

Artigo Preliminar

Entre a Companhia de Seguros Real Vida Seguros, S.A., adiante designada por Segurador e o Tomador do Seguro identificado nas Condições Particulares, estabelece-se o presente contrato de seguro que se regula pelas Condições Gerais e Particulares desta Apólice, contratada de harmonia com as declarações constantes da Proposta que foram registadas no sistema informático da Real Vida Seguros, seja de forma directa pela Tomador de Seguro seja através de Mediador de Seguros.

ARTIGO 1.º

DEFINIÇÕES

1. Para efeitos do presente contrato entende-se por:

Apólice: Conjunto de condições identificado no artigo anterior e na qual é formalizado o contrato de seguro celebrado.

Segurador: Real Vida Seguros, S.A., entidade legalmente autorizada a exercer a actividade seguradora e que subscreve, com o Tomador do Seguro, o contrato de seguro.

Serviço de Assistência: RNA - Rede Nacional de Assistência, S.A., entidade responsável pela prestação do Serviço de Assistência.

Tomador do Seguro: A pessoa ou entidade que contrata com o Segurador, sendo responsável pelo pagamento do prémio.

Pessoa Segura: A pessoa ou pessoas mencionadas nas Condições Particulares ou Certificado Individual cuja vida, saúde ou integridade física se seguram e no interesse das quais o contrato é celebrado.

Beneficiário: A pessoa ou entidade a favor de quem reverte a prestação do Segurador decorrente do contrato de seguro em caso de morte da Pessoa Segura.

Seguro Individual: Seguro efectuado relativamente a uma pessoa.

Seguro Grupo: Contrato de seguro que cobre riscos de um conjunto de pessoas ligadas ao Tomador do Seguro por um vínculo ou interesse comum que não seja o de segurar.

Boletim de Adesão: Documento do qual constam elementos identificativos e outras informações respeitantes à Pessoa Segura, no caso de adesão a seguro de grupo.

Condições Gerais: Princípios gerais do contrato e seu

enquadramento.

Condições Particulares: Cláusulas que complementam as Condições Gerais e Especiais de um contrato que expressam os respectivos elementos específicos, precisando, entre outros, o seu início e duração, o(s) período(s) de carência, o(s) risco(s) coberto(s), o(s) Capital(is) Seguro(s), a(s) franquia(s), o(s) copagamento(s), o prémio, o Tomador do Seguro, a(s) Pessoa(s) Segura(s) e o(s) Beneficiário(s).

Acta Adicional: Documento que titula uma alteração ao contrato.

Capital Seguro: Valor máximo pelo qual o Segurador responde em caso de sinistro ocorrido durante o período de vigência do seguro.

Acesso à Rede Médica: Disponibilização de serviços de cuidados de saúde, garantidos pelo presente contrato de seguro, executados por prestadores da Rede Médica Convencionada, aos quais a Pessoa Segura tem acesso, suportando na totalidade os respectivos custos.

Rede de Assistência RNA MEDICAL: Rede de prestadores composta por médicos de cuidados primários e de especialidade, clínicas e hospitais e outros centros de meios complementares de diagnóstico.

Cartão de Saúde: Cartão pessoal e intransmissível, que identifica o seu titular e permite o acesso às garantias do presente contrato.

Pré-Autorização: Aprovação dada pelos serviços clínicos da RNA – Rede Nacional de Assistência, S.A., quando exigível nos termos da apólice, que permite às Pessoas Seguras o acesso aos cuidados de saúde garantidos pelo presente Contrato.

Prémio de Seguro: Importância paga pelo Tomador do Seguro como contrapartida da cobertura acordada e inclui tudo o que seja contratualmente devido, incluindo os encargos fiscais e parafiscais.

Estorno: Importância devolvida ao Tomador do Seguro de uma parte do prémio pago.

Dano Corporal: Prejuízo resultante de lesão da saúde física ou mental.

Dano Material: Prejuízo resultante de lesão de coisa móvel, imóvel ou animal.

Acidente: Acontecimento provocado por causa súbita, imprevisível, fortuita, externa e violenta, alheia à vontade do Tomador do Seguro ou da Pessoa Segura que origine nesta

lesões corporais que possam ser clínica e objectivamente constatadas, desde que as mesmas não ocorram pela transgressão grave de disposições legais ou regulamentares, mesmo que estes actos sejam cometidos em estado de incapacidade de discernimento, que não sejam consequência directa de doença, inclusive enfarte do miocárdio e acidente vascular cerebral, anomalias congénitas, incapacidades físicas ou mentais e defeitos físicos existentes, sejam do conhecimento da Pessoa Segura à data do início das garantias da Apólice e que seja susceptível de provocar o funcionamento das garantias do contrato.

Sinistro: A verificação, total ou parcial, do evento que desencadeia o accionamento da cobertura do risco prevista no contrato, considerando-se como um único sinistro o evento ou série de eventos resultante de uma mesma causa.

Co-pagamento: Valor que fica a cargo da Pessoa Segura por cada utilização na Rede.

Comparticipação: Valor a cargo do Segurador, em cada despesa de saúde garantida pela Apólice, calculado após dedução da franquia, nos termos definidos nas Condições Particulares.

Franquia: Valor, percentagem ou número de dias que, em caso de sinistro, fica a cargo do Tomador do Seguro ou da Pessoa Segura ou de quem demonstrar ser o titular do direito à prestação por parte do Segurador e cujo montante ou forma de cálculo se encontra estipulado nas Condições Particulares ou Certificado Individual.

Período de Carência: Período de tempo que medeia entre a data de início do contrato de seguro e a data de início de produção de efeitos de determinadas coberturas, conforme dispostos nas Condições Particulares ou Certificado Individual.

Consulta de Urgência: Considera-se consulta de urgência, aquela que significa um recurso ao serviço de urgência de clínicas ou unidades hospitalares.

Morte: Falecimento da Pessoa Segura ocorrido dentro do prazo de 24 (vinte e quatro) meses em consequência de acidente abrangido pelas garantias do contrato.

Incapacidade Temporária: Impossibilidade física e temporária, resultante de doença, susceptível de constatação médica, de a Pessoa Segura exercer a sua actividade normal.

Despesas de Tratamento: Despesas realizadas pela Pessoa Segura para aquisição de bens ou de serviços, desde que prescritas por médico para fins de tratamento de lesão corporal resultante de acidente.

Doença: Alteração involuntária do estado de saúde da Pessoa Segura, não causada por acidente, clinicamente comprovada, nomeadamente por exames médicos complementares.

Doença Súbita: Alteração no estado de saúde que não resulta de um acidente nem de manifestação de uma doença pré-existente.

Hospital: Estabelecimento público ou privado, oficialmente reconhecido como tal, qualquer que seja a sua designação (nomeadamente as de hospital particular ou clínica), destinado ao tratamento de doentes e acidentados, que disponha permanentemente de assistência médica, de enfermagem e cirúrgica. Excluem-se, expressamente, casas de repouso e de convalescença, bem como termas, lares de terceira idade, centros de tratamento de toxicodependentes e alcoólatras, e outras instituições similares.

Médico: Licenciado por uma Faculdade de Medicina, legalmente autorizado a exercer a sua profissão e que esteja inscrito na Ordem dos Médicos, ou equivalente. Excluem-se, expressamente, os cônjuges, pais, filhos e irmãos das Pessoas Seguras.

ARTIGO 2.º

OBJECTO DO CONTRATO

1. Pelo presente contrato, o Segurador, em consequência de doença ou acidente sofrido pela Pessoa Segura, e desde que abrangido pelas coberturas contratadas mencionadas nas Condições Particulares, Certificado Individual ou Condições Especiais, quando aplicáveis, garante o pagamento até aos limites aí previstos, da correspondente indemnização.

2. Estão contratadas as seguintes coberturas:

- i. Incapacidade Temporária por Doença
Incapacidade Temporária Absoluta
Incapacidade Temporária Parcial
- ii. Morte por Acidente;
- iii. Despesas de Funeral;
- iv. Acesso à Rede RNA Medical;
- v. Envio de Médico ao Domicílio;
- vi. Assistência Dentária

3. As coberturas Acesso à Rede RNA Medical, Envio de Médico ao Domicílio e Assistência Dentária revestem a modalidade de acesso à rede.

ARTIGO 3.º

DEFINIÇÃO DAS COBERTURAS

Coberturas

1. Incapacidade Temporária por Doença

Entende-se por Incapacidade Temporária a impossibilidade

física e temporária, resultante de doença, susceptível de constatação médica, de a Pessoa Segura exercer a sua actividade normal.

A Incapacidade Temporária pode ser:

a) Incapacidade Temporária Absoluta - quando a Pessoa Segura se encontre na impossibilidade física absoluta, clinicamente comprovada, de exercer todas e quaisquer tarefas inerentes à sua profissão ou no caso de não exercer profissão remunerada, se encontre temporariamente inibida de realizar os actos normais da sua vida doméstica, social e/ou escolar.

Em caso de Incapacidade Temporária Absoluta por doença, o Segurador pagará, por sinistro, durante o período máximo de 180 (cento e oitenta) dias, o subsídio mensal fixado nas Condições Particulares, Certificado Individual ou Condições Especiais.

Caso a Pessoa Segura tenha mais de uma actividade remunerada, a avaliação da incapacidade será efectuada com base na actividade principal.

b) Incapacidade Temporária Parcial - quando a Pessoa Segura, no seguimento de uma incapacidade temporária absoluta, se encontre na impossibilidade física parcial, clinicamente comprovada, de exercer uma ou mais tarefas inerentes à sua profissão ou no caso de não exercer profissão remunerada, se encontre temporariamente inibida de realizar os actos normais da sua vida doméstica, social e/ou escolar, o Segurador pagará durante o período máximo de 30 (trinta) dias a contar do dia imediato ao da determinação clínica da incapacidade parcial, um subsídio correspondente ao fixado nas Condições Particulares ou Certificado Individual.

O período deverá ser contínuo, ou seja nos 30 (trinta) dias subsequentes ao período da Incapacidade Temporária Absoluta.

2. Morte por Acidente

Em caso de Morte da Pessoa Segura, ocorrida em consequência de acidente coberto e clinicamente constatado o nexo de causalidade com o acidente, o Segurador garante o pagamento do respectivo Capital Seguro aos herdeiros legais da Pessoa Segura.

Salvo convenção em contrário, o capital por Morte só é devido se a mesma ocorrer no decurso de dois anos a contar da data do acidente.

3. Despesas de Funeral

a) O Segurador garante, até ao Capital Seguro estabelecido nas Condições Particulares, o reembolso das despesas de funeral da Pessoa Segura.

b) O reembolso será efectuado em Portugal e em moeda local, contra a entrega da documentação comprovativa, a quem demonstrar ter efectuado os pagamentos. No caso de despesas efectuadas em moeda estrangeira, a conversão é feita à taxa de câmbio de referência de

venda do dia da realização de despesa.

4. Acesso à Rede RNA Medical

Os Serviços de Assistência garantem o acesso a um conjunto de serviços, através do qual poderá usufruir de um conjunto de benefícios que se traduzem no acesso a um conjunto de actos de medicina ambulatória, consultas de clínica geral, consultas da especialidade, internamento hospitalar, exames clínicos e exames auxiliares de diagnóstico, a preços previamente convencionados de acordo com as condições constantes no Plano de Saúde.

A Rede de Assistência RNA MEDICAL tem cobertura nacional (Continente e Ilhas) e detém neste momento mais de 21.000 prestadores. A rede pode ser consultada em www.rnamedical.pt.

Em caso de pluralidade de contratos o cartão de acesso será único. A utilização dos serviços associados está condicionada a recepção do respectivo cartão na morada indicada na apólice.

Os valores convencionados para as consultas de clínica geral, especialidades exames clínicos, internamento hospitalar e outros meios complementares de diagnóstico e terapêutica podem variar de acordo com as condições protocoladas entre o Gestor da Rede e respectivas Unidades.

A adesão do prestador de cuidados de saúde à Rede de Assistência RNA MEDICAL poderá variar consoante as especialidades e as capacidades disponíveis do prestador para a prática de determinadas consultas, exames clínicos ou outros meios complementares de diagnóstico.

Os Serviços de Assistência não procedem a reembolsos de consultas efectuadas fora da Rede de Assistência à Saúde ou de quaisquer outras despesas relacionadas com cuidados de saúde, havidas sem o seu prévio consentimento ou não cobertas pelo contrato.

A rede de assistência médica é mutável pelo que os Serviços de Assistência não assumem qualquer responsabilidade pelas alterações que possam vir a ocorrer, nomeadamente entrada e saída de Prestadores.

REGIME DE PRESTAÇÕES

A Pessoa Segura tem acesso a uma rede médica convencionada suportando a totalidade dos respectivos custos a preço de rede.

Fica a cargo da Pessoa Segura a totalidade do valor convencionado, que deve ser liquidado directamente ao Prestador aquando da realização da intervenção,

mediante a apresentação do respectivo cartão de acesso.

5. Envio de Médico ao Domicílio

Os Serviços de Assistência garantem à Pessoa Segura o envio de um médico ao domicílio 24 (vinte e quatro) horas por dia, fins de semana e feriados incluídos.

No caso de os Serviços de Assistência, por razões de oferta de mercado, não consiga, dentro do horário e dias anteriormente estabelecidos, localizar um Médico disponível para efectuar a consulta domiciliária, organizará e suportará o custo do transporte até à Unidade Hospitalar mais próxima da sua residência.

6. Assistência Dentária

Os Serviços de Assistência, garantem o acesso a uma rede de medicina dentária, e as prestações convencionadas relativas a despesas efectuadas pela Pessoa Segura, com estomatologia, em consequência de doença manifestada ou acidente ocorrido durante o período de vigência do contrato.

Rede com mais de 700 Clínicas Dentárias, a nível nacional, com prestações reduzidas e pré-convencionadas onde se destacam:

- Consulta de medicina Dentária sem custo para a Pessoa Segura;
- Limpeza Dentária Simples sem custo para a Pessoa Segura;
- Actos médicos a custo reduzido.

ARTIGO 4.º

ÂMBITO DO CONTRATO

1. Salvo disposição em contrário expressa nas Condições Particulares, Certificado Individual ou Condições Especiais, quando aplicáveis, as coberturas garantidas por esta apólice são válidas em Portugal, Europa, Estados Unidos da América, Canadá, Austrália e Nova Zelândia. Encontra-se garantido o risco Profissional e Extra - Profissional durante 24 (vinte e quatro) horas por dia.

a) Entende-se por risco extra-profissional todo aquele que decorra de actividade da Pessoa Segura, não associada à actividade profissional.

b) Entende-se por risco profissional todo o que seja inerente ao exercício da actividade profissional desenvolvida pela Pessoa Segura expressamente referida nas Condições Particulares, Certificado Individual, ou Condições Especiais.

2. O contrato de seguro cobre os riscos enumerados no Artigo 2.º e 3.º durante o período de vigência do contrato.

ARTIGO 5.º

LIMITES DE IDADE

1. Não podem ser abrangidas por esta apólice pessoas

com menos de 18 (dezoito) e mais de 64 (sessenta e quatro) anos de idade.

2. Salvo acordo prévio em contrário expresso nas Condições Particulares, Certificado Individual ou Condições Especiais, quando aplicáveis, este contrato caducará automaticamente no termo da anuidade na qual a Pessoa Segura completar 70 (setenta) anos de idade.

ARTIGO 6.º

EXCLUSÕES

1. Ficam sempre excluídas as situações que, directa ou indirectamente, resultem de:

a) Guerra, declarada ou não, invasão, acto de inimigo estrangeiro, guerra civil, insurreição, rebelião ou revolução, greves, ou alterações de ordem pública, levantamento militar ou acto do poder militar legítimo ou usurpado, actos de terrorismo, bem como os causados acidentalmente por engenhos explosivos ou incendiários.

b) Situação causada por afecções originadas directamente da consequência de alcoolismo (tanto em processos agudos como crónicos), de toxicomania ou de estupefacientes ou outras drogas não prescritas por médico;

c) Situações originadas por anomalias congénitas, incapacidades físicas ou mentais ou doenças pré-existentes, do conhecimento da Pessoa Segura à data do início das garantias.

d) Sinistro verificado durante o período de carência, se aplicável.

e) Gravidez e parto, interrupção voluntária, ou não, da gravidez e respectivas consequências, bem como a fecundação in vitro e tratamentos de fertilidade e esterilidade.

f) Doença do foro psiquiátrico.

g) Patologias que não possam ser clinicamente comprovadas por exames médicos complementares.

h) Afecções do foro músculo-esquelético que não possam ser clinicamente comprovados por exames médicos complementares.

i) Lombalgias.

j) Exercício das seguintes actividades (aplicável exclusivamente à cobertura de Morte por Acidente):

i. Electricistas – Alta tensão;

ii. Mineiros - trabalho de subsolo e/ou com explosivos;

iii. Pescadores - alto mar;

iv. Pilotos e co-pilotos no âmbito da aviação, náutica (marinha mercante);

v. Pedreiros com uso de explosivos;

vi. Construção civil e actividades associadas - trabalho em altura superior a 10m;

vii. Instalação/ Montagens de vidros, painéis solares, luminosos e/ou de publicidade, torres de comunicações e de electricidade - trabalho em altura

- superior a 10m;
- viii. Limpeza/ Manutenção exterior de prédios inclusive de vidros, painéis solares, luminosos e/ ou de publicidade, torres de comunicações e de electricidade - trabalho em altura superior a 10m;
- ix. Tauromaquia;
- x. Pirotécnico;
- xi. Lenhador – Corte e abate de árvores;
- xii. Agricultor com utilização de máquinas;
- xiii. Bombeiros; actividades relacionadas com forças militares; forças especiais de Polícia; Prática de desporto profissional, desportos de Inverno, para-quedismo, utilização de aeronaves privadas ou qualquer actividade relacionada com o voo, motonáutica, mergulho, asa-delta, voo sem motor, boxe e prática de artes marciais; Desportos e actividades Radicais e participação em competições de velocidade.

Nota: A inclusão de qualquer das profissões referidas acima implica avaliação e aceitação prévia do Segurador.

2. A Pessoa Segura e/ou Beneficiário(s) perdem o direito à indemnização se agravarem, voluntária e intencionalmente, as consequências do sinistro ou se usarem de fraude, simulação ou quaisquer outros meios dolosos, bem como de documentos falsos para justificarem a sua reclamação.

ARTIGO 7.º

INEXACTIDÃO DA DECLARAÇÃO INICIAL DO RISCO

1. Compete ao Tomador do Seguro e à Pessoa Segura declarar com exactidão o risco a segurar. A inexactidão na declaração inicial do risco pode provocar a modificação ou a cessação do contrato.
2. Caso se verifique que, por negligência do Tomador do Seguro ou da Pessoa Segura, o risco não tenha sido declarado com exactidão, o Segurador pode, no prazo de três meses a contar do seu conhecimento:
 - a) Propor a modificação do contrato; ou
 - b) Fazer cessar o contrato, desde que demonstre que não celebra contratos para a cobertura dos riscos relacionados com o facto omitido ou declarado inexactamente.
3. Havendo modificação do contrato, o Segurador cobre os sinistros ocorridos anteriormente à modificação cuja verificação ou consequências tenham sido influenciadas por facto relativamente ao qual tenha havido omissões ou inexactidões negligentes, mas apenas na proporção da diferença entre o prémio pago e o prémio que seria devido se, aquando da celebração do contrato, tivesse conhecido o facto omitido ou declarado inexactamente.
4. Havendo cessação do contrato, o Segurador não cobre os sinistros ocorridos antes da cessação, cuja verificação ou consequências tenham sido influenciadas

por facto relativamente ao qual tenha havido omissões ou inexactidões negligentes.

5. Caso se verifique que, por dolo do Tomador do Seguro ou da Pessoa Segura, o risco não tenha sido declarado com exactidão, o Segurador pode declarar a anulação do contrato, a qual deve ser transmitida ao Tomador do Seguro dentro de 3 (três) meses a contar do respectivo conhecimento. Neste caso, o Segurador não responde por sinistro ocorrido antes do conhecimento da inexactidão nem durante o decurso do referido prazo de 3 (três) meses, tendo, contudo, direito ao prémio devido até à declaração de anulação. Contudo, se o dolo tiver tido o propósito de obtenção de uma vantagem, o Segurador tem direito ao prémio devido até ao termo do contrato.

ARTIGO 8.º

CAPITAL SEGURO

1. O Capital Seguro representa o valor máximo da prestação a pagar pelo Segurador, de acordo com o estabelecido nas Condições Particulares, Certificado Individual ou Condições Especiais, quando aplicáveis.
2. Salvo quando seja determinado por lei, cabe ao Tomador do Seguro indicar ao Segurador, quer no início, quer durante a vigência do contrato, o valor para efeito da determinação do Capital Seguro.
3. As partes podem fixar franquias, escalões de indemnização e outras previsões contratuais que condicionem o valor da prestação a realizar pelo Segurador.

ARTIGO 9.º

REDUÇÃO AUTOMÁTICA DE CAPITAL

Este contrato não prevê redução automática de capital.

ARTIGO 10.º

DESIGNAÇÃO BENEFICIÁRIA

1. Salvo convenção em contrário, a Pessoa Segura designa o Beneficiário, podendo a designação constar das Condições Particulares ou Certificado Individual, de declaração escrita posterior recebida pelo Segurador ou em testamento.
2. Salvo estipulação em contrário, por falecimento da Pessoa Segura, o Capital Seguro é prestado:
 - a) Na falta de designação do Beneficiário, aos herdeiros da Pessoa Segura;
 - b) Em caso de premoriência do Beneficiário relativamente à Pessoa Segura, aos herdeiros desta;
 - c) Em caso de premoriência do Beneficiário relativamente à Pessoa Segura, tendo havido renúncia à revogação da designação beneficiária, aos herdeiros daquele;Em caso de comoriência da Pessoa Segura e do Beneficiário,

aos herdeiros deste.

ARTIGO 11.º
PRÉMIO DE SEGURO

1. O prémio inicial é devido na totalidade na data da celebração do contrato.
2. Por acordo das partes o prémio pode ser fraccionado.
3. O prémio das anuidades subsequentes é devido nas datas da respectiva prorrogação.

ARTIGO 12.º
COBERTURA

1. A cobertura dos riscos depende do prévio pagamento do prémio.
2. A ocorrência de sinistro implica o vencimento imediato das fracções de prémio vincendas.

ARTIGO 13.º
AVISO DE PAGAMENTO DOS PRÉMIOS

1. Na vigência do contrato, o Segurador avisará por escrito ou por outro meio de que fique registo duradouro, o Tomador do Seguro do montante a pagar, assim como da forma e do lugar de pagamento, com uma antecedência mínima de 30 (trinta) dias em relação à data em que se vence o prémio, ou fracções deste.
2. Do aviso constarão as consequências da falta de pagamento do prémio ou de sua fracção.

ARTIGO 14.º
FALTA DE PAGAMENTO

1. A falta de pagamento do prémio inicial, na data do vencimento, determina a resolução automática do contrato a partir da data da sua celebração.
2. A falta de pagamento do prémio de anuidades subsequentes, na data do vencimento, impede a prorrogação do contrato.
3. A falta de pagamento de qualquer fracção do prémio até à data limite de pagamento, determina a resolução automática do contrato.

ARTIGO 15.º
PRODUÇÃO DE EFEITOS

Sem prejuízo do disposto nos artigos seguintes e salvo convenção em contrário, o contrato de seguro produz efeitos a partir das zero horas do dia seguinte ao da sua celebração.

ARTIGO 16.º
DURAÇÃO

Na falta de estipulação das partes, o contrato de seguro

vigora pelo período de um ano.

ARTIGO 17.º
PRORROGAÇÃO

1. O contrato de seguro é celebrado pelo período inicial de um ano e prorroga-se sucessivamente, no final do termo estipulado, por novos períodos de um ano.
2. Considera-se como único contrato aquele que seja objecto de prorrogação.

ARTIGO 18.º
COBERTURA DO RISCO

1. A data de início da cobertura do seguro pode ser fixada pelas partes no contrato, sem prejuízo do disposto no Artigo 12.º.
2. As partes podem convencionar que a cobertura abranja riscos anteriores à data da celebração do contrato.

ARTIGO 19.º
COMUNICAÇÃO DO AGRAVAMENTO DO RISCO

1. O Tomador do Seguro ou a Pessoa Segura tem o dever de, durante a execução do contrato, no prazo de 14 (catorze) dias a contar do conhecimento do facto, comunicar ao Segurador todas as circunstâncias que agravem o risco, desde que estas, caso fossem conhecidas pelo Segurador aquando da celebração do contrato, tivessem podido influir na decisão de contratar ou nas condições do contrato.
2. No prazo de 30 (trinta) dias a contar do momento em que tenha conhecimento do agravamento do risco, o Segurador pode:
 - a) Apresentar ao Tomador do Seguro novo contrato, que este deve aceitar ou recusar em igual prazo, findo o qual se entende aprovada a modificação proposta;
 - b) Resolver o contrato, demonstrando que, em caso algum, celebra contratos que cubram riscos com as características resultantes desse agravamento do risco.

ARTIGO 20.º
SINISTRO E AGRAVAMENTO DO RISCO

1. Se antes da cessação ou da alteração do contrato nos termos previstos no artigo anterior ocorrer o sinistro cuja verificação ou consequência tenha sido influenciada pelo agravamento do risco, o Segurador:
 - a) **Cobre o risco**, efectuando a prestação convencionada, se o agravamento tiver sido correcta e tempestivamente comunicado antes do sinistro ou antes de decorrido o prazo previsto no n.º 1 do artigo anterior;
 - b) **Cobre parcialmente o risco**, reduzindo-se a sua prestação na proporção entre o prémio efectivamente cobrado e aquele que seria devido em função das reais circunstâncias do risco, se o agravamento não tiver sido correcta e tempestivamente

comunicado antes do sinistro;

c) **Pode recusar a cobertura** em caso de comportamento doloso do Tomador do Seguro ou da Pessoa Segura com o propósito de obter uma vantagem, mantendo direito aos prémios vencidos.

2. Na situação prevista nas alíneas a) e b) do número anterior, sendo o agravamento do risco resultante de facto do Tomador do Seguro ou da Pessoa Segura, o Segurador não está obrigado ao pagamento da prestação se demonstrar que, em caso algum, celebra contratos que cubram riscos com as características resultantes desse agravamento do risco.

ARTIGO 21.º

OBRIGAÇÕES DAS PESSOAS COM INTERESSE NO SEGURO

1. Em caso de evento que faça funcionar as garantias das presentes Condições Gerais, constituem obrigações do Tomador do Seguro, Pessoa Segura ou Beneficiário ou se estes últimos forem menores, do seu representante, sob pena de responder por perdas e danos:

i. **Participar o sinistro ao Segurador no prazo máximo de 8 (oito) dias a contar daquele em que tenha conhecimento do mesmo;**

ii. Promover o envio de Relatório do Médico Assistente que refira de forma detalhada as afecções patológicas que motivaram a hospitalização, bem como todo o tratamento ministrado e as datas em que as mesmas se manifestaram (cada uma das afecções);

iii. **Promover até 8 (oito) dias após a sua verificação, o envio de declaração médica onde conste, além da data da alta, o número de dias em que houve incapacidade temporária;**

iv. Cumprir as prescrições médicas;

v. Submeter-se a exame por médico, por indicação e de conta do Segurador, sempre que este, razoavelmente, o solicitar;

vi. Autorizar os médicos a prestarem todas as informações solicitadas pelo Segurador;

vii. Apresentar documento comprovativo do internamento hospitalar ou relatório médico que comprove a necessidade de permanecer acamado em caso de incapacidade temporária absoluta ou baixa médica e relatório médico em caso de incapacidade temporária parcial.

viii. A não prejudicar o direito de sub-rogação do Segurador nos direitos da Pessoa Segura contra o terceiro responsável pelo sinistro, decorrente da cobertura do sinistro por aquele, quando aplicável.

2. Em caso de morte por acidente da Pessoa Segura deverá, em complemento da participação do acidente, ser enviada ao Segurador, certificado de óbito, relatório da autópsia e auto de ocorrência, e quando considerados necessários, outros documentos elucidativos do acidente e das suas consequências.

3. Para acionamento da cobertura de Despesas de Funeral, deverá apresentar:

- Recibo original emitido pela Agência Funerária;

- Documento de identificação do responsável pelo pagamento.

4. O Segurador reserva-se o direito de solicitar outros elementos ou de proceder às averiguações que entender convenientes para melhor esclarecimento da natureza e extensão das suas responsabilidades.

5. Em caso de acesso à rede ou envio de médico ao domicílio:

a) Escolher um prestador da Rede Convencionada de Prestadores;

b) Apresentar o seu Cartão de Saúde e, quando solicitado, documento de identificação com fotografia;

c) Efectuar ao prestador o pagamento da despesa médica que seja de sua responsabilidade, conforme indicado nas Condições Particulares ou Certificado Individual de Seguro.

6. No caso de comprovada impossibilidade da Pessoa Segura cumprir quaisquer das obrigações previstas neste artigo, transfere-se tal obrigação para quem - Tomador do Seguro ou Beneficiário - a possa cumprir.

7. O incumprimento do previsto nos pontos i. a vi. do número 1 determina, salvo o previsto no número seguinte:

a) A redução da prestação do Segurador atendendo ao dano que o incumprimento lhe cause;

b) A perda da cobertura se for doloso e tiver determinado dano significativo para o Segurador.

8. No caso do incumprimento do previsto no ponto i. do n.º 1, a sanção prevista no n.º 7 não aplicável quando o Segurador tiver conhecimento do sinistro por outro meio durante os 8 (oito) dias previstos nessa alínea, ou o obrigado prove que não poderia razoavelmente ter procedido à comunicação devida em momento anterior àquele em que o fez.

9. O incumprimento do previsto no ponto viii. do n.º 1, determina a responsabilidade do incumpridor até ao limite da indemnização paga pelo Segurador.

10. Impende sobre a Pessoa Segura o ónus da prova da veracidade da reclamação, podendo o Segurador exigir-lhe todos os meios de prova adequados e que estejam ao seu alcance.

ARTIGO 22.º

REALIZAÇÃO DA PRESTAÇÃO DO SEGURADOR

1. O Segurador obriga-se a satisfazer a prestação contratual a quem for devida, após a confirmação da ocorrência do sinistro e das suas causas, circunstâncias e consequências.

2. Para efeito do disposto no número anterior, dependendo das circunstâncias, pode ser necessária a prévia quantificação das consequências do sinistro.

3. A prestação devida pelo Segurador pode ser pecuniária ou não pecuniária.

4. A obrigação do Segurador vence-se decorridos 30 (trinta) dias sobre o apuramento dos factos.

ARTIGO 23.º

PLURALIDADE DE SEGUROS

1. O Tomador do Seguro ou a Pessoa Segura fica obrigado

a participar ao Segurador a existência de outros seguros garantindo o mesmo risco, sob pena de responder por perdas e danos e, em caso de fraude, da exoneração do Segurador das respectivas prestações.

2. Em caso de sinistro verificado no âmbito da pluralidade de contratos do produto Plano Protecção Acidente e Doença, serão garantidos os capitais máximos para as seguintes coberturas.

- Morte por Acidente/Morte ou Invalidez Permanente por Acidente:

€ 50.000;

- Despesas de Funeral: € 3.000.

3. Em caso de sinistro verificado no âmbito da pluralidade de contratos, a Pessoa Segura ou o lesado pode acionar o presente Segurador até aos limites da respectiva obrigação, sem prejuízo do regime legal relativo à insolvência de um dos Seguradores da pluralidade.

4. Sem prejuízo do disposto nos números anteriores, a Pessoa Segura apenas poderá integrar uma apólice com este Segurador cobrindo os riscos de acidentes pessoais garantidos pelo presente contrato de seguro.

ARTIGO 24.º

RESOLUÇÃO E REDUÇÃO DO CONTRATO

1. O contrato pode ser resolvido pelas partes a todo o tempo, havendo justa causa.

2. O Segurador pode invocar a ocorrência de uma sucessão de sinistros na anuidade, como causa relevante para o efeito previsto no número anterior.

3. O montante do prémio a devolver ao Tomador do Seguro em caso de cessação antecipada do contrato é calculado pro rata temporis, salvo previsão de cálculo diverso pelas partes em função de razão atendível, como seja a garantia de separação técnica entre a tarificação dos seguros anuais e a dos seguros temporários.

4. A resolução do contrato produz os seus efeitos às 24 (vinte e quatro) horas do dia em que se verifique.

5. Sempre que o Tomador do Seguro não coincida com a Pessoa Segura, o Segurador deve avisar a Pessoa Segura da resolução do contrato logo que possível, no máximo até 20 (vinte) dias após a não renovação ou a resolução.

6. A comunicação da resolução do contrato, nos termos previstos neste artigo, deve ser efectuada por escrito, ou por outro meio de que fique registo duradouro, com a antecedência mínima de 30 (trinta) dias relativamente à data em que a mesma produz efeitos sem prejuízo da resolução a todo o tempo, havendo justa causa.

7. O previsto no presente artigo é aplicável à redução do contrato, com as devidas adaptações.

8. O Tomador do Seguro, sendo pessoa singular, pode resolver o contrato sem invocar justa causa nos contratos com duração igual ou superior a seis meses nos 30 (trinta) dias imediatos à data da recepção da

apólice.

ARTIGO 25.º

INTERVENÇÃO DE MEDIADOR DE SEGUROS

1. Nenhum Mediador de seguros se presume autorizado a, em nome do Segurador, celebrar ou extinguir contratos de seguro, a contrair ou alterar as obrigações deles emergentes ou a validar declarações adicionais, salvo o disposto nos números seguintes.

2. Pode celebrar contratos de seguro, contrair ou alterar as obrigações deles emergentes ou validar declarações adicionais, em nome do Segurador, o Mediador de seguros ao qual o Segurador tenha conferido, por escrito, os necessários poderes.

3. Não obstante a carência de poderes específicos para o efeito da parte do Mediador de seguros, o seguro considera-se eficaz quando existam razões ponderosas, objectivamente apreciadas, tendo em conta as circunstâncias do caso, que justifiquem a confiança do Tomador do Seguro de boa fé na legitimidade do Mediador, desde que o Segurador tenha igualmente contribuído para fundar a confiança do Tomador do Seguro.

ARTIGO 26.º

DOMICÍLIO

Para efeitos deste contrato, serão considerados domicílio do Tomador do Seguro, da Pessoa Segura e Beneficiário, os indicados nas Condições Particulares ou, em caso de alteração, qualquer outro que, por escrito, tenha sido por aqueles comunicado ao Segurador, sendo que, em qualquer dos casos deve o domicílio situar-se em território português.

ARTIGO 27.º

COMUNICAÇÕES E NOTIFICAÇÕES ENTRE AS PARTES

1. As comunicações ou notificações do Tomador do Seguro ou da Pessoa Segura previstas nesta apólice consideram-se válidas e eficazes caso sejam efectuadas para a sede social do Segurador ou da sucursal, consoante o caso.

2. São igualmente válidas e eficazes as comunicações ou notificações feitas, nos termos do número anterior, para o endereço do representante do Segurador não estabelecido em Portugal, relativamente a sinistros abrangidos por esta apólice.

3. As comunicações previstas no presente contrato devem revestir forma escrita ou ser prestadas por outro meio de que fique registo duradouro.

4. O Segurador só está obrigado a enviar as comunicações previstas no presente contrato se o destinatário das mesmas estiver devidamente identificado no contrato, considerando-se validamente efectuadas se remetidas para o respectivo endereço constante da apólice.

ARTIGO 28.º**SUB-ROGAÇÃO PELO SEGURADOR**

1. O Segurador que tiver pago prestações de natureza indemnizatória fica sub-rogado, na medida do montante pago, nos direitos da Pessoa Segura contra o terceiro responsável pelo sinistro, quando aplicável.
2. O Tomador do Seguro ou a Pessoa Segura responde, até ao limite da indemnização paga pelo Segurador, por acto ou omissão que prejudique os direitos previstos no número anterior.

ARTIGO 29.º**LEGISLAÇÃO APLICÁVEL**

A Lei aplicável ao presente contrato é a Portuguesa.

ARTIGO 30.º**RECLAMAÇÕES E ARBITRAGEM**

1. Podem ser apresentadas reclamações no âmbito do presente contrato aos serviços do Segurador identificados no contrato e, bem assim, à Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões.
2. Nos litígios surgidos ao abrigo deste contrato pode haver recurso à arbitragem, a efectuar nos termos da lei.

ARTIGO 31.º**FORO**

O foro competente para dirimir qualquer litígio emergente deste contrato é o fixado na lei civil.