pelo conteúdo dos relatórios médicos produzidos pelo médico designado pela Mútua. Tudo sem prejuízo do direito da Pessoa Segura a nomear o seu próprio perito de acordo com o artigo 102º e 50º da Lei do Contrato de Seguro (DL 72/2008). **Para estes efeitos não serão vinculativas as declarações de baixa emitidas por médicos que não os dos serviços de saúde estatais.**

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

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

verificaria numa pessoa completamente sã.

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

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

Exclusões específicas para a cobertura por Incapacidade Laboral Total Temporária:

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

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

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

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

10.- Hospitalização por Acidente: Mediante a presente cobertura, a Entidade Seguradora garante ao Beneficiário, o pagamento da quantia diária estabelecida no Certificado Individual de Seguro, por cada dia de hospitalização se, como consequência de um acidente coberto pela Apólice, a Pessoa Segura for internada num hospital, durante um prazo mínimo de vinte e quatro horas e máximo de seis meses.

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

Exclusões desta cobertura:

- As estabelecidas com carácter geral no artigo 5º destas Condições Gerais.
- Os internamentos em termas, centros sociosanitarios e similares, mesmo que seja com fins terapêuticos.
- A hospitalização como consequência de cirurgia plástica reparadora ou estética. Entende-se por Cirurgia Reparadora

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

11.- Contágio de VIH e/ou hepatite por acidente profissional: Mediante a presente cobertura, a Entidade Seguradora obriga-se ao pagamento do capital acordado no Certificado Individual de Seguro como consequência do contágio acidental, contraído durante o exercício da profissão declarada e mencionada nas Condições Particulares e/ou no Certificado Individual de Seguro, do VIH ou da hepatite, nos termos e condições que se estipulam adiante.

O pagamento do capital garantido pela presente garantia exclui expressamente as indemnizações por outras garantias que possam figurar como contratadas na mesma Apólice, no âmbito das quais não está coberto o contágio de VIH ou hepatite.

A) Definições específicas da cobertura por contágio de VIH:

- VIH: Vírus de imunodeficiência humana, tanto VIH-1 como o VIH-2.
- VIH Seropositivo: desenvolvimento pela Pessoa Segura dos anticorpos necessários para poder diagnosticar a seropositividade ao VIH, segundo os critérios geralmente admitidos em Portugal na prática médica (provas de laboratório: ELISA, Western Blot ou outras provas de diagnóstico específicas que possam existir).
- Exposição ocupacional: qualquer contato subcutâneo ou das membranas mucosas da Pessoa Segura, sempre e quando seja acidental e ocorra no exercício e desenvolvimento da sua atividade profissional.

Cobertura:

Serão consideradas infeções "acidentais" aquelas em que concorram as seguintes circunstâncias:

- Ferida provocada por agulhas ou outros objetos pontiagudos.
- Exposição ao sangue, outros fluídos corporais ou a pele não intacta.

2.- Que a infeção tenha lugar dentro dos seguintes prazos:

- Durante a vigência do seguro.
- Decorridos seis meses desde a contratação da presente garantia complementar (período de carência).

3.- Que a infeção seja diagnosticada num prazo máximo de 12 meses seguintes à ocorrência de uma exposição ocupacional sofrida de forma acidental durante o período de vigência desta cobertura.

4.- Que o acidente tenha sido comunicado de acordo com os procedimentos profissionais habituais estabelecidos para este tipo de acidentes.

5.- Que a Pessoa Segura seja submetida, depois do acidente, a análises sanguíneas em cada um dos seguintes prazos:

- Imediatamente depois do acidente, e sempre num prazo não superior aos 7 dias seguintes a da exposição ocupacional.
- Durante o decurso da sexta semana.
- Nas 48 semanas seguintes às 6 primeiras, contadas desde o Acidente, nas datas desde o contágio: semana 18, semana 30, semana 42 e semana 54.

No prazo "a)" deverá ser confirmada a ausência do VIH ou de anticorpos a este vírus, e tanto em "b)" como em "c)" deverá, pelo contrário, ser confirmada a presença do VIH ou de anticorpos a este vírus.

Se o resultado destas segunda e terceira análises for novamente negativo, a Pessoa Segura seria considerada como não contagiada, pelo que não teria direito a qualquer indemnização.

O incumprimento destes prazos impedirá a verificação da infeção de VIH por atividade laboral no âmbito da profissão declarada e, por isso, não originaria qualquer tipo de indemnização.

Os exames e as análises a efetuar imediatamente depois do acidente, dentro dos 7 dias seguintes ao mesmo (ver 5.-a), deverão ser realizados no centro designado pela Mútua.

Para as provas a efetuar posteriormente (cfr. 5.-b e 5.-c), serão admitidos os exames e análises efetuadas pela Administração de Saúde (DGS), segundo o protocolo de atuação correspondente, devendo a Pessoa Segura entregar à Mútua (ou ao médico que esta lhe indique para tal efeito) o resultado desses exames.

Só se indemnizarão os acidentes ocorridos no desenvolvimento de profissão declarada exercida em território Português.

Período de Carência:

É fixado um período de carência de seis meses para a presente cobertura, a contar desde a data da sua contratação.

Exclusões específicas desta cobertura por contágio de VIH:

1) As reclamações por contágios derivados de:

- Qualquer tipo de inoculação ou autoinoculação não acidental, incluindo vacinação ou injeção intencional.
- Contacto sexual.
- Consumo de drogas por via parenteral (injetada).
- Uso de drogas ou narcóticos, salvo quando se disponha deles de forma legal e tenham sido receitados por um médico distinto da própria Pessoa Segura, e se tenham tomado em conformidade com a prescrição médica.
- A receção habitual de sangue ou de produtos sanguíneos.

2) As reclamações por infeção de VIH:

- Ocorridas em momento anterior à entrada em vigor desta garantia da Apólice.
- Relacionadas com qualquer processo patológico preexistente pelo qual a Pessoa Segura está submetida a tratamento médico anteriormente à entrada em vigor da cobertura.
- Quando o primeiro exame médico ou análise (cfr. 5.-a) não seja realizado nos centros indicados pela Mútua.

