

PROTEÇÃO ACIDENTES

Documento de Informação sobre o Produto de Seguros

Companhia: Aegon Santander Portugal Não Vida, Companhia de Seguros, S.A., com sede em Portugal.

A informação pré-contratual e contratual completa sobre este produto de seguro é prestada noutros documentos.

O seguro Proteção Acidentes é um produto do ramo de acidentes pessoais que cobre riscos relacionados com morte ou invalidez por acidente.

	O que se está a segurar?	Valor a segurar
✓	Morte por acidente	Capital seguro selecionado
✓	Morte por acidente de circulação	
✓	Invalidez por acidente	
✓	Invalidez por acidente de circulação	
✓	Pack de Assistência Médica	N/A

	O que não está seguro?
✗	Morte ou invalidez por doença
✗	Factos ou atos intencionais ou ilícitos
✗	Atos de imprudência ou negligência grave
✗	Eventos catastróficos
✗	Desportos perigosos
✗	Preexistências
✗	Invalidez não definitiva

	Restrições à cobertura
!	Sinistros fora do limite etário A apólice não estar em vigor (por exemplo, falta de pagamento de prémio)
!	A pessoa segura não residir em Portugal
!	Falsas declarações ou outros factos legais que impliquem a nulidade da apólice
!	Sinistros fora do âmbito territorial da cobertura

	Onde estou seguro?
✓	As coberturas deste seguro são válidas em Portugal e em estadas na Europa, América do Norte, Brasil, Venezuela, Japão e Oceânia, independentemente da sua duração. Estadas superiores a 30 dias noutros países ou regiões que não os anteriormente referidos devem ser comunicadas ao segurador e apenas estarão cobertas se expressamente aceites pelo mesmo.



Quais são as minhas obrigações?

- Informar o segurador, antes de celebrar o contrato e em qualquer altura, de fatores relevantes quanto ao risco que se está a segurar, que sejam evidentes e de senso comum, mesmo que não sejam objeto de questionário específico.
- Verificar que cumpre e se aplicam a si, e à pessoa segura, as declarações constantes na proposta de seguro.
- Conhecer e aceitar a lei aplicável ao contrato, o foro competente, os meios de resolução alternativa de litígios e todos os elementos relacionados com o tratamento de dados pessoais.
- Pagar atempadamente o prémio de seguro.
- Participar o sinistro e colaborar com o segurado na obtenção de esclarecimentos ou documentos que forem solicitados.



Quando e como devo pagar?

- O prémio é devido pelo tomador do seguro e será exigível a partir do momento em que tanto o tomador do seguro como o segurador tenham aceitado o contrato, o que resultará na emissão da apólice e na cobrança do primeiro recibo. Os prémios seguintes são devidos até à data de vencimento de cada recibo, de acordo com o fracionamento escolhido (anual, semestral, trimestral ou mensal).
- Os prémios são cobrados por via de domiciliação bancária, de acordo e nos termos da Autorização de Débito SEPA assinada pelo tomador do seguro para o efeito.



Quando é que começa e quando é que acaba a cobertura?

A cobertura inicia-se com a emissão da apólice pelo segurador, considerando-se formalizada através das Condições Particulares, na data de início que aí constar e a partir do momento em que esteja pago o prémio de seguro.

A apólice cessa nas seguintes situações:

- denúncia;
- resolução por justa causa;
- renúncia;
- falecimento ou invalidez de qualquer pessoa segura;
- idade-limite de permanência;
- falta de pagamento do prémio;
- revogação.



Como posso rescindir o contrato?

- ✓ Através de **renúncia**, o tomador do seguro pode pedir a anulação da apólice, nos 30 dias seguintes à receção das Condições Particulares, sem ter de invocar qualquer causa, enviando uma comunicação por escrito, em papel ou em qualquer outro suporte duradouro disponível e acessível ao segurador. O segurador, nesta situação, mantém o direito ao prémio correspondente ao período em que suportou o risco antes da anulação, assim como ao montante eventualmente despendido com exames médicos.
- ✓ Através de **denúncia**. O contrato de seguro é celebrado considerando um determinado prazo e as respetivas prorrogações. O segurador e o tomador do seguro têm o direito de anular o seguro unilateralmente, através de denúncia, impedindo a sua normal renovação e extinguindo-o. Esta denúncia deve ser enviada por escrito, com antecedência mínima de 30 dias em relação à data de renovação da apólice.
- ✓ Através de **resolução por justa causa**. O contrato pode ser resolvido pelas partes a todo o tempo, havendo justa causa nos termos gerais, mediante entrega de comunicação expressa e fundamentada enviada por correio registado. O contrato considera-se resolvido num prazo máximo de cinco dias úteis após receção da comunicação.
- ✓ Através de **revogação**. O contrato pode ser resolvido a todo o tempo por acordo entre as partes.
- ✓ **Caducidade**. A apólice caduca para cada pessoa segura que atingir a idade-limite de permanência constante nas Condições Particulares.

INFORMAÇÃO PRÉ-CONTRATUAL

A pensar na importância da proteção financeira contra acidentes, criámos o seguro Proteção Acidentes, uma solução que o protege e à sua família contra qualquer eventualidade que resulte em falecimento ou invalidez por acidente. Na Aegon Santander Portugal Não Vida, o nosso objetivo é ajudá-lo e conseguir apoiar a sua família nesses momentos tão difíceis.

É muito importante que leia estas condições atentamente e as entenda na sua plenitude.

Para qualquer esclarecimento, não hesite em solicitar o apoio do seu balcão ou em nos contactar através da Linha de Apoio a Seguros **21 122 12 10** (entre as 09h e as 20h, nos dias úteis – custo de chamada para a rede fixa nacional) ou através do *e-mail* aegonsantander@aegonsantander.pt.

Apólice de seguro

A apólice é o conjunto de documentos que formalizam o contrato de seguro entre todos os intervenientes e é constituída por:

Informação pré-contratual	Documento no qual constam todas as informações pré-contratuais do seguro.
Condições do seguro	Documento no qual constam todas as características do seguro.
Proposta de seguro	Documento através do qual o tomador do seguro expressa a vontade de celebrar o contrato de seguro e dá a conhecer ao segurador o risco que pretende segurar. O correto preenchimento da mesma e a assinatura das declarações que dela fazem parte são indispensáveis à aceitação do seguro pelo segurador. Nenhum outro documento pode contrariar o conteúdo da Proposta de Seguro sem o acordo formal dos intervenientes.
Condições particulares e atas	Documento nos constam os dados dos intervenientes, assim como os elementos específicos do seguro contratado. Este documento pode ser atualizado, por iniciativa dos intervenientes, sob a forma de atas adicionais.
Outras comunicações escritas	Qualquer tipo de correspondência entre os intervenientes, nomeadamente sobre a aceitação do risco e/ou agravamentos.

Quem intervém no contrato

Segurador	A companhia de seguros que cobre os riscos contratados e garante o pagamento da indemnização de acordo com as condições do contrato é a Aegon Santander Portugal Não Vida, Companhia de Seguros, S.A., adiante designada por segurador, com sede na Rua da Mesquita, n.º 6 – 1070-238 Lisboa, registada na Conservatória do Registo Comercial de Lisboa com o NIPC 513251936, com o capital social de 7.500.000 euros e sede na Rua da Mesquita, n.º 6 – 1070-238 Lisboa. Empresa de seguros autorizada junto da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões no Ramo Não Vida, com o n.º 1192.
Agente de seguros	Entidade que promove a distribuição de seguros, servindo de intermediário entre o segurador e o tomador do seguro. O agente de seguros é o Banco Santander Totta, S.A., com sede na Rua Áurea, n.º 88, matriculado na Conservatória do Registo Comercial sob o número único de registo e de identificação fiscal 500 844 321, com o capital social de 1.391.779.674 €, registado junto da ASF com o número 419 501 250. Intervenção do agente de seguros <ol style="list-style-type: none"> 1. O agente de seguros não se presume autorizado a, em nome do segurador, celebrar ou extinguir contratos de seguro, contrair ou alterar as obrigações deles emergentes ou 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 agente 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 agente de seguros, o seguro considera-se eficaz quando existam razões ponderosas, objetivamente apreciadas, tendo em conta as circunstâncias do caso, que justifiquem a confiança do tomador do seguro de boa-fé na legitimidade do agente, desde que o segurador tenha igualmente contribuído para fundar a confiança do tomador do seguro. O agente desta apólice encontra-se identificado em documento próprio, previamente entregue ao tomador do seguro no ato de subscrição.
Tomador do seguro	Pessoa que contrata o seguro e que é responsável pelo pagamento do prémio de seguro.
Pessoa segura	Pessoa cuja vida, saúde ou integridade física se segura.
Beneficiários	Pessoa a quem é paga a indemnização pelo segurador de acordo com as garantias/coberturas contratadas pelo tomador do seguro. É o tomador do

seguro quem tem o poder de designação dos beneficiários. Se existir alteração de beneficiários ao longo da duração do contrato, constará sempre nas Condições Particulares do seguro ou nas respetivas atas. O beneficiário pode ser revogável ou irrevogável, não podendo ser alterado depois de ter adquirido o direito ao pagamento da indemnização pelo segurador em qualquer dos casos.

O que está coberto?

Neste produto, o segurador disponibiliza três coberturas de contratação obrigatória e com características diferentes, cuja utilização se regula pelas condições detalhadas ao longo deste documento.

Para efeito deste seguro, considera-se como **acidente** um acontecimento fortuito, súbito, anormal e imprevisível, de causa exterior e alheia à vontade da pessoa segura, que lhe cause danos corporais que tenham como consequência o seu falecimento, imediatamente ou, no máximo, durante os dois anos seguintes. Considera-se ainda originado por acidente o falecimento que seja resultante da inalação involuntária de gases e vapores, afogamento ou infeções e envenenamentos consecutivos a um acidente.

Para efeito de todas as coberturas, considera-se como **acidente de circulação** da pessoa segura o atropelamento enquanto peão na via pública, os acidentes enquanto passageiro ou condutor de automóveis ligeiros ou motociclos legalmente habilitado há mais de 1 ano, desde que ocorram na via pública, ou enquanto passageiro de transportes públicos terrestres, marítimos ou aéreos.

