

CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO DE AMORTIZAÇÃO DE EMPRÉSTIMOS

Artigo Preambular:

O presente contrato rege-se pelo convencionado nas presentes Condições Gerais, assim como no estabelecido nas Condições Particulares desta Apólice e, se for caso disso, as eventuais Adendas, submetendo-se ao Decreto-Lei n.º 72/2008 de 16 de Abril - Lei do Contrato de Seguro -, à Lei n.º 147/2015 de 9 de Setembro - Regime de Acesso e Exercício da Atividade Seguradora e Resseguradora - e às regras que complementam ou substituem as anteriores regulamentações.

As Condições Particulares e, se necessário, as Condições Especiais e Adendas da Apólice, necessariamente assinadas pelas partes, constituem, juntamente com a Proposta de Seguro e as presentes Condições Gerais da Apólice, a Apólice de Seguro de AMORTIZAÇÃO DE EMPRÉSTIMOS.

Desde que não se tratem de disposições imperativas, prevalecerá o acordado entre as partes sobre as normas dispositivas. Em caso de conflito entre o acordado entre as partes prevalecerá sempre as Condições Particulares sobre as Gerais e, se for caso disso, sobre as Especiais.

Artigo 1.º - 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 Registro 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 de Seguro:** Pessoa singular ou coletiva que, reunindo os requisitos para adquirir a condição de mutualista, subscreve este contrato com a Entidade Seguradora e assume os direitos e os deveres decorrentes do mesmo, salvo aqueles que correspondam à Pessoa Segura ou ao Beneficiário.
- **Pessoa Segura:** A pessoa singular sobre a qual se cobre o risco e que é a titular dos interesses objeto deste seguro. 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.
- **Beneficiários:** Pessoas singulares ou coletivas designadas pelo Tomador 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 garantidas pelo presente contrato.
- **Contrato de Seguro ou 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.
- **Capital Seguro:** Capital garantido para a prestação a cargo da Entidade Seguradora objeto do seguro.
- **Prémio:** Preço anual do seguro a cargo do Tomador, acrescido dos encargos e impostos aplicáveis.
- **Discriminação dos prémios:** Nas Condições Particulares e sempre que apropriado para esse conceito em conformidade com as garantias contratadas, deve ser indicada a discriminação/repartição numérica dos prémios.
- **Sinistro:** Ato ou facto cujas consequências estão cobertas por alguma das garantias da Apólice. Considera-se que constitui um único sinistro o conjunto de danos, sequelas e consequências derivadas de um mesmo ato/facto.
- **Empréstimo:** contrato pelo qual uma entidade financeira (Instituição de crédito), contra o pagamento de juros remuneratórios previamente fixados, entrega a um pessoa singular uma certa quantia em dinheiro, que esta terá de devolver no prazo contratualmente estipulado.
- **Proposta de Seguro:** O documento que titula a declaração de vontade do Tomador de Seguro para celebrar o contrato de seguro.
- **Amortização:** cumprimento da obrigação de reembolso do capital num contrato de Empréstimo.
- **Entidade Financeira:** instituição de crédito, designada na proposta de contratação do seguro, que concede o Empréstimo coberto pelo mesmo.

Artigo 2.º - Bases do contrato

1. O presente Contrato de Seguro tem por base os dados fornecidos pelo Tomador do Seguro e, caso se aplique, pela Pessoa Segura, os quais devem subscrever a Proposta de Seguro / Questionário de Saúde e

necessariamente a última declaração correspondente sobre o seu estado de saúde (pedido de seguro, declaração do estado de saúde e informações e exames médicos que se estimem necessários para a correta avaliação do risco) e que, juntamente com a Apólice, constituem um todo unitário, a base do seguro.

2. Uma vez recebida a Proposta de Seguro- Questionário de Saúde, a Entidade Seguradora reserva-se o direito de recusar a emissão da Apólice, mediante notificação ao requerente dessa sua decisão.
3. **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 um mês 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.
4. **Se o conteúdo da Apólice diferir da Solicitação/Proposta de seguro ou das cláusulas acordadas, o Tomador/Segurado poderá 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.
5. **O Tomador/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 (ou no prazo que em cada momento se fixe legalmente), 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 /Segurado terá direito à devolução do Prémio que tenha pago, exceto na parte correspondente ao período de tempo em que o Contrato tenha estado em vigor (pro rata temporis).
6. **O Contrato de seguro será nulo, salvo nos casos legalmente previstos se, aquando da sua conclusão, não existia risco ou este já tinha cessado ou se já tinha ocorrido o sinistro (se, à data da celebração do contrato, o tomador ou o segurado tivesse conhecimento de sinistros anteriores a essa data).**
7. O Contrato de Seguro e suas ampliações são incontestáveis quanto a omissões ou inexatidões negligentes na declaração inicial do risco decorrido que esteja 1 (um) ano sobre a sua celebração ou sobre a entrada em vigor da cada uma das ampliações, mas já não quando o Tomador/Segurado tenha agido com dolo.
8. Se o conteúdo da apólice diferir da proposta de seguro ou das cláusulas acordadas, o Tomador de seguro poderá reclamar à Entidade Seguradora, no prazo de um mês a contar desde a emissão da apólice, para que se sane a divergência existente. Decorrido o referido prazo sem que a reclamação tenha sido efetuada, atender-se-á ao disposto na apólice.
9. Em caso de extravio, roubo ou destruição da Apólice, o Tomador/Segurado comunicará, por carta registada, à Entidade Seguradora, a qual, de acordo com a legislação aplicável, procederá à emissão de uma segunda via da mesma.

Artigo 3.º - Limites à Contratação

3.1. Limites comuns a todas as coberturas objeto do presente Seguro:

- a) **Pelo lugar de residência:** Não são seguráveis as pessoas que tenham a sua residência e domicílio habitual fora de Portugal.

3.2. Limites de aplicação em caso de contratação da Cobertura Opcional de Incapacidade Laboral Total Temporária:

Além das limitações contidas no parágrafo anterior, no caso de contratação da Cobertura opcional de Incapacidade Laboral Total Temporária só podem ser seguradas as pessoas que realizam uma atividade profissional mediante uma retribuição económica e que declarem o valor líquido desta retribuição e a parte que não está coberta ou garantida em caso de Incapacidade Laboral Total Temporária.

Artigo 4.º - Objeto e alcance do Seguro

A Entidade Seguradora compromete-se, dentro dos limites e condições estabelecidas na presente Apólice, a satisfazer as prestações estabelecidas para cada cobertura nas Condições Particulares do seguro.

As coberturas que se podem contratar são as seguintes:

A) Cobertura Principal de Contratação Obrigatória:

1. - **Falecimento da Pessoa Segura antes do vencimento do contrato:** Em caso de falecimento da Pessoa Segura antes do termo do contrato, a Entidade Seguradora garante ao/s Beneficiário/s designado/s, o pagamento do capital estipulado nas Condições Particulares, correspondente à anuidade em que ocorra o falecimento, segundo a tabela de amortização que figura nas mesmas.

A Entidade Seguradora não assume o encargo de liquidar as prestações que, estando já vencidas e em mora antes do falecimento da Pessoa Segura, estejam pendentes de pagamento.

2. Coberturas Complementares de Contratação Opcional:

1. - Incapacidade por Invalidez Permanente e Absoluta para todo o trabalho da Pessoa Segura antes do termo da Cobertura: Através da presente cobertura, a Entidade Seguradora garante ao Beneficiário o pagamento da prestação contratada para tal fim, cuja quantia se especifica nas Condições Particulares desta Apólice.

O pagamento desta prestação implica a anulação automática do contrato.

Esta cobertura adicional será cancelada com o vencimento da cobertura principal, e, em qualquer caso, com o vencimento da anuidade do seguro quando a Pessoa Segura atinga 65 anos de idade.

Para efeitos da presente cobertura opcional é entendido por Incapacidade por invalidez absoluta e permanente para todo o trabalho, a condição física ou mental irreversível, que inabilita completamente a Pessoa Segura de poder manter qualquer trabalho, profissão ou ofício.

1. - Incapacidade Laboral Total Temporária da Pessoa Segura antes do termo da Cobertura: Mediante a presente cobertura, a Entidade Seguradora garante ao Tomador o pagamento da quantia diária estipulada nas Condições Particulares da Apólice, **que em caso algum poderá ser superior ao prejuízo económico derivado da incapacidade, que será paga mensalmente, enquanto durar a Incapacidade Laboral Total Temporária ou, se essa Incapacidade se prolongar por mais tempo, até alcançar o período máximo de prestação de TREZENTOS E SESENTA E CINCO DIAS.**

Para efeitos da presente cobertura entende-se por Incapacidade Laboral Total Temporária a derivada de doença ou acidente da Pessoa Segura que a impossibilite totalmente de realizar a atividade profissional ou laboral declarada no pedido de subscrição e feita constar das Condições Particulares.

Esta cobertura adicional será cancelada com o vencimento da cobertura principal, e, em qualquer caso, com o vencimento da anuidade do seguro quando a Pessoa Segura atinga 65 anos de idade.

Em qualquer caso esta cobertura adicional extinguir-se-á quando a Pessoa Segura:

- Transfira o seu domicílio para fora de Portugal, salvo se a Entidade Seguradora aceitar expressamente a continuidade do seguro dentro dos 15 dias seguintes a ter recebido a notificação da referida transferência;
- Cesse a sua atividade profissional ou laboral;
- Receba prestações ou subsídio de desemprego;
- Receba uma pensão de reforma ou de Incapacidade Permanente em qualquer grau e de qualquer entidade ou organismo.

4.1. Delimitação da Incapacidade por Invalidez Permanente e Absoluta:

Para a avaliação da Incapacidade por Invalidez Permanente e Absoluta serão vinculativas as resoluções da Segurança Social ou de quaisquer outros órgãos que assumam as suas competências, bem como as decisões judiciais emanadas de tribunais de jurisdição distinta da civil.

4.2. Delimitação da Incapacidade Laboral Total Temporária:

- Período de carência: Se a incapacidade profissional é causada por doença, haverá um período de carência de VINTE DIAS** contados desde a data de produção de efeitos da cobertura, de modo que esta cobertura só será eficaz para doenças iniciado a partir do vigésimo primeiro (21º) dia após essa data.

Se a incapacidade profissional tem origem num acidente, não haverá qualquer período de carência, entrando em vigor a cobertura na sua data de início de vigência.

Em nenhum caso serão cobertos, pela presente cobertura, os processos patológicos iniciados antes ou durante o período de carência, nem as consequências dos acidentes ocorridos antes da data de início de vigência da cobertura.

- Período de franquia: Número de dias consecutivos contados desde o início do sinistro, e que, em caso algum, serão objeto de pagamento de prestação segura ou indemnização garantida alguma. O período de franquia é de 15 dias.
- Período da prestação: O pagamento da prestação diária vencer-se-á uma vez decorrido o Período de franquia sempre que **o Tomador e/ou a Pessoa Segura notifique(m) por escrito o sinistro à Entidade Seguradora dentro dos oito dias seguintes ao início da Incapacidade Laboral Total Temporária.**

Decorrido o referido prazo sem que a Entidade Seguradora tenha conhecimento do sinistro, considera-se como data de início da incapacidade o dia da notificação escrita do mesmo e/ou da apresentação do pedido da prestação, de modo que a partir da referida data se iniciará o período de franquia e, apenas após decorrido o mesmo, se tornará exigível a prestação.

Nenhuma Pessoa Segura poderá exigir prestações por um mesmo processo patológico, seja de forma consecutiva ou seja em períodos alternados, por tempo superior ao prazo máximo de trezentos e sessenta e cinco dias.

Cessarà a prestação no momento em que a Pessoa Segura possa retomar suas ocupações profissionais, conforme resulte do relatório médico, mesmo que apenas parcialmente e mesmo que não tenha ainda recibo de alta da Segurança Social, e em qualquer caso, quando se tenha esgotado o período máximo de prestações de trezentos e sessenta e cinco dias.

Artigo 5.º - Riscos Excluídos

1. Riscos excluídos de todas as coberturas (tanto principal como complementares) deste seguro:

Ficam excluídos de todas as coberturas deste seguro os seguintes riscos:

- Os produzidos por ocasião de conflitos armados (haja ou não declaração de guerra), terrorismo, rebelião, insurreição, alterações da ordem pública;
- Os ocasionados por radiações nucleares ou por contaminação

radioativa, salvo a eventual radiação por motivos profissionais ou terapêuticas que são garantidos;

- Os derivados do consumo de álcool, droga ou estupefacientes;
- Os originados por rixas ou confrontos (salvo em legítima defesa) ou por prática ou tentativa de crime pela própria Pessoa Segura.
- O suicídio, e tentativa de suicídio da Pessoa Segura. Esta exclusão não será aplicada para a cobertura principal, uma vez decorrido um ano desde a data de produção de efeito do contrato ou de qualquer ampliação posterior da cobertura em relação ao montante de tal ampliação

2. Excluiões específicas em caso de Incapacidade por Invalidez Permanente e Absoluta:

Ficam excluídos da garantia de Incapacidade por Invalidez Permanente e Absoluta, além dos riscos referidos em 1, os produzidos em qualquer das seguintes circunstâncias:

- Os causados voluntariamente pela Pessoa Segura;
- Os ocasionados por competições, apostas, tentativas de recorde e, em geral, todos os atos notoriamente perigosos que não se justifiquem por qualquer necessidade profissional, salvo aqueles que ocorram no âmbito de uma tentativa de salvamento de pessoa ou bens;
- Os que tenham origem em atos de mera culpa ou negligência grave da Pessoa Segura, assim como os derivados de delitos, duelos e rixas, neste caso sempre que a Pessoa Segura não tenha atuado em legítima defesa.
- Os que ocorram enquanto a Pessoa Segura estiver em situação de perturbação mental, embriaguez ou sobre o efeito de drogas tóxicas ou estupefacientes não prescritos por médico.

Para estes efeitos, considera-se existir estado de embriaguez quando o grau de álcool no sangue for superior ao autorizado no Código da Estrada e demais legislação complementar vigente no momento da ocorrência do sinistro.

- A tentativa de suicídio da Pessoa Segura, ainda que se produza depois do decurso de um ano desde a data de produção de efeitos do contrato ou de suas ampliações.
- Estão ainda excluídos, salvo se expressamente tenha sido declarada a sua prática no pedido de subscrição do seguro e tenha sido expressamente aceite pela Entidade Seguradora mediante a sua inclusão nas Condições Particulares, as consequências dos seguintes atos:

f. 1) Os ocasionados pela utilização ou uso como condutor ou ocupante de motocicletas ou ciclomotores com cilindrada superior a 250 cc;

f. 2) Os ocorridos na sequência de uma viagem da Pessoa Segura, seja na qualidade de passageiro ou tripulante, em aviões de capacidade inferior a 10 lugares;

f.3) Os derivados da prática dos seguintes desportos: automobilismo e motociclismo em qualquer das suas modalidades, caça grossa fora do território europeu, mergulho com uso de garrafa, navegação fora de águas portuguesas em embarcações não destinadas ao transporte público de passageiros, hipismo, escalada, espeleologia, boxe, lutas em qualquer modalidade, artes marciais, para-quedismo, balonismo, voo livre, voo sem motor, e, em geral, qualquer desporto ou atividade recreativa de carácter notoriamente perigoso.

3. Excluiões específicas em caso de Incapacidade Laboral Total Temporária:

Ficam excluídos da garantia de Incapacidade Laboral Total Temporária, além dos riscos referidos em 1, os acontecimentos produzidos em alguma das seguintes circunstâncias:

- Os causados voluntariamente pela Pessoa Segura;
- Infertilidade, gravidez, aborto, seja natural ou provado, e parto, assim 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 com a Hepatite C, seja qual for, em todos os casos, o seu mecanismo de transmissão;
- Quaisquer doenças mentais e psíquicas, síndrome cerebral orgânica e/ou transtorno mental orgânico, esquizofrenias e psicoses 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;
- Cirurgia plástica e reparadora com intenção estética, exceto se for consequência direta de doença ou acidente ocorrido durante a vigência do seguro;
- 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;
- Síndromes e manifestações clínicas, orgânicas e funcionais, derivadas de patologias crónicas e/ou degenerativas do aparelho locomotor, especialmente aqueles cujo tratamento seja apenas paliativo;
- Hérnias discas ou protusões de qualquer etiologia e localização, e

as suas consequências;

- i) **Síndromes dolorosas não específicas sem diagnóstico etiológico e diagnóstico definitivo;**
- j) **Fibromialgia e síndrome da fadiga crónica;**
- k) **Tratamentos e/ou agravamentos ou reagudização de doenças ou processos patológicos preexistentes que não tenham sido expressamente aceites pela Entidade Seguradora;**
- l) **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 Entidade Seguradora.**

Artigo 6º.- Modificação do risco

1. **O Tomador do Seguro e a Pessoa Segura estão obrigados a notificar à Entidade Seguradora, no prazo máximo de 14 (catorze) dias contados do seu conhecimento, todas as circunstâncias que modifiquem o risco segurado e particularmente aquelas que extravasem os limites da contratação estabelecidos no artigo 3º destas Condições.**
2. Se o Tomador do Seguro ou o Segurado, atuando dolosamente e com o objetivo de obter 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.
3. No caso de o Tomador do Seguro ou de a Pessoa Segura, agindo de má-fé, não terem comunicado o agravamento do risco e ocorrer um sinistro, a Entidade Seguradora fica isenta do pagamento da prestação.
4. Da mesma forma, o Tomador do Seguro ou a Pessoa Segura poderão comunicar à Entidade 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 (DL 72/2008).

Artigo 7.º.- Verificação do risco e tramitação do sinistro

A. Participação e informação do Sinistro:

1. **O Tomador do Seguro, a Pessoa Segura ou os Beneficiários deverão comunicar à Entidade Seguradora o sinistro ou o facto determinante da verificação do risco segurado dentro do prazo de oito dias desde o acontecimento ou, se aplicável, desde o conhecimento do mesmo.**
2. **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.
3. A obtenção de informação conforme aos números anteriores constitui encargo do Tomador, da Pessoa Segura, dos Beneficiários ou herdeiros, salvo os exames ou perícias que se realizem por médicos, peritos ou especialistas diretamente designados pela Entidade Seguradora, caso em que será esta quem suporta as correspondentes despesas.
4. Os documentos terão que ser apresentados pelo Tomador ou pelos Beneficiários devidamente legalizados, autenticados ou certificados, quando assim seja solicitado pela Entidade Seguradora.

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

1. - Em caso de falecimento da Pessoa Segura, o Beneficiário, sem prejuízo do estabelecido no ponto anterior, deverá entregar à Entidade Seguradora os seguintes documentos:
 - a) Fotocópia do documento de identificação/Fotocópia do cartão de Contribuinte e Certidão/assento de óbito da Pessoa Segura;
 - b) Escritura Pública de habilitação de herdeiros e certidão do testamento outorgado, quando necessária.
 - c) Certificado do médico que haja assistido a Pessoa Segura, indicando a origem, evolução e natureza do processo patológico ou traumático que determinou a morte;
 - d) Em caso de acidente, comprovação das diligências administrativas e judiciais a que aquele tenha dado lugar e documentos que comprovem a relação de causalidade direta entre o acidente e a morte;
 - e) Comprobativos que atestem a identidade (bilhete de identidade, cartão de cidadão, passaporte) e a condição de beneficiário, assim como, se aplicável, a prova de vida ou, em caso de pessoa coletiva, o comprovativo da sua existência mercantil ("legal good-standing") mediante a apresentação de certidão emitida pela Conservatória do Registo Comercial;
 - f) Certificado emitido pela Entidade Financeira onde se faça constar a importância pendente de amortização até à data da morte da Pessoa Segura;
 - g) Recibo de pagamento ou, se aplicável, declaração de isenção de pagamento de imposto de Selo sobre as Transmissões Gratuitas de bens.

2.- Em caso de Incapacidade por invalidez permanente e absoluta, o Tomador, além de ter de cumprir os deveres de declaração e informação sobre o sinistro estabelecidas no ponto A) supra, para que seja reconhecida

a prestação correspondente, deverá facultar à Entidade Seguradora os seguintes documentos:

- a) Fotocópia do documento de identificação/Fotocópia do cartão de Contribuinte/Fotocópia do número de identificação europeu (NIE) da Pessoa Segura;
- b) Decisão final e fundamentada emitida pelo Instituto de Segurança Social (ISS) reconhecendo a incapacidade permanente e absoluta para todo o trabalho, assim como o relatório-proposta emitido pelo mesmo ISS, em caso de beneficiário do regime geral da Segurança Social;
- c) No caso da Pessoa Segura não ser beneficiário do regime geral da Segurança Social, o certificado e relatório médico em que se determine a Incapacidade por invalidez permanente e absoluta para todo o trabalho e o grau da mesma em relação a qualquer atividade;
- d) Documentação que ateste que a Pessoa Segura estava a realizar a atividade profissional declarada e que teve de cessar a mesma em virtude da sua incapacidade permanente e absoluta para todo o trabalho;
- e) Em caso de acidente: comprovação das diligências efetuadas no âmbito de processos administrativos e/ou judiciais que o mesmo tenha originado e documentos que comprovem o nexo causal direto entre o acidente e a incapacidade permanente e absoluta; Decorridos 10 (dez) meses desde o acidente, certificado ou relatório médico em que se refira e descreva, detalhadamente, as consequências de carácter irreversível que a Pessoa Segura apresente e que atestem a sua situação de incapacidade por invalidez permanente e absoluta em consequência direta do acidente;
- f) Certificado emitido pela Entidade Financeira em que se faça constar a importância pendente de amortização até à data da morte da Pessoa Segura.

Uma vez completa e recebida a documentação exigida conforme o anteriormente estabelecido, a Entidade Seguradora tornará efetiva a prestação garantida, pagando-a.

Não obstante, a Entidade Seguradora fica autorizada a reter aquela parte do capital seguro em que, de acordo com as circunstâncias por ela conhecidas, se estimem devem liquidar a dívida fiscal resultante da liquidação do imposto que possa ser aplicável.

3. - Em caso de Incapacidade Laboral Total Temporária da Pessoa Segura, o Tomador, além de ter de cumprir os deveres de declaração e informação sobre o sinistro estabelecidas no ponto A) supra, para que seja reconhecida a prestação correspondente, deverá facultar à Entidade Seguradora os seguintes documentos:

- a) Original ou cópia certificada da declaração inicial de incapacidade para a atividade profissional no caso de estar inscrito na Segurança Social;
- b) Em todo o caso, o relatório do médico que assistiu o paciente em respeito à etiologia, sintomatologia, evolução e o diagnóstico do processo patológico determinante do sinistro, sua incidência sobre as atividades profissionais da Pessoa Segura com o prognóstico quanto à possível duração da doença e demais dados contidos no questionário facultado a esse respeito pela Entidade Seguradora;
- c) 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.

A Pessoa Segura e/ou os seus familiares deverão permitir a visita dos médicos designados pela Entidade Seguradora, tanto no domicílio da Pessoa Segura como no centro hospitalar onde se encontre internada, para efeitos de comprovação do estado de saúde e/ou da evolução da doença ou do acidente. Neste sentido, a Pessoa Segura liberta de segredo profissional o seu médico assistente. A recusa por parte da Pessoa Segura e/ou dos seus familiares relativamente a estas visitas ou ao fornecimento das informações aqui solicitadas resultará na cessação do pagamento das prestações.

A Pessoa Segura deverá comunicar imediatamente à Entidade Seguradora o término da sua situação de Incapacidade Laboral Total Temporária, facultando, se for o caso, a declaração de alta médica emitida pela Segurança Social (original ou cópia certificada) ou, se não estiver inscrito, a alta médica assinada pelo médico assistente.

Uma vez completa e recebida a documentação exigida conforme o anteriormente estabelecido, a Entidade Seguradora tornará efetiva a prestação garantida com carácter mensal, pagando-a.

A Entidade Seguradora poderá solicitar informação complementar à anteriormente citada se entender necessária para a verificação e alcance do sinistro.

Artigo 8º.- Pagamento dos prémios

1. A cobertura de riscos fica dependente do prémio. Os prémios correspondentes a esta apólice, juntamente com os encargos e impostos legalmente aplicáveis, serão exigidos por antecipação e com carácter anual, no dia do seu vencimento, contra recibo emitido pela Entidade Seguradora, no domicílio para o efeito acordado nas Condições Particulares da apólice e, na falta de acordo, na sede da Entidade Seguradora.

O prémio será pago pelo Tomador do seguro antecipadamente na data da perfeição/celebração do contrato ou quando o mesmo entrar em vigor.

2. O primeiro prémio deverá ser pago antecipadamente na data de assinatura do Contrato. **Se o mesmo não for pago por culpa do obrigado ao pagamento, a Entidade Seguradora tem o direito de resolver o Contrato, e se o prémio não tiver sido pago antes de ocorrer um sinistro, a Entidade Seguradora será liberada da sua obrigação.**

3. **Em caso de falta de pagamento de um dos prémios seguintes, a**

cobertura ficará suspensa um mês depois do dia do seu vencimento e se não exigir o pagamento dentro dos seis meses seguintes ao referido vencimento, o contrato cessará automaticamente.

Se o contrato não tiver sido resolvido ou extinto conforme os parágrafos anteriores, a cobertura voltará a produzir efeito às vinte e quatro horas do dia em que o Tomador do Seguro ou a Pessoa Segura pague o prémio.

4. Nas Condições Particulares poderá acordar-se que o pagamento dos prémios será feito mediante transferência bancária, caso em que o Tomador entregará à Entidade Seguradora uma carta dirigida ao estabelecimento bancário dando ordem para o efeito. Em caso de débito direto, o prémio considerar-se-á satisfeito no seu vencimento, sempre que seja pago dentro do prazo de um mês contado desde o dito vencimento.
5. Se o pagamento do prémio anual se fracionar por vontade do Tomador de Seguro, ou se for o caso, da Pessoa Segura, o valor das frações correspondentes poderá ser incrementada pela percentagem que se venha a estabelecer nas Condições Particulares.

Artigo 9.º - Pagamento das prestações

1. Em caso de Falecimento e de Invalidez por incapacidade Permanente e Absoluta da Pessoa Segura: Uma vez recebida e analisada a documentação a que se refere o artigo anterior, e comprovada a morte/falecimento da Pessoa Segura e a sua causa, ou em caso de Invalidez por Incapacidade Permanente e Absoluta, a Entidade Seguradora pagará, no seu domicílio social, ao Beneficiário ou Beneficiários designados, o capital em dívida no Empréstimo, até ao limite máximo do montante contratado nas Condições Particulares, para a anuidade correspondente ao falecimento ou à incapacidade permanente e absoluta.

No caso de o montante contratado pelo Tomador de Seguro para a anuidade correspondente ao Falecimento ou à Incapacidade Permanente Absoluta, ser superior ao montante pendente de amortização, a Entidade Seguradora pagará o excedente, sempre com o limite máximo do valor contratado nas Condições Particulares, aos Beneficiários designados pela Pessoa Segura e, na falta de designação beneficiária, a prestação deste seguro fará parte do acervo da herança da Pessoa Segura, para efeitos de sucessão.

2. Em caso de Incapacidade Laboral Total Temporária da Pessoa Segura: Uma vez recebida e analisada a documentação a que se refere o artigo anterior a Entidade Seguradora, se a considera suficientemente comprovativa, colocará à disposição do Tomador a prestação garantida, tornando-se eficaz numa base mensal.

Decorridos quinze dias sem que haja lugar à justificação, conforme estabelecido no artigo anterior, a continuação da sua situação de Incapacidade laboral total temporária, confere direito à Entidade Seguradora de interromper o pagamento das prestações até que seja facultada a documentação comprovativa.

3. No caso de a Entidade Seguradora 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 Tomador 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 no artigo 50.º da Lei do Contrato de Seguro.

Artigo 10.º - Impostos e encargos

Todos os impostos e encargos legalmente aplicáveis que onerem o presente contrato, seus prémios e prestações, ficarão a cargo do Tomador do Seguro e, sendo caso disso, da Pessoa Segura ou seus Beneficiários.

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

Artigo 11.º - Designação dos Beneficiários

Serão Beneficiários explícitos da prestação por Falecimento/morte os designados livremente pelo Tomador do Seguro. Essa designação poderá fazer-se na Apólice, numa declaração escrita subsequente emitida pelo Tomador ou em testamento. Pode igualmente modificar-se a referida designação, a qualquer momento, desde que o Tomador não tenha renunciado a essa faculdade ou não tenha designado um Beneficiário de forma irrevogável, pela mesma forma com que se efetuou a designação.

Se o Beneficiário da prestação for uma Entidade Financeira, será requisito imprescindível para a modificação posterior do Beneficiário, a autorização expressa e por escrito da mesma.

Caso não exista Beneficiário/s explicitamente designado/s pelo Tomador, serão Beneficiários condicionais da referida prestação os que se encontram referidos abaixo, na seguinte ordem, com prioridade excludente:

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

Quando os Beneficiários condicionais sejam os descritos nos pontos 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 quer de Beneficiários, quer Beneficiários condicionais, a prestação por falecimento formará parte do acervo hereditário da Pessoa Segura para efeitos da sua sucessão.

Artigo 12.º - Efeitos, duração e extinção 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 às 00:00 horas do dia indicado nas Condições Particulares da Apólice, uma vez esteja assinado o Contrato e desde que o Tomador do Seguro tenha pago o primeiro recibo do prémio.
3. A duração do Contrato de Seguro figurará nas Condições Particulares e prorrogar-se-á tacitamente, a menos que o Tomador se oponha à sua prorrogação mediante notificação escrita à Entidade Seguradora no prazo de, pelo menos, 30 dias antes da data de vencimento do período em curso.
4. **O contrato será nulo se, aquando da sua celebração, não existisse 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, ou de este ter sido declarado inválido em qualquer grau de Incapacidade, ou por não exercer, por motivo de reforma antecipada ou por outro motivo forçoso ou voluntário, a profissão declarada, ou por qualquer outro motivo.**
5. **A cessação do seguro produzirá efeitos a partir da data em que ocorreu o evento que deu origem à mesma.**

Não obstante o referido anteriormente, o pagamento da prestação derivada da cobertura por Falecimento ou Invalidez total permanente e absoluta resultará no cancelamento automático do contrato de seguro. Em qualquer caso, no vencimento da anuidade de seguro em que a Pessoa Segura complete 65 anos de idade serão anuladas as coberturas adicionais.

A cobertura por incapacidade Laboral Total extinguir-se-á quando a Pessoa Segura:

- a) **Transfira o seu domicílio para fora de Portugal, salvo se a Entidade Seguradora aceitar expressamente a continuidade do seguro dentro do prazo de 15 dias seguintes à receção da notificação da referida transferência;**
- b) **Cesse a sua atividade profissional ou laboral;**
- c) **Receba prestações ou subsídio de desemprego;**
- d) **Receba uma pensão de reforma ou de Incapacidade Permanente em qualquer grau e de qualquer entidade ou organismo.**

Artigo 13.º - 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 artigo 121º/2 da Lei do Contrato de Seguro (DL 72/2008), sem prejuízo da prescrição ordinária a contar do facto que lhe deu causa.

Artigo 14.º - Comunicações

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

As comunicações da Entidade Seguradora ao Tomador, à Pessoa Segura ou Beneficiário, realizar-se-ão para o último domicílio destes conhecido por aquela.

Artigo 15.º - Instâncias de Reclamação e Jurisdição

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

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, 3º 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
Avª Duque de Ávila, n.º 46, 6.º1050-083 Lisboa, Portugal

Por via externa:

- 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.
- Via judicial, nos tribunais que sejam competentes nos termos da lei civil.

Artigo 16º 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:

- Os que não dão lugar a indemnização segundo a Lei do Contrato de Seguro (DL 72/2008);
- Os causados por conflitos armados, embora não exista uma declaração oficial de guerra;
- Os derivados da energia nuclear, sem prejuízo das disposições da legislação específica sobre energia nuclear;
- 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;
- 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;
- Os causados por má-fé (dolo) da Pessoa Segura;
- 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;
- Os sinistros que pela sua magnitude e gravidade são qualificados pelo Estado como situação de "catástrofe ou calamidade nacional".

3. Extensão da cobertura:

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

Artigo 17º - 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 Agencia Espanhola de Protección de datos 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.grupopsn.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, depois de examinadas as presentes Condições Gerais, e, de entre elas, especificamente as cláusulas que poderiam ser consideradas LIMITATIVAS assim como quaisquer EXCLUSÕES e TER/EM RECEBIDO antes da celebração do Contrato uma cópia da NOTA INFORMATIVA DO SEGURO DE "Amortização de Empréstimos", com a informação referida na Lei do Contrato de Seguro e demais legislação relevante.

Sr./Sra.: _____

N.I.F. nº: _____

B.I.nº: _____

O SEGURADO DO SEGURO

Devolver uma cópia assinada à Entidade Seguradora.