Comunicação do Sinistro.

Declaração da Pessoa Segura: aplica-se o disposto no artigo 7 destas Condições Gerais.

Pagamento das indemnizações.

Com vista a determinar o grau de desenvolvimento/ evolução da doença e o correspondente pagamento de indemnização, são adotados para todos os efeitos (3) três categorias clínicas de laboratório:

- a) Categoria 1: existência superior a 500 linfócitos CD4 por microlitro.
- b) Categoria 2: existência de 200 a 499 linfócitos CD4 por microlitro.
- c) Categoria 3: existência de menos de 200 linfócitos CD4 por microlitro.

O capital Segurado contratado na Apólice será liquidado, em função da categoria aplicável dentro da classificação acima mencionada, quando se constate o desenvolvimento da doença pela sintomatologia comumente aceite em Medicina.

Quando se demonstre a seroconversão positiva, e portanto se confirma a infeção, a Mútua adiantará o correspondente a 10% do capital Segurado a título de adiantamento da indemnização que seja devida.

O pagamento da indemnização completa apenas é devido quando se alcance a categoria 3 (menos de 200 linfócitos CD4 por microlitro).

B) Definições específicas da cobertura por Contágio de Hepatite:

Fica exclusivamente abrangido o contágio de Hepatite nas suas variantes: B crónica, C e D, ficando especificamente excluídas as hepatites provocadas pelo álcool ou por determinados medicamentos (Hepatite alcoólica ou tóxica) ou por qualquer outro agente que não seja o vírus da hepatite B, C ou D.

Cobertura

Serão consideradas infeções "acidentais" aquelas em que concorram as seguintes circunstâncias:

- 1.- Que a infeção tenha como causa direta uma:
 - a) Ferida provocada por agulhas ou outros objetos pontiagudos.
 - b) Exposição ao sangue, outros fluidos corporais ou a pele não intacta.
- 2.- Que a infeção tenha lugar dentro dos seguintes prazos:
 - a) Durante a vigência do seguro.
 - b) Decorridos seis meses desde a contratação da presente garantia complementar (período de carência).
- 3.- Que o acidente ocorra por ocasião da execução de deveres profissionais, habituais da profissão declarada pela Pessoa Segura.
- 4.- Que o acidente tenha sido comunicado de acordo com o estabelecido no artigo 7º destas Condições Gerais.
- 5.- Que a Pessoa Segura seja submetida, na sequência do acidente, a testes sanguíneos em cada um dos seguintes prazos:
 - a) Não superior a 1 (um) mês desde o acidente.
 - b) Durante o decurso do 6º (sexto) mês desde o acidente.
 - c) Durante o decurso do 12º (décimo segundo) mês desde o acidente.

Nestes termos dever-se-á confirmar:

- No prazo "a)", confirmar-se-á a ausência do vírus da hepatite ou de anticorpos a este vírus.
- No prazo "b)", confirmar-se-á a presença/ausência do vírus.
- No prazo "c)", confirmar-se-á a presença do vírus.

Os exames e análises a efetuar imediatamente depois do acidente, dentro dos 30 dias seguintes ao mesmo (cfr. 5.-a), deverão ser realizados no centro indicado pela Mútua.

Para os exames a efetuar posteriormente (cfr. 5.-b e 5.-c), serão admitidas os exames e análises efetuadas pela Administração de Saúde (DGS), de acordo com o protocolo de atuação correspondente, devendo a Pessoa Segura fornecer à Mútua (ou ao Médico que esta indique para o efeito) o resultado dos referidos exames.

Só se indemnizarão acidentes ocorridos, no exercício da profissão declarada, em território Português.

O incumprimento destes prazos impedirá a verificação da infeção de hepatite por atividade laboral no âmbito da profissão declarada e portanto não seria procedente qualquer tipo de indemnização.

Período de carência.

É fixado um período de carência de 6 (seis) meses para a presente cobertura, a contar desde a data da sua contratação.

Exclusões específicas desta cobertura de contágio por hepatite.

As reclamações derivadas de:

- Hepatite provocada por álcool ou por determinados medicamentos (hepatite alcoólica ou tóxica).
- Qualquer tipo de inoculação ou autoinoculação não accidental, incluindo vacinação ou injeção intencional.
- O consumo de drogas por via parenteral (injetada).
- O uso de drogas ou narcóticos, salvo quando se disponha deles

de forma legal e tenham sido receitados por um médico distinto da própria Pessoa Segura, e tenham sido administrados em conformidade com a respetiva prescrição médica.

- A receção habitual de sangue ou de produtos sanguíneos.
- As ocorridas anteriormente à entrada em vigor desta garantia da Apólice.
- As contraídas no desenvolvimento de uma atividade profissional distinta da declarada na proposta de seguro e mencionada nas Condições Particulares.
- As relacionadas com qualquer processo patológico preexistente no âmbito do qual a Pessoa Segura esteja submetida a tratamento médico em momento anterior ao da entrada em vigor da cobertura.
- Quando o primeiro exame médico (cfr. 5.-a) não seja realizado nos centros designados pela PSN.
- Contacto sexual.

Delimitação da cobertura:

A garantia de contágio profissional fica sem efeitos de forma imediata para a Pessoa Segura:

- Se deixar de desenvolver a atividade profissional declarada na proposta de seguro e mencionada nas Condições Particulares.
- Em caso de Falecimento da Pessoa Segura.
- Quando ocorra o pagamento do capital Segurado desta garantia complementar ou o estipulado nas garantias de Falecimento ou de Incapacidade Permanente por acidente.
- Se for desenvolver a sua atividade para o estrangeiro, tem de haver uma comunicação expressa à Mútua e a aceitação por escrito por parte desta.
- Se a Apólice for anulada por qualquer motivo, a partir da data de anulação fica cancelada a presente garantia, sem prejuízo de serem respeitados os direitos que caibam à Pessoa Segura por, em momento anterior, ter sido declarado à PSN que sofreu uma exposição ocupacional dentro do período de cobertura do seu seguro.

12.- Cirurgia plástica reparadora por Acidente: Mediante a presente cobertura a Entidade Seguradora obriga-se ao pagamento das despesas médicas, cirúrgicas, farmacêuticas, de permanência em hospitais, clínicas ou sanatórios, se, como consequência de um acidente coberto por esta Apólice, o Segurado precisar de se submeter a uma ou várias operações de Cirurgia Plástica Reparadora necessárias para reparar o dano estético, sempre que as mesmas sejam ordenadas por prescrição médica e se realizem durante os dois anos naturais seguintes à data da ocorrência do acidente.

Entende-se por "Cirurgia Plástica Reparadora" a que se destine a corrigir deformações ou cicatrizes na superfície corporal da pessoa, derivadas de um acidente e tendentes a repor o aspeto que essa pessoa tinha antes da ocorrência do acidente.

A quantia máxima a indemnizar em qualquer circunstância e com independência do número de intervenções que precise a Pessoa Segurada, em consequência do acidente, será o indicado nas Condições Particulares da Apólice, não podendo ser, em nenhuma circunstância, superior a 3.000 euros.

Exclusões desta cobertura:

- a) As estabelecidas com carácter geral no artigo 5º das presentes Condições Gerais.
- b) As operações de cirurgia estética que tenham por objeto modificar o aspeto corporal da Pessoa Segura, que não tenha sido alterado/ modificado como consequência de um acidente.

Artigo 5º. Riscos Excluídos

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

- a) Os factos que não se subsumam ao conceito de acidente à luz da Lei do Contrato de Seguro (cfr. artigo 210.º do DL 72/2008) conforme definição do art. 1.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 pela Pessoa Segura, ainda que qualificadas como acidente de trabalho.
- b) De forma específica, os enfartes do miocárdio, as embolias, trombozes, apoplexias, derrames cerebrais e qualquer dos denominados acidentes vasculares, seja qual for a sua causa e ainda que na sua origem e produção haja incidido direta ou indiretamente qualquer possível causa externa (stress, pressão ambiental, excesso de trabalho, etc.) mesmo quando qualificados como acidentes de trabalho. Fica ressalvado o disposto nestas Condições Gerais relativo a enfartes dos

miocárdio e a acidentes vasculares cerebrais.

- c) As lesões e doenças que sejam consequência de intervenções cirúrgicas e de tratamentos médicos não motivados diretamente por um acidente coberto pela Apólice.
- d) Os coágulos e hemorragias do globo ocular, córnea, cristalino e retina, bem como os desprendimentos de retina, mesmo quando se produzam como consequência de um acidente não excluído, sofridos por pessoas que padeçam de uma miopia compreendida entre as 8 e as 12 dioptrias.
- e) As intoxicações ou envenenamento por ingestão de produtos alimentares ou farmacêuticos.
- f) Os relacionados com o consumo de drogas e estupefacientes não prescritos medicamente e os que ocorram quando a Pessoa Segura se encontra numa situação de alienação mental, embriaguez ou sob o efeito de drogas tóxicas ou de estupefacientes. Para estes efeitos considera-se que existe embriaguez quando o grau de álcool no ar expirado ou no sangue seja superior ao permitido na legislação sobre tráfego ou segurança rodoviária e de circulação de veículos a motor.
- g) Os que tenham lugar conduzindo a Pessoa Segura um veículo a motor sem estar na posse de autorização de condução abrangendo o veículo utilizado, bem como os acidentes sofridos pela Pessoa Segura quando circule em motociclos de cilindrada superior a 250 centímetros cúbicos. Os acidentes de Circulação utilizando qualquer meio de transporte que não esteja autorizado a circular no lugar onde se produziu o acidente.
- h) As produzidas por ocasião de conflitos armados (haja o não declaração de guerra), terrorismo, revolta, insurreição, distúrbios da ordem pública e, em geral todos os riscos extraordinários suscetíveis de cobertura por um Fundo de Garantia ou mecanismo/organismo que o substitua, de acordo a legislação vigente.
- i) Os motivados por exposição deliberada a perigos desnecessários/evitáveis, salvo quando tentando salvar alguma vida humana.
- j) Os originados por ocasião de rixas ou confrontos, salvo em caso de legítima defesa, situações de tentativa ou de consumação de delitos pela própria Pessoa Segura.
- k) Aqueles que a Pessoa Segura possa vir a sofrer por ocasião da prática de alguma das atividades que se mencionam de seguida:
 - A prática profissional de qualquer desporto.
 - A prática, mesmo que amadora, dos seguintes desportos:
 - * Automobilismo, karting e motociclismo, em qualquer das suas modalidades.
 - * Participação em provas e competições de velocidade e de resistência com veículos de motor, inclusive nos treinos oficiais ou privados.
 - * Motas de água, esqui, paraquedismo aquático e atividades subaquáticas com aparelhos de respiração autónoma e em geral os acidentes marítimos, com exceção dos ocorridos nos transportes públicos ou os ocorridos durante a navegação desportiva à distância máxima autorizada pela licença do condutor/patrão da embarcação e no máximo a 60 milhas náuticas da costa.
 - * Atividades aéreas tais como aerostação, paraquedismo, parapente, planador, moto-planador, aviões ultraleves, asa delta, voo livre, voo sem motor e, em geral, qualquer viagem aérea em que a Pessoa Segura tenha condições diferentes da de simples passageiro em aeronaves devidamente autorizadas para o transporte público de passageiros.
 - * Pólo e desportos 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.
 - * Rãguebi e futebol americano.
 - * Hóquei em relvado, hóquei em patins e hóquei no gelo.
 - * Boxe, artes marciais e qualquer tipo de luta corporal.
 - * Ciclismo em competição.
 - * Desportos de aventura tais como rafting, bungee jumping, hidrospeed, hidro-trenó, hidrobob, canoagem, canoagem em águas bravas e, em geral, qualquer desporto em águas bravas.
 - * Halterofilia, corte de troncos e levantamento de pedras.
 - * Utilização de armas de fogo e o exercício da caça.
 - * Outros desportos e atividades de nova criação cujos riscos possam ser considerados similares aos descritos nos pontos anteriores.
 - * Os acidentes ocorridos por ocasião de expedições, missões ou deslocações fora do país de residência habitual para

realizar atividades de qualquer tipo (lúdicas, desportivas, de exploração, profissionais, científicas, humanitárias, etc.) que pelas suas características ou finalidades, pelo lugar em que se desenvolvem ou por outras circunstâncias impliquem um aumento do risco ou perigo superior ao de uma viagem turística, científica ou profissional normal.

- l) Os acidentes ocorridos como consequência de touradas, rodeios ou lides com animais bravos.
- m) Os acidentes causados por artefactos pirotécnicos no caso de participação ativa da Pessoa Segura.
- n) As consequências ou sequelas de acidentes ocorridos antes da entrada em vigor deste seguro ou da data de pagamento do primeiro recibo, se posterior, mesmo que aquelas se manifestem durante a vigência do seguro.
- o) O agravamento das consequências de um acidente por uma doença ou incapacidade preexistentes ou sobrevindas depois de ocorrer aquele e por causa independente do mesmo. A Entidade Seguradora responderá somente pelas consequências que o acidente provavelmente teria provocado sem a intervenção agravante de tais circunstâncias.

Artigo 6º - Modificação do Risco

O Tomador do Seguro e a Pessoa Segura estão obrigados a notificar à Entidade Seguradora, no prazo máximo de 14 (catorze) dias contados do seu conhecimento, todas as circunstâncias que modifiquem o risco seguro e particularmente aquelas que extravasem os limites da contratação estabelecidos no artigo 3º destas Condições.

Se o Tomador do Seguro ou a Pessoa Segura, atuando dolosamente e com o objetivo de obterem uma vantagem, não comunicar(em) o agravamento do risco e ocorrer um sinistro cuja ocorrência ou consequência tenha sido influenciada por aquele, a Entidade Seguradora fica liberada da sua prestação, tal como fica liberada do pagamento dessa prestação se demonstrar que, mesmo sem aquele dolo e/ou intenção, em caso algum celebra contratos que cubram riscos com as características resultantes daquele agravamento.

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

A.- Declaração e Informação do Sinistro:

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

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

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

A obtenção da informação que, conforme acima disposto, devam ser apresentadas pelo Tomador ou Beneficiários, será encargo seu, salvo quando comprovem o seu estatuto e, se aplicável, a condição de Beneficiário.

7.1.- Pedido de prestação por cobertura de falecimento por acidente, falecimento por enfarte do miocárdio ou por acidente vascular cerebral ou falecimento por acidente de circulação:

- a) Relatório médico da primeira assistência subsequente ao acidente ou episódio cardíaco ou cerebral.
- b) Certificado de óbito da Pessoa Segura.
- c) Último testamento outorgado pela Pessoa Segura ou, se aplicável, sua habilitação legal de herdeiros.
- d) Certificado emitido pelo médico que tenha assistido a Pessoa Segura, indicando a origem, a evolução e a natureza do processo traumático que determinou a morte.
- e) 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.
- f) Comprovativos do seu estatuto, e se aplicável, da condição de Beneficiário.
- g) Carta de pagamento da liquidação ou declaração de isenção relativa à tributação fiscal que seja devida por força da sucessão da Pessoa Segura.

7.2.- Pedido de prestação pela cobertura de Incapacidade Laboral Total Temporária por acidente: a Pessoa Segura deverá comunicar à Mútua cada período ou processo de incapacidade laboral total temporária resultante de acidente dentro do prazo máximo de 8 (oito) dias, remetendo-lhe o correspondente escrito de participação do sinistro e/ou pedido de prestação segura devidamente completado, bem como a seguinte documentação:

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

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

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

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

7.3.- Pedido de prestação pela cobertura de Incapacidade Permanente Total, para a profissão declarada, por Acidente: deverá ser presente à Mútua a seguinte documentação:

- Relatório médico da primeira assistência subsequente ao acidente.
- Comprobativo das diligências administrativas e/ou judiciais a que o sinistro tenha dado lugar e elementos documentais que demonstrem a relação causal direta entre o acidente e a lesão.
- CC/BI/NIF da Pessoa Segura.
- Decisão final e fundamentada emitida por serviço da DGS/SNS reconhecendo a Incapacidade correspondente, bem como relatório com a proposta emitida pela comissão pericial que avaliou as incapacidades daquela entidade, no pressuposto de filiação da Pessoa Segura na Segurança Social.
- No caso da Pessoa Segura não estar filiada 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.
- Declaração que comprove as situações de alta e de baixa em documento que demonstre que a Pessoa Segura vinha realizando a atividade profissional declarada e que teve de cessar a mesma precisamente como consequência da sua Incapacidade permanente.

Em caso de divergência entre o parecer do médico designado pela Mútua e a decisão da entidade da DGS/SNS 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).

7.4.- Pedido de prestação pelas coberturas de Incapacidade Permanente e Absoluta por Acidente, Tabelada e não Tabelada, ou por Acidente de Circulação: a Pessoa Segura deverá apresentar a seguinte documentação:

- Relatório médico da primeira assistência subsequente ao acidente.
- Comprobativo das diligências administrativas e/ou judiciais a que o sinistro tenha dado lugar e elementos documentais que demonstrem a relação causal direta entre o acidente e a lesão.
- CC/BI/NIF da Pessoa Segura.
- Decorrido o período de 10 (dez) meses desde a data do acidente, um certificado ou relatório médico onde se relacionem ou descrevam detalhadamente as sequelas de caráter irreversível que o Pessoa Segura apresente. Em caso de perda irreversível de membros ou de órgãos como consequência imediata do acidente, não será necessário que tenha decorrido o referido prazo de consolidação das lesões.
- Certificado médico onde sejam especificadas a(s) causa(s), tipo e percentagem de Incapacidade. Se não houver acordo entre as partes deste contrato quanto à determinação da Incapacidade, estas desde já se comprometem a resolver as suas divergências através dos seus peritos árbitros médicos, que nomearão para o efeito.

7.5.- Pedido de prestação pela cobertura de hospitalização por Acidente:

- Relatório médico da primeira assistência subsequente ao acidente.
- Certificado médico indicando a entrada e a saída do estabelecimento onde tenha estado internado a Pessoa Segura, bem como a causa do internamento nesse centro.

7.6.- Pedido de prestação pela cobertura de contágio de VIH e/ou hepatite por acidente profissional:

Declaração da Pessoa Segura: quando a Pessoa Segura sofra uma exposição ocupacional deverá dar conta da mesma, dentro dos 8 (oito) dias imediatamente seguintes, à autoridade de saúde de quem dependa

e/ou ao Tomador e, no mesmo prazo, notifica-lo à Mútua, juntamente com:

- A hora, dia e lugar dessa exposição.
- Uma descrição do facto que provocou essa exposição ocasional.
- Uma descrição dos líquidos corporais ou tecidos do paciente a que a Pessoa Segura esteve exposto.
- Resultados de um teste hepático, ou qualquer outro meio de prova (se tal for possível) do paciente que tenha sido tratado pela pessoa segura com cujos líquidos corporais ou tecidos tenha estado em contacto.

Deve igualmente remeter o resultado dos exames realizados nos termos previstos no artigo 4.2.11 destas Condições.

Em todos os casos acima, a Mútua poderá ainda solicitar toda a informação complementar, além da anteriormente referida, que considere necessária para confirmar devidamente a ocorrência do sinistro e suas causas, circunstâncias e consequências.

Artigo 8º- Pagamento do(s) Prémio(s)

- 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.
- O primeiro prémio será exigível após a assinatura do contrato. **Se não tiver sido pago por culpa da pessoa a quem incumbe o pagamento, a Entidade Seguradora terá o direito de rescindir o contrato** ou de exigir o pagamento por via executiva com base na Apólice e, **se não tiver sido pago antes da ocorrência de um sinistro, a Entidade Seguradora ficará exonerada de todas as suas obrigações no âmbito da Apólice.**
- Em caso de não pagamento de um dos prémios seguintes, a cobertura por parte da Entidade Seguradora ficará suspensa por um mês após o dia do seu vencimento, sendo que se não efetuar o pagamento no prazo de seis meses a contar de tal vencimento, o contrato cessará automaticamente.**

4. Se o contrato não tiver sido resolvido ou cessado em conformidade com os parágrafos anteriores, a cobertura produzirá novamente efeitos às 00h00m do dia em que o Tomador ou o Segurado pagar o prémio.

5. Nas Condições Particulares poderá acordar-se o pagamento dos recibos de prémio através de domiciliação bancária por ativação de sistema de débitos diretos. Para tal fim o Tomador ou o Segurado, se aplicável, entregará à Mútua/Entidade Seguradora um documento escrito, por si assinado, para apresentação à sua Instituição de Crédito autorizando-os a proceder aos débitos diretos a favor da Mútua, cumprindo as exigências SEPA nesta matéria. Em caso de domiciliação bancária do pagamento dos prémios, estes consideram-se pagos dentro do prazo de vencimento sempre sejam liquidados dentro do prazo de um mês a contar desse vencimento, ficando o débito em conta subordinado à condição de não anulação posterior por retratação do autor do pagamento no quadro da legislação que o permita.

6. Se o pagamento do prémio anual for fracionado por vontade do Tomador do seguro, ou se aplicável, da Pessoa Segura, o montante das correspondentes frações será aumentando da respetiva percentagem/sobretaxa que se fixe para tal nas Condições Particulares.

Em caso de pagamento fracionado do prémio, o regime previsto no presente artigo para o pagamento do prémio anual é considerado aplicável ao pagamento de cada um dos recibos em que tal prémio seja fracionado. A Entidade Seguradora/Mútua poderá deduzir da prestação cujo pagamento lhe incumba, a correspondente parte do prémio anual pendente de pagamento no caso de ocorrer um sinistro que implique a cessação do seguro.

7. Em cada renovação do contrato, o valor do prémio anual será determinado em função da Idade Actuarial da Pessoa Segura à data de cada renovação.

Artigo 9º. Pagamento das prestações do seguro

A Entidade Seguradora, uma seja vez recebida e analisada a documentação a que se refere o artigo 7º das presentes Condições Gerais, se a considerar suficientemente comprovativa dos elementos essenciais, entregará à Pessoa Segura ou, se aplicável, aos Beneficiários, a quantia segurada (prestação garantida) que seja devida.

Comprovado o falecimento da Pessoa Segura por acidente, o enfarte do miocárdio, acidente vascular cerebral, ou acidente de circulação, a Mútua pagará no seu domicílio social ao(s) Beneficiário(s) designado(s) o capital acordado e que consta do Certificado Individual de Seguro.

Comprovada a Incapacidade Permanente e Absoluta por acidente, a Incapacidade Permanente e Absoluta por acidente de Circulação, a Incapacidade Profissional Permanente por acidente ou o contágio de VIH ou de hepatite por acidente profissional e a causa da mesma, a Mútua pagará no seu domicílio social ao(s) Beneficiário(s) designado(s) o capital acordado e que consta do Certificado Individual de Seguro.

No caso de se demonstrar a existência de Incapacidade Laboral Temporária e/ou a hospitalização por acidente, a Seguradora entregará mensalmente ao(s) Beneficiário(s) o rendimento acordado no Certificado Individual de Seguro, durante um prazo máximo de 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias.

Artigo 10.º- Impostos e taxas

Todos os impostos e taxas legalmente aplicáveis que onerem o presente

contrato, os seus prémios e prestações, serão suportados pelo Tomador, e se aplicável, pelo Segurado ou pelos seus Beneficiários.

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

Artigo 11º. Normas de aplicação da Tabela

- 1.- Caso se mencione nas Condições Particulares que a Pessoa Segura é "surda", as percentagens de "direito" e "esquerdo" serão invertidas.
 - 2.- A situação de Incapacidade, como a percentagem aplicável em cada caso concreto, será determinada pela Entidade Seguradora quando o estado físico da Pessoa Segura seja fixado medicamente como definitivo e após decorrido o período mínimo de consolidação das lesões estabelecido no artigo 4º das Condições Gerais.
 - 3.- Se as lesões afetam distintos órgãos ou membros, as respetivas percentagens acumular-se-ão até um máximo de 75% do capital Segurado para esta cobertura, a não ser que o conjunto das lesões determine uma Incapacidade Permanente e Absoluta definitiva, em cujo caso poderá chegar-se aos 100% desse capital.
 - 4.- Se um mesmo membro ou órgão ficar afetado por distintas lesões, aplicar-se-á a percentagem correspondente à lesão mais grave.
 - 5.- Por "perda total" de um membro ou órgão entende-se a amputação ou a impotência funcional definitiva e total do mesmo.
- As limitações e perdas parciais sofridas num mesmo membro ou órgão, serão valoradas reduzindo-se proporcionalmente a percentagem correspondente à sua perda total, sem que possa

exceder, em nenhuma circunstância, a metade da percentagem correspondente à perda total.

- 6.- Se um membro ou órgão afetado por um acidente já apresentava, antes do acidente, amputações e/ou limitações funcionais, a percentagem da indemnização aplicável será a diferença entre a percentagem da Incapacidade preexistente e a percentagem da Incapacidade resultante do acidente.
Assim, nos casos de mutilação preexistente ou defeito físico do órgão lesionado ou da função afetada pelo acidente, a indemnização por Incapacidade permanente será paga exclusivamente com relação às consequências diretas do acidente, sem que se tenha em conta qualquer maior prejuízo derivado das condições preexistentes.
- 7.- A Mútua pagará as indemnizações contratadas como consequência direta e exclusiva do acidente. A influência que no acidente possam ter tido doenças estranhas ao mesmo, assim como a consequências e os danos e prejuízos que tais doenças possam causar à recuperação das lesões decorrentes do acidente, não são objeto de indemnização.
- 8.- Se, após fixada a Incapacidade, ocorre a morte da Pessoa Segura, dentro dos (365) trezentos e sessenta e cinco dias após o acidente e como causa direta do mesmo, as indemnizações que já tenham sido pagas pela Entidade Seguradora considerar-se-ão pagas por conta da indemnização devida em caso de morte.
- 9.- A Mútua aplicará supletivamente à Tabela que fixa as situações de Incapacidade cobertas pelo Contrato de Seguro, a Tabela Nacional de Incapacidades (TNI) vigente no momento da ocorrência do sinistro.

Artículo 12.- Baremo que fija las situaciones de Invalidez cubiertas por el Seguro:

Situación Invalidante	Porcentaje
- Alienação mental completa e incurável resultante direta e exclusivamente de uma fratura do crânio e que impeça o exercício de qualquer ocupação lucrativa	100
- Cegueira total e incurável de ambos os olhos	100
- Perda anatômica de ambas as pernas	100
- Perda anatômica de ambos os pés	100
- Perda anatômica de ambas as mãos e antebraços	100
- Perda anatômica de uma mão e um pé	100
- Perda anatômica de um braço e uma perna	100
- Paralisia completa e irreversível	100
- Perda total de uma perna ou de um pé	50
- Perda total do dedo grande de um pé	10
- Perda total de um dos restantes dedos de um pé	5
- Amputação parcial de um pé abrangendo todos os dedos	40
- Fratura não consolidada de uma perna ou de um pé	20
- Fratura não consolidada de uma rótula	15
- Ablação da mandíbula inferior	30
- Perda total de um olho ou redução a metade da visão binocular	30
- Mesma situação imediatamente acima, quando a visão do outro olho tinha sido perdida antes do acidente	50
- Surdez completa (perda total da audição) dos dois ouvidos	50
- Surdez completa de um ouvido	10
- Mesma situação imediatamente acima, em caso de surdez do outro ouvido prévio ao acidente	20
- Perda total de movimento de uma anca ou de um joelho	20
- Encurtamento de pelo menos 5 cm de um membro inferior	15

Situación Invalidante	Porcentaje	
	Dcho.	Izqdo.
- Perda total de um braço ou de uma mão	60	50
- Perda total do movimento de um ombro	25	20
- Perda total do movimento de um cotovelo	20	15
- Perda total do movimento de um pulso	20	15
- Perda total do dedo polegar e do dedo indicador	40	30
- Perda total de três dedos, abrangendo o polegar e o indicador	35	30
- Perda total de três dedos, que não sejam o polegar e o indicador	25	20
- Perda total do polegar e de outro dedo que não seja o indicador	30	25
- Perda total do indicador e de outro dedo que não seja o polegar	20	17
- Perda total somente do polegar	22	18
- Perda total somente do dedo indicador	15	12
- Perda total do dedo médio, do anelar ou do mindinho	10	8
- Perda total de dois de qualquer destes últimos dedos acima	15	12

Artículo 13º.- Baremo sobre el Capital Máximo Asegurado que Determina la Prestación Correspondiente a cada una de ellas

<u>Baremo Normal</u>	<u>225%</u>	<u>Baremo Normal</u>	<u>225%</u>
1%	1%	51%	77%
2%	2%	52%	81%
3%	3%	53%	84%
4%	4%	54%	87%
5%	5%	55%	90%
6%	6%	56%	93%
7%	7%	57%	96%
8%	8%	58%	99%
9%	9%	59%	102%
10%	10%	60%	105%
11%	11%	61%	108%
12%	12%	62%	111%
13%	13%	63%	114%
14%	14%	64%	117%
15%	15%	65%	120%
16%	16%	66%	123%
17%	17%	67%	126%
18%	18%	68%	129%
19%	19%	69%	132%
20%	20%	70%	135%
21%	21%	71%	138%
22%	22%	72%	141%
21%	21%	73%	144%
23%	23%	74%	147%
24%	24%	75%	150%
25%	25%	76%	153%
26%	27%	77%	156%
27%	29%	78%	159%
28%	31%	79%	162%
29%	33%	80%	165%
30%	35%	81%	168%
31%	37%	82%	171%
32%	39%	83%	174%
33%	41%	84%	177%
34%	43%	85%	180%
35%	45%	86%	183%
36%	47%	87%	186%
37%	49%	88%	189%
38%	51%	89%	192%
39%	53%	90%	195%
40%	55%	91%	198%
41%	57%	92%	201%
42%	59%	93%	204%
43%	61%	94%	207%
44%	63%	95%	210%
45%	65%	96%	213%
46%	67%	97%	216%
47%	69%	98%	219%
48%	71%	99%	222%
49%	73%	100%	225%
50%	75%		

Inscrita en el R. M. de Madrid, Tomo 4.071, Libro 0, Sección 8, Hoja M-67.736. C.I.F. V28230688
 PSN em Livre Prestação de Serviços em Portugal - Cons. Rg. Com. Lisboa e NIPC nº 980 384 087 - ASF Reg. nº 11180

Artigo 14.º - Designação dos Beneficiários

Serão Beneficiários explícitos/expessos da(s) prestação(ões) os livremente designados pela Pessoa Segura, ou se aplicável pelo Tomador do Seguro. Essa designação expressa poderá fazer-se na Apólice, 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, e o faça pela mesma forma com que efetuou tal designação.

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

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

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

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

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

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

O Tomador, ou se aplicável, a Pessoa Segura, deverá designar, previamente à data de entrada em vigor deste Seguro, e de forma irrevogável, um único Beneficiário do seguro para a cobertura por falecimento da Pessoa Segura durante a vigência do seguro. Do mesmo modo, o Tomador renuncia de forma expressa à faculdade de revogação da designação beneficiária, sendo nula qualquer convenção posterior em contrário.

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

Artigo 15.º - Efeitos e Duração do Seguro

1. A Apólice de Seguro e as suas modificações, ampliações ou aditamentos deverão ser formalizadas por escrito.
2. O Seguro entrará em vigor para o Segurado às 00:00 horas, caso não se indique expressamente outra hora, do dia indicado nas Condições Particulares do Seguro, depois de estar assinado o contrato e desde que a Entidade Seguradora tenha cobrado o prémio.
3. A duração do contrato de seguro para o Segurado constará do seu Certificado Individual de Seguro e prorrogar-se-á tácita e automaticamente, 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 estiver em curso.
4. **Em qualquer situação, o seguro extinguir-se-á na anuidade em que o Segurado cumpra os seus 65 anos de idade.**

Artigo 16.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, nos termos do artigo 121.º/2 do Regime Jurídico do Contrato de Seguro (DL 72/2008).

Artigo 17.º - Comunicações

As comunicações à Entidade Seguradora por parte do Tomador do Seguro, da Pessoa Segura ou do Beneficiário, realizar-se-ão por escrito endereçado para a sede social daquela indicada na Apólice.

As comunicações da Entidade Seguradora ao Tomador, à Pessoa Segura ou ao Beneficiário, realizar-se-ão para o respetivo domicílio constante da Apólice, salvo quando estes tenham entretanto notificado à Entidade Seguradora por escrito da alteração ao seu domicílio.

Artigo 18.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:

Por via interna:

1. Serviço de Reclamações.
 - 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 do serviço de reclamações do Grupo PSN" da PREVISIÓN SANITARIA NACIONAL, PSN, Mútua de Seguros y Reaseguros a Prima Fija.

- As reclamações deverão ser dirigidas: Ao serviço de Gestão de Reclamações da PSN: Calle Génova, nº 26, 28004, Madrid, España e-mail: mutualista@grupopsn.pt Telefone para esclarecimentos: 308 805 169 Formulário disponível na Internet: <http://www.grupopsn.pt/gestao-de-reclamacoes/>
- Decorridos 20 dias contados da receção pela Entidade Seguradora da reclamação inicial sem que haja resposta ou com resposta insatisfatória, o assunto pode ser apresentado ao provedor do cliente.
2. Provedor do cliente.
 - Só poderão ser dirigidas ao Provedor as Reclamações que já tenham sido objecto de apreciação pelo Serviço de reclamações da PSN.
 - Consideram-se igualmente elegíveis, as reclamações previamente apresentadas à Seguradora, às quais, não tenham dado resposta, no prazo máximo de 20 dias (o prazo a considerar é de 30 dias nos casos que revistam especial complexidade), ou que tendo-o sido, o reclamante discorde do sentido da mesma. As reclamações deverão ser dirigidas: Joana M. Fonseca Provedor do Cliente PSN - Rua Alexandre Herculano, 2, 3.º Dto, 1150-006 LISBOA (PORTUGAL) - Email: joanamfonseca@netcabo.pt. As reclamações apresentadas obterão resposta por escrito, no prazo máximo de 30 dias (o prazo máximo de resposta é de 45 dias nos casos que revistam especial complexidade) a contar da sua recepção.
3. Representante da PSN em Portugal
 - A entidade Seguradora designou um representante encarregado de lidar com as reclamações apresentadas por terceiros lesados, cujos dados são os seguintes:
Filipe Santos Barata
E-mail: fsbarata@ga-p.com
Av.º Duque de Ávila, n.º 46, 6.º 1050-083 Lisboa, Portugal

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/>. Poderá ainda reclamar para o Provedor do Cliente da PSN, nos termos da Norma Regulamentar da ASF nº10/2009, cujos dados de contato estão disponíveis no website da PSN.
2. Via judicial, nos tribunais que sejam competentes nos termos da lei civil.

Artigo 19.º - Riscos Excluídos e extensão da cobertura

1. **Indemnizações por 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 tenha sido legalmente constituído e tenha aplicação nesses casos, com ressalva das situações expressamente excluídas do âmbito de cobertura do mesmo.
2. **Riscos excluídos:**
 - a) Os que não dão lugar a indemnização segundo a Lei do Contrato de Seguro (DL 72/2008);
 - b) Os causados por conflitos armados, embora não exista uma declaração oficial de guerra;
 - c) Os derivados da energia nuclear, sem prejuízo das disposições da legislação específica sobre energia nuclear;
 - d) Os causados por fenómenos da natureza para os quais não haja cobertura nos termos de Fundos de Garantia legalmente constituídos que possam cobrir tais eventos, e em particular aqueles produzidos por elevação do nível do lençol freático, movimento de encostas, desabamento de terras, deslizamento de terras e fenómenos similares, salvo se estes não foram, manifestamente, causados pela ação da água da chuva, que, por sua vez, provocou uma situação de alagamento extraordinário e se produziu em simultâneo com o referido alagamento;
 - e) Os causados por tumultos ocorridos durante reuniões ou manifestações levadas a cabo ao abrigo do Direito de Reunião e Manifestação, assim como durante o curso de greves legais, salvo se tais atuações puderem ser consideradas como eventos extraordinários nos termos de Fundos de Garantia legalmente constituídos que possam cobrir tais eventos;
 - f) Os causados por má-fé (dolo) da Pessoa Segura;
 - g) Os correspondentes a perdas que ocorrem antes do pagamento do primeiro prémio ou quando, em conformidade com o estabelecido na Lei do Contrato de Seguro (DL 72/2008), este Seguro for cancelado por falta de pagamento dos prémios;
 - h) Os sinistros que pela sua magnitude e gravidade são qualificados pelo Estado como situação de "catástrofe ou calamidade nacional".
1. Extensão da cobertura:

A cobertura por riscos extraordinários alcança as mesmas pessoas e importâncias seguradas que se tenham estabelecido na Apólice para efeitos de riscos comuns. Nos seguros de Vida que, de acordo com as

disposições previstas no Contrato e em conformidade com a legislação que regula os seguros privados, gerarem uma provisão matemática, esta será satisfeita pela Entidade Seguradora.

Artigo 20.º - Tratamento de dados de carácter pessoal

Para os efeitos previstos no Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho de 27 de abril de 2016 relativo à proteção das pessoas físicas no tocante ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação destes dados (Regulamento geral de proteção de dados), informamos que:

Os dados de carácter pessoal facultados serão incorporados num ficheiro à responsabilidade da PREVISIÓN SANITARIA NACIONAL, PSN, MUTUA DE SEGUROS e RESSEGUROS A PRIMA FIJA.

A finalidade da recolha desses dados é a formalização e gestão do Seguro. Os meramente identificativos poderão ser utilizados, ainda, para poder facultar informação ou publicidade sobre as atividades, serviços e produtos da PREVISIÓN SANITARIA NACIONAL, PSN, Mutua de Seguros e Resseguros a Prima Fija e das Empresas do Grupo PSN, para os sectores específicos e concretos de atividade das mesmas, nos termos estabelecidos na requisição do Seguro.

A composição das empresas do Grupo PSN pode ser consultada no endereço <http://www.psn.es/empresas-psn>. Para efeitos dos dados relativos ao estado de saúde ou de carácter pessoal que possam gerar qualquer das contingências cobertas pelo Seguro serão destinados pela Mutua à gestão da sua atividade seguradora e só poderão ser cedidos a outras entidades seguradoras e a outros organismos públicos ou privados para tramitação de possíveis sinistros, de luta contra a fraude ou qualquer outro fim que seja necessário para a adequada atuação profissional relacionada com a gestão da Apólice ou por razões de cosseguro ou resseguro.

Os dados pessoais e de saúde exigidos na requisição e nos questionários (financeiros, ocupacionais e/ou de saúde) são de fornecimento obrigatório, por constituírem informação indispensável para conformar a vontade contratual da Mutua relativamente à avaliação do risco e para a efetividade do Contrato. A recusa em fornecer tais dados impedirá a formalização da Apólice.

Da mesma forma, o Tomador e o Segurado dão a sua conformidade à realização das provas que a Mutua considerar oportunas face à avaliação do risco segurável, e a que a Mutua possa utilizar, com a mesma finalidade indicada anteriormente, a informação do Tomador e do Segurado que a mesma possa obter no futuro em virtude de outros Contratos do âmbito Segurador assinados com a Mutua.

O Tomador e Segurado poderão exercer, em qualquer momento, os direitos de acesso, retificação, supressão, oposição, limitação e portabilidade, ou retirar o seu consentimento mediante comunicação dirigida à PREVISIÓN SANITARIA NACIONAL, PSN, Mutua de Seguros e Resseguros a Prima Fija, calle Génova, nº 26, 28004, Madrid, acompanhada de fotocópia de documento de identificação ou através dos formulários que se encontram ao seu dispor no endereço anteriormente citado.

Caso, após a outorga da Apólice do seguro, o Tomador ou Segurado exerçam o seu direito de oposição ou retirada do consentimento para o tratamento dos dados necessários à gestão da Apólice, a Apólice ficará automaticamente cancelada.

Os interessados têm o direito de reclamar perante a Autoridade de Controlo e solicitar a tutela dos direitos que não tenham sido devidamente atendidos à Agência Espanhola de Proteção de dados através da sede eletrónica do seu portal web (www.agpd.es), ou através de comunicação escrita dirigido à sua direção postal (C/Jorge Juan, 6, 28001-Madrid).

Poderá obter mais informação sobre a proteção de dados na nossa página www.grupoppsn.pt

Em _____ a _____ de _____ de 20 _____

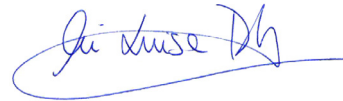
Sr./Sra.: _____

N.I.F. nº: _____

B.I.nº: _____

O TOMADOR DO SEGURO

PELA ENTIDADE SEGURADORA



PSN Mutua de Seguros y Reaseguros a Prima Fija – em Livre Prestação de Serviços em Portugal

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

Sr./Sra.: _____

N.I.F. nº: _____

B.I.nº: _____

O SEGURADO DO SEGURO

(NOTA: Devolver cópia assinada à Mútua de Seguros)