Falecimento por acidente (cobertura principal)	Se a pessoa segura falecer por acidente (não por doença), o segurador pagará aos beneficiários o capital seguro.
Invalidez definitiva por acidente 66 pontos	Se a pessoa segura ficar definitivamente inválida por acidente (não por doença) e se se verificar uma incapacidade mínima de 66 pontos, numa escala de 1 a 100 de acordo com a Tabela de Avaliação de Incapacidades Permanentes em Direito Civil (anexo II ao DL 352/2007), o segurador pagará o capital seguro da apólice. Esta cobertura não acumula com a de falecimento.
Falecimento ou invalidez por acidente de circulação	Quando o falecimento ou a invalidez é resultante de um acidente de circulação, o segurador pagará aos beneficiários um capital seguro adicional. Neste caso, a indemnização ao abrigo desta cobertura acumula com a da cobertura de falecimento ou a de invalidez por acidente.
Pack Assistência	A pessoa segura e/ou os seus filhos podem aceder aos seguintes serviços:

Médica	<ul style="list-style-type: none"> • assistência médica domiciliária: permite o acesso a uma linha de aconselhamento médico telefónico (telemedicina), que inclui a possibilidade de deslocação de um médico ao domicílio da pessoa segura, após triagem, em caso de doença, com um custo de 20 euros. Em caso de acidente de que resulte uma incapacidade, esta cobertura consiste numa consulta domiciliária de certificação da incapacidade da(s) pessoa(s) segura(s), sem custo, até ao limite de duas consultas por ano, com objetivo de determinar o acesso às coberturas de assistência seguintes, todos prestados pela EccoSalva¹: <ul style="list-style-type: none"> - assistência de enfermagem, fisioterapia e conforto ao domicílio; - personal care: conjunto de serviços, incluindo 2.^a Opinião Médica Internacional e um programa de apoio à recuperação, via linha telefónica.
---------------	---

Modalidades de contratação

Independentemente das coberturas, o tomador do seguro e a pessoa segura poderão optar por uma das modalidades:

Titular único	Para os casos em que se pretende segurar apenas uma pessoa segura, identificada na Proposta de Seguro e nas Condições Particulares.
Duas cabeças	Segura duas pessoas, que deverão estar identificadas na Proposta de Seguro e nas Condições Particulares. Pode ser acionada ao primeiro sinistro (morte ou invalidez) que ocorrer entre as pessoas seguras, sendo o capital seguro igual a 100% para cada uma delas. Em caso de sinistro (de uma ou de ambas), o capital a pagar corresponderá a 100% do capital seguro da apólice, ou seja, o valor da indemnização corresponde a um capital seguro e não a dois. NOTA: nos seguros com duas cabeças, e para as coberturas de morte e invalidez, à soma dos prémios de cada pessoa segura aplica-se um desconto de 25%.

¹ Ecco salva – Medical Services, Lda., Sociedade comercial por quotas, com sede na Rua Tomás Ribeiro, n.º 71, pisos 1 e 2 – 1050-277 Lisboa

Âmbito territorial

As coberturas deste seguro são válidas em Portugal e em estadas na Europa, América do Norte, Brasil, Venezuela, Japão e Oceânia, independentemente da sua duração. Estadas superiores a 30 dias, noutros países ou regiões que não os anteriormente referidos, devem ser comunicadas ao segurador e apenas estarão cobertas se expressamente aceites pelo mesmo.

O que não está coberto?

Exclusões

As situações, as ações ou os factos abaixo elencados podem influenciar a integridade física da pessoa segura, provocando o seu falecimento ou invalidez, mas não estão cobertos pelo seguro:

Sinistros causados ou agravados por doença ou outros eventos que não constituem um acidente: não se encontram cobertos por este seguro quaisquer sinistros que resultem direta ou indiretamente de doenças (por exemplo, AVC – acidente vascular cerebral), quer sejam anteriores ou posteriores ao início do seguro, exceto se essas doenças resultarem direta e inequivocamente de um acidente coberto pela apólice e provoquem morte ou invalidez definitiva da pessoa segura.

Também não estão cobertos os sinistros que, ainda que resultem de um acidente, sejam substantivamente agravados por doença não relacionada com o acidente ou que já existia antes do mesmo.

Está também excluído qualquer tipo de invalidez resultante de esforço físico continuado, planificado ou voluntário que não se considera acidental, seja na vida pessoal ou na vida profissional da pessoa segura, ainda que lhe provoque danos físicos permanentes, como hérnias de todos os tipos, varizes e respetivas complicações, lumbagos, problemas articulares ou posturais e outros de semelhante natureza.

Factos ou atos intencionais e/ou ilícitos praticados por qualquer um dos intervenientes na apólice, relativos à pessoa segura e que resultem no seu falecimento ou em invalidez. Encontra-se excluído o falecimento ou a invalidez por homicídio tentado ou consumado em que exista participação ativa de algum interveniente na apólice; suicídio ou tentativa de suicídio; participação da pessoa segura em tumultos, assaltos ou greves; acidentes ou doenças da pessoa segura diretamente associados ao consumo de bebidas alcoólicas, drogas ou medicamentos não prescritos por médico; acidentes em que se verifique que a pessoa segura registou uma taxa de alcoolemia superior ao limite legal estabelecido para a condução de veículos automóveis ou que consumiu droga.

Atos de imprudência ou negligência grave, para além dos limites do razoável, a não ser que ocorram em legítima defesa ou na tentativa de salvamento de pessoas ou bens. Não serão também cobertos pelo seguro os sinistros que resultem em morte ou invalidez da pessoa segura devido a intervenções cirúrgicas, exceto se estas forem necessárias por força de acidente.

Eventos potencialmente catastróficos acidentais e/ou aleatórios, que podem afetar um número indeterminado de pessoas sem que a pessoa segura tenha tido intervenção, mas que resultem no seu

falecimento ou em invalidez. Consideram-se de natureza catastrófica as pandemias, os eventos associados a acidentes nucleares e respetiva contaminação radioativa, assim como toda a espécie de conflitos armados, seja sob a forma de insurreição, rebelião, revolução ou guerra, incluindo atos de terrorismo ou sabotagem, e todas as doenças infecciosas que resultem de atos de terrorismo ou envenenamento. Encontram-se igualmente excluídos os desastres de aviação quando a pessoa segura for passageiro em voos não autorizados pela Associação Internacional de Transporte Aéreo.

Desportos motorizados e outros desportos perigosos: falecimento ou invalidez resultante da prática deste tipo de desportos, incluindo os respetivos treinos, como rali, motocrosse e outras modalidades com automóveis, motociclos, aeronaves ou quaisquer outros veículos motorizados. Estão também excluídos alguns desportos não motorizados, mas perigosos, incluindo a prática de combate corpo a corpo, como boxe, *jiu jitsu* e outras artes marciais violentas, paraquedismo e suas derivadas, como parapente, queda livre e asa-delta, assim como desportos considerados radicais, como o *bungee jumping*, *slide*, *base jumping*, escalada livre e outros igualmente perigosos.

Preexistências: falecimento ou invalidez resultante de acidentes ocorridos antes do início do seguro ou de doenças e/ou incapacidades já existentes, bem como alterações no estado de saúde da pessoa segura ainda em investigação, sem diagnóstico estabelecido, já existentes na data de subscrição, independentemente do grau de gravidade.

Incapacidade definitiva e temporária: excluem-se da cobertura de invalidez todas as incapacidades que não sejam definitivas ou que, se o forem, sejam inferiores a 66 pontos, de acordo com a definição de invalidez detalhada na secção “Como se utilizam as garantias”. Apenas estão cobertos sinistros de invalidez temporária na cobertura complementares (Pack Assistência Médica), nos termos definidos na secção “Como se utilizam as garantias”.

Condições de subscrição, início e duração do contrato

<p>Quem pode ser pessoa segura</p>	<p>Este seguro poderá ser subscrito para segurar pessoas com residência em Portugal que tenham entre 18 e 69 anos de idade atuarial.</p> <p>Idade atuarial</p> <p>É a idade da qual a pessoa segura está mais próxima considerando o seu aniversário, ou seja, se à data da celebração do contrato ou da sua renovação estiver a menos de seis meses do seu aniversário, considera-se a sua idade real em anos inteiros, acrescida de um ano.</p>
<p>Duração</p>	<p>O contrato de seguro inicia-se na data indicada nas Condições Particulares, uma vez avaliado e aceite o risco por parte do segurador. Este seguro é um contrato anual, renovando-se automaticamente todos os anos até aos 70 anos de idade atuarial da pessoa segura.</p>

Quanto custa?

Em cada anuidade, o prémio do seguro é calculado de acordo com a tarifa em vigor, a idade da pessoa segura e o capital a segurar. Para além destes fatores, poderão ser tidos em conta, casuisticamente, outros fatores médicos.

Antes da subscrição deste contrato, e juntamente com estas Condições de Seguro, o agente de seguros entregará ao cliente uma simulação de prémio indicativo. Ao valor do prémio apresentado acresce o custo de emissão de apólice (5€), que será cobrado uma única vez juntamente com o primeiro recibo.

Prémio

É o montante a pagar pelo tomador do seguro ao segurador pela prestação do serviço de segurar. O prémio é pago antecipadamente no início de cada anuidade, podendo ser objeto de desconto caso o fracionamento escolhido seja anual vs. mensal (7,4%), anual vs. trimestral (4,8%) ou anual vs. semestral (2,9%).

Como se paga?

O prémio é pago pelo tomador do seguro por débito direto e será exigível a partir do momento em que tanto o tomador do seguro como a pessoa segura e o segurador tenham aceite o contrato, o que resultará na emissão da apólice e na cobrança do primeiro recibo.

Direitos e deveres de informação das partes

Antes de o contrato estar em vigor

A informação sobre a situação específica da pessoa segura e o facto de o segurador aceitar ou não o seguro com base nessa informação assentam essencialmente nos princípios da boa-fé contratual entre os intervenientes.

Dever de informação do tomador do seguro

O tomador do seguro e a pessoa segura devem prestar toda a informação sobre os fatores que aumentem o risco para o segurador que conheçam e cuja relevância seja evidente ou de senso comum informar, mesmo que não tenha sido expressamente solicitada em questionário eventualmente fornecido pelo segurador para o efeito.

O segurador, antes da celebração do contrato, deve esclarecer o eventual tomador do seguro ou a pessoa segura acerca dos seus deveres de informação, bem como do regime do seu incumprimento, sob pena de incorrer em responsabilidade civil, nos termos gerais.

Incumprimento doloso do dever de informação

Se o tomador do seguro omitir intencional e deliberadamente estas informações (omissão com dolo), o segurador pode anular o seguro através de comunicação escrita, tendo três meses para o fazer a partir da data de conhecimento dessa omissão se não houver lugar a um sinistro.

No caso de ocorrer qualquer sinistro antes de o segurador ter tido conhecimento de que o tomador do seguro violou este dever, ou dentro do prazo atrás referido, o segurador pode recusar a prestação de segurar. O segurador terá também direito ao prémio correspondente a estes três meses, a não ser que haja também dolo ou negligência grosseira por parte do próprio segurador ou do seu representante.

Caso esta omissão de informação de forma dolosa seja agravada por haver intenção de obter uma vantagem, o prémio é devido ao segurador até ao termo do contrato.

Incumprimento negligente do dever de informação

Se o tomador do seguro ou a pessoa segura omitir estas informações por desleixo, incúria ou falta de diligência (omissão por negligência), o segurador, no mesmo prazo de 3 meses contados a partir da data de conhecimento dessa omissão, pode:

- a) propor uma alteração ao contrato que já tenha em conta o risco acrescido decorrente da informação omitida, inexata ou falsa, o que resultará num agravamento do prémio e/ou exclusão. Esta proposta de alteração deverá ser respondida pelo tomador do seguro em 14 dias, após a receção da mesma, podendo aceitá-la, recusá-la ou propor uma alternativa.
- b) fazer cessar o contrato, se demonstrar que em caso algum aceita o risco acrescido decorrente da informação omitida ou inexata.

Qualquer falecimento ou invalidez que ocorra antes da alteração ou da anulação da apólice será tratado de acordo com a ação típica ou normal do segurador após ter tido conhecimento do incumprimento. Ou seja:

- a) se o segurador normalmente aceita o tipo de risco acrescido decorrente da informação omitida ou inexata, propondo um agravamento do prémio, então a indemnização será paga na proporção da diferença entre o prémio pago e o prémio que teria existido desde o início caso não tivesse havido a omissão.

- b) será recusado o sinistro se o segurador demonstrar que em caso algum aceita o risco agravado decorrente da informação omitida ou inexata, sendo que, nesse caso, o segurador deverá proceder à cessação da apólice e à devolução do prémio cobrado.

Prazos de anulação do seguro e comunicação entre as partes em caso de incumprimento negligente do dever de informação

Na sequência de incumprimento negligente do dever de informação, o segurador tem:

- a) 30 dias para anular a apólice, contados a partir do envio da comunicação de anulação ao tomador do seguro;
- b) 20 dias para anular a apólice após a receção pelo tomador do seguro de uma proposta de alteração feita pelo segurador, e à qual o tomador do seguro não responda ou tendo respondido a rejeite.

O prémio é devolvido considerando a proporção do tempo decorrido até à anulação e tendo em conta a cobertura em questão.

Dever do segurador

O segurador não pode recusar o pagamento do capital seguro por falecimento ou invalidez se não tiver agido com dolo a fim de obter uma vantagem ao omitir a informação, alegando:

- a) não ter havido resposta a uma pergunta constante no questionário da proposta;
- b) ter havido uma resposta imprecisa a uma pergunta demasiado genérica;
- c) haver contradição ou incoerência evidente nas respostas a esse questionário;
- d) existir informação que o seu representante sabia ser incorreta ou que dela tivesse conhecimento (no caso de essa informação ter sido omitida pelo tomador do seguro);
- e) haver factos que sejam evidentes (públicos e notórios) para o segurador;
- f) em caso de falecimento, uma omissão que tenha sido apenas negligente (não dolosa), quando tenham passado mais de dois anos desde o início da apólice.

Depois da emissão da apólice

A obrigação de informar sobre alterações de fatores de risco dos bens seguros pelo tomador do seguro mantém-se após a emissão da apólice, especificamente aquelas que pudessem condicionar a aceitação do risco caso o seguro

estivesse no seu início, ou manutenção das condições do mesmo por parte do segurador.

As alterações de fatores de risco devem ser comunicadas no prazo de 14 dias desde a data do seu conhecimento.

No prazo de 30 dias após ter tido conhecimento do agravamento do risco, o segurador pode:

- a) apresentar ao tomador do seguro proposta de modificação do contrato, que este deve aceitar ou recusar em igual prazo, findo o qual se entende aprovada a modificação proposta; ou
- b) resolver o contrato, demonstrando que, em caso algum, celebra contratos que cubram riscos com as características resultantes desse agravamento do risco.

Se antes da cessação ou da alteração do contrato ocorrer o sinistro cuja verificação ou consequência tenha sido influenciada pelo agravamento do risco, o segurador:

- a) cobre o risco, efetuando a prestação convencionada, se o agravamento tiver sido correta e tempestivamente comunicado antes do sinistro ou antes de decorrido o prazo de 14 dias acima indicado;
- b) cobre parcialmente o risco, reduzindo-se a sua prestação na proporção entre o prémio efetivamente cobrado e aquele que seria devido em função das reais circunstâncias do risco, se o agravamento não tiver sido correta e tempestivamente comunicado antes do sinistro;

Nas situações acima indicadas, o segurador não está obrigado ao pagamento da prestação se demonstrar que, em caso algum, celebra contratos que cubram riscos com as características resultantes do agravamento do risco, e desde que o agravamento do risco resulte de facto do tomador do seguro, do segurado ou da pessoa segura.

O segurador pode ainda recusar a cobertura em caso de comportamento doloso do tomador do segurado, do segurado ou da pessoa segura com o propósito de obter uma vantagem, mantendo direito aos prémios vencidos.

Como se utilizam as coberturas

<p>O que é necessário fazer?</p>	<p>Em caso de falecimento ou invalidez por acidente da pessoa segura, os beneficiários deverão comunicá-lo ao segurador tão rapidamente quanto possível, através do seu balcão, por e-mail para sinistros-aegonsantander@aegonsantander.pt ou para a morada Avenida José Malhoa, n.º 22 –1070-159 Lisboa. Para qualquer esclarecimento, estaremos à disposição na Linha de Apoio a Seguros (entre as 09h e as 20h, nos dias úteis – custo de chamada para a rede fixa nacional), através do número 21 122 12 10.</p> <p>Para a utilização das garantias da apólice, é necessário o cumprimento prévio de um conjunto de requisitos formais, tais como determinar o montante do capital seguro, verificar se a apólice está em vigor e se existem ou não eventuais situações de exclusão e outros fatores que contribuam para o enquadramento do sinistro. O segurador poderá solicitar qualquer documentação que considere necessária para esclarecimento das circunstâncias do falecimento ou da invalidez, podendo recusar o pagamento do capital seguro na sua falta, a não ser que a mesma esteja comprovadamente inacessível a todos os intervenientes.</p>
<p>Documentação e requisitos formais para participação de falecimento ou invalidez por acidente</p>	<p>Deve ser fornecida ao segurador toda a informação solicitada e razoavelmente necessária sobre as circunstâncias do falecimento ou da invalidez por acidente, incluindo:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) explicitação comprovada das circunstâncias que estão na origem da verificação do falecimento ou da invalidez, das causas subjacentes à sua ocorrência e, sendo o caso, das respetivas consequências; b) todas as informações comprovadamente relevantes relativas ao sinistro e respetivas consequências. <p>O segurador pagará aos beneficiários a prestação correspondente à cobertura em questão. Para o efeito, o segurador deverá analisar, pelo menos, os documentos que estão especificados por cobertura no site da Aegon Santander Portugal, em https://www.aegon-santander.pt/sinistros/.</p> <p>Além da documentação aqui referida para todas as coberturas, o segurador poderá solicitar outros documentos que considere necessários para esclarecimento das circunstâncias do sinistro, podendo recusar o pagamento do capital seguro na sua falta, a não ser que a mesma esteja comprovadamente inacessível a todos os intervenientes.</p> <p>Em caso de falecimento por acidente</p> <p>Se a pessoa segura falecer por acidente, o segurador pagará aos beneficiários o capital seguro.</p>

Se a pessoa segura ficar inválida de acordo com as definições abaixo indicadas, o segurador pagará aos beneficiários o capital seguro.

A indemnização ao abrigo desta cobertura não acumula com a indemnização da cobertura de falecimento por acidente.

Invalidez definitiva por acidente: é a situação em que a pessoa segura, em consequência de acidente, é portadora de uma incapacidade funcional permanente no mínimo de 66 pontos, nos termos da Tabela de Avaliação de Incapacidades Permanentes em Direito Civil (Decreto-Lei n.º 352/2007, D.R. n.º 204, Série I de 2007-10-23, anexo II). Não são admissíveis, para enquadrar esta invalidez, eventuais situações de reforma por invalidez atribuídas pela Caixa Nacional de Pensões ou qualquer outro subsistema.

Para esta valoração não são tidas em conta as patologias ou os eventos que constem nas exclusões e das quais tenha resultado uma invalidez, mesmo que estas situações tenham uma relação direta com situações cobertas pela apólice, e que constem no atestado de incapacidade multissusos.

A data de reconhecimento da invalidez será aquela a partir da qual se comprove que a pessoa segura está numa situação de incapacidade, de acordo com os parágrafos anteriores.

Como é que funciona a assistência complementar?

As coberturas complementares Pack Assistência Médica pretendem ajudar no restabelecimento e/ou acompanhamento do estado de saúde das pessoas sinistradas, através de atos médicos de cuidados primários (como a assistência médica domiciliária) ou secundários (como a 2.ª opinião médica internacional). Podem ser utilizadas independentemente umas das outras ou em coordenação, de acordo com a vontade da pessoa segura. Se os serviços incluírem deslocações domiciliárias, estas presumem a acessibilidade adequada a veículos automóveis e que não sejam consideradas perigosas para os meios humanos envolvidos.

Assistência médica domiciliária

Horário: 24 horas/365 dias

Tel.: 21 122 12 10 (custo de chamada para a rede fixa nacional)

Consiste na prestação de serviço de assistência médica que compreende todo o tipo de doenças ou acidentes que ponham em causa o bem-estar da(s) pessoa(s) segura(s) e que apresentem um quadro clínico que suponha **um risco eminente de saúde, potencial ou real**, podendo o mesmo ocorrer no seguimento de um acidente. Estão incluídas também situações de incapacidade temporária ou definitiva em qualquer percentagem.

Esta cobertura carece de uma chamada telefónica de triagem para aferir a gravidade do caso, podendo incluir observação clínica ao domicílio, e consequente atitude informativa e/ou prescrição de medicamentos, dando sequência aos serviços avaliados, ou evacuação para uma unidade hospitalar.

O serviço de assistência médica domiciliária estará disponível em caso de acidente ou doença, cobrindo a(s) pessoa(s) e respetivos filhos ou adotados, desde que sejam solteiros, menores de 25 anos e habitem com a(s) pessoa(s) seguras(s) em situação de dependência económica². O cônjuge da pessoa segura não está coberto por esta apólice, a não ser que se constitua como pessoa segura, na modalidade de duas cabeças. A linha telefónica estará disponível 24 horas/365 dias ano, e pode ser utilizada também para apoio imediato e esclarecimento de dúvidas (telemedicina).

Em caso de doença ou acidente de que não resulte incapacidade, as consultas ao domicílio têm um custo unitário de 20€ e podem ser utilizadas sem limite durante a vigência da apólice a partir do sétimo dia após a data de início.

Em caso de acidente de que resulte uma incapacidade, as consultas são gratuitas até dois atos por ano. A partir da terceira consulta no mesmo ano (inclusive), as consultas serão pagas a preços convencionados preferenciais, mediante orçamento a determinar caso a caso pelo prestador.

Em caso de acidente de que tenha resultado uma incapacidade temporária ou definitiva em qualquer percentagem, este serviço poderá ser utilizado, além do normal aconselhamento clínico, para certificação da respetiva incapacidade³, por forma a garantir o acesso às coberturas seguintes de enfermagem, fisioterapia e conforto, nos casos em que a pessoa segura não possua uma declaração médica emitida com essa certificação, onde conste a natureza das lesões, o diagnóstico e os dias eventualmente previstos de incapacidade. Este tipo de certificação abrange apenas a(s) pessoa(s) segura(s), não abrange os filhos.

Esta cobertura prevê também um serviço de **entrega de medicamentos ao domicílio e organização de transporte de ambulância e/ou táxi**, ambos mediante orçamento prévio e a preços reduzidos. Podem utilizar esta coberturas as pessoa(s) segura(s) e os filhos, desde que solteiros, menores de 25 anos e que habitem com a pessoa segura em situação de dependência económica; não pode utilizar esta cobertura o cônjuge que não seja pessoa segura.

Não inclui despesas com tratamentos nem certificação de incapacidade para os filhos.

² Consideram-se incluídos os filhos das pessoas seguras em regime de custódia partilhada.

³ Esta certificação não se aplica à cobertura de invalidez definitiva por acidente (66 pontos).

Assistência domiciliar de enfermagem, fisioterapia e conforto

Tel.: 21 122 12 10 (custo de chamada para a rede fixa nacional)

Estes serviços estão disponíveis exclusivamente para a(s) pessoa(s) seguras(s), que estejam em estado de incapacidade total ou parcial, seja temporária ou definitiva, desde que não seja resultante de doença⁴. Para aceder a estes serviços a incapacidade deverá ser certificada, através de declaração médica usual para esse efeito ou por via de certificação referida na cobertura de assistência médica domiciliar constante no ponto anterior.

Estes serviços são pagos a preços convencionados preferenciais, mediante orçamento a determinar caso a caso pelo prestador. Até ao limite de dez atos ou dez horas por ano (o que ocorrer primeiro), o serviço é gratuito. Não se encontram abrangidos por estes serviços os filhos da(s) pessoa(s) segura(s).

Enfermagem: consiste na prestação de serviços de enfermagem ao domicílio, em todas as suas especialidades usuais⁵, em coordenação com a equipa de saúde que está a acompanhar a pessoa segura e com possibilidade de acompanhamento em viagem. O serviço inclui relatórios de enfermagem sobre a evolução do estado da saúde da pessoa segura, por forma a garantir uma articulação eficaz entre todas as áreas.

Fisioterapia: consiste na prestação de serviços de fisioterapia ao domicílio. Inclui uma avaliação inicial e elaboração de um plano de cuidados continuados, com base no diagnóstico físico-funcional da pessoa sinistrada. Na sequência deste plano, o fisioterapeuta desenvolve um misto de tratamentos ajustados às condições físico-socioambientais da pessoa segura, que deverá durar cerca de uma hora. Estes tratamentos serão também adequados às condições físicas do espaço do domicílio da pessoa segura.

Conforto: consiste na prestação de serviços de assistência à pessoa segura cuja incapacidade seja impeditiva para a realização de atos normais da vida corrente, pessoais ou do lar. Estão assim incluídos cuidados de higiene, eliminação, alimentação ou mobilização, assim como apoio a deslocações ao exterior, acompanhamento e tarefas domésticas básicas⁶.

A prestação destes serviços fica condicionada às condições físicas do espaço de domicílio da pessoa segura, não estando incluído qualquer tipo de equipamento.

⁴ A não ser que a doença seja diretamente resultante do acidente.

⁵ De entre os atos de enfermagem incluídos neste serviço, consta a administração de injeções de todo o tipo, soroterapia, pensos, ligaduras de mobilização, remoção de pontos ou agafos, clisteres, cuidados associados a sonda nasogástrica e sacos para qualquer tipo de estoma, aerossolterapia, aspiração de secreções, irrigações, lavagens, terapêuticas oftalmológicas, avaliação de sinais vitais como glicémia capilar, tensão arterial, temperatura e dor, oxigenoterapia, montagem e ensino de BIPAP e CIPAP. **Não se encontram incluídos no serviço materiais de penso específico, nem sondas de longa duração.**

⁶ Como exemplo de tarefas domésticas básicas o serviço prevê tratamento de roupas, loiças e arrumação de casa de banho, quarto e cozinha. Não estão incluídas no serviço tarefas domésticas pesadas.

Personal Care

Horário: das 09h às 18h nos dias úteis

Tel.: 21 122 12 10 (custo de chamada para a rede fixa nacional)

Os serviços disponíveis nesta cobertura incluem apoio telefónico fornecido por profissionais de saúde, para ajudar à recuperação por acidente de que resulte uma invalidez temporária ou definitiva, independentemente da percentagem da mesma.

O serviço Personal Care estará disponível em caso de acidente, cobrindo a(s) pessoa(s) seguras(s) e respetivos filhos ou adotados, desde que sejam solteiros, menores de 25 anos e habitem com a(s) pessoa(s) seguras(s) em situação de dependência económica⁷. O cônjuge da pessoa segura não está coberto por esta apólice, a não ser que se constitua como pessoa segura, na modalidade de duas cabeças.

Na sequência da primeira chamada, e tratando-se de um sinistro por acidente, os profissionais de saúde recolhem um conjunto de dados básicos para iniciar o protocolo de acompanhamento, que será iniciado por uma chamada de boas-vindas onde será realizado um questionário personalizado de triagem de forma a identificar o perfil da pessoa segura e traçar um plano de acompanhamento que não será superior a um ano.

O plano de acompanhamento poderá ser complementado por um processo de interconsulta, que consiste no recurso a uma 2.^a opinião médica internacional. O processo interconsulta estará disponível em situações decorrentes de acidente ou doença. Os relatórios médicos e exames da pessoa segura são revistos por um médico especialista internacional, para que este elabore um relatório escrito. **O processo de interconsulta não se aplica a situações de pequena invalidez de curta duração, condições psiquiátricas ou condições de saúde que não tenham sido já analisadas por um especialista**, já que a 2.^a opinião será baseada em relatórios médicos e exames já efetuados.

Esta cobertura pode ser utilizada por pessoa(s) seguras(s) e respetivos filhos ou adotados, desde que sejam solteiros, menores de 25 anos e habitem com a(s) pessoa(s) seguras(s) em situação de dependência económica. O cônjuge da pessoa segura não está coberto por esta apólice, a não ser que se constitua como pessoa segura na modalidade de duas cabeças.

Não Inclui quaisquer despesas com os tratamentos em curso ou recomendados pelo relatório.

⁷ Consideram-se incluídos os filhos das pessoas seguras em regime de custódia partilhada.

Cessaçã

O contrato de seguro cessa nas seguintes situações legalmente definidas:

Denúncia	<p>O contrato de seguro é celebrado pelo prazo de um ano, prorrogável por igual período. O segurador e o tomador do seguro têm o direito de fazer cessar o contrato de seguro unilateralmente, através de denúncia, que impede a sua normal renovação, extinguindo-o. Esta denúncia deve ser enviada por escrito, com antecedência mínima de 30 dias em relação à data de renovação da apólice. Considera-se igualmente denúncia da apólice a falta de pagamento do prémio resultante da prorrogação da mesma.</p>
Resolução por justa causa	<p>O contrato pode ser resolvido pelas partes a todo o tempo, havendo justa causa nos termos gerais, mediante correio registado, considerando-se resolvido no prazo máximo de 8 dias úteis após receção da comunicação. O montante do prémio a devolver ao tomador do seguro em caso de cessação antecipada do contrato é calculado proporcionalmente ao período que decorreria da data da cessação da cobertura até ao vencimento do contrato, salvo convenção 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.</p>
Revogação	<p>O contrato de seguro pode ser revogado a todo o tempo por acordo entre as partes.</p>
Renúncia	<p>O tomador do seguro tem igualmente o direito de renúncia ao contrato de seguro, nos 30 dias seguintes à receção das Condições Particulares, sem ter de invocar qualquer causa, enviando uma comunicação por escrito, em papel ou qualquer outro suporte duradouro disponível e acessível ao segurador, que, nesta situação, mantém direito ao prémio correspondente ao período em que suportou o risco antes da resolução, assim como ao montante eventualmente despendido com exames médicos.</p>
Por falecimento ou invalidez da pessoa segura	<p>Em caso de morte de qualquer pessoa segura, o contrato de seguro cessa, tenha ou não havido lugar ao pagamento do capital seguro. Aplicam-se as mesmas regras aos sinistros de invalidez, com a diferença de que se mantém o seguro em vigor caso não haja lugar a indemnização ao abrigo desta cobertura.</p>

Falta de pagamento do prémio	<p>A falta de pagamento do prémio determina a resolução automática do contrato, por força da lei. O segurador avisará por escrito o tomador do seguro, através de carta registada, quanto à resolução do seguro. Até dez dias após a resolução, o tomador do seguro tem o direito de repor o seguro em vigor nas condições originais do contrato anteriormente resolvido. O pedido de reposição em vigor deverá ser acompanhado do pagamento do respetivo prémio.</p> <p>Se a falta de pagamento respeitar a um prémio adicional resultante de uma modificação contratual, determina-se a ineficácia da alteração, subsistindo o contrato com o âmbito e nas condições que vigoravam antes da pretendida modificação, a menos que a subsistência do contrato se revele impossível, caso em que se considera resolvido na data do vencimento do prémio não pago.</p>
Caducidade	<p>A apólice de titular único cessa no termo da anuidade em que a pessoa segura complete 70 anos de idade atuarial. A apólice de duas cabeças deixa de ter efeito para a primeira pessoa segura no termo da anuidade em que esta atingir essa idade e continua em vigor para a outra pessoa na modalidade de titular único, cessando no termo da anuidade em que esta pessoa segura complete 70 anos de idade.</p>
Livre resolução (para vendas à distância)	<p>O contrato pode ser resolvido pelo tomador do seguro no prazo de 14 dias a partir da data da celebração do contrato à distância ou da data da receção, pelo tomador do seguro, dos termos do mesmo e das informações pré-contratuais legalmente definidas, que serão prestadas mediante a entrega do Documento de Informação sobre o Produto de Seguros, Condições do Seguro e Condições Particulares.</p> <p>Para o exercício do presente direito, o tomador do seguro deverá notificar o segurador mediante comunicação por escrito, em suporte de papel, por correio registado para a morada correspondente à sua sede (Rua da Mesquita, n.º 6 – 1070-238 Lisboa) ou através do email gestaorisco-aegonsantander@aegonsantander.pt antes do termo do prazo de 14 dias.</p>

Reclamações

As reclamações do tomador do seguro, das pessoas seguras, dos beneficiários ou de terceiros lesados devem ser apresentadas ao regulador ou diretamente ao segurador, por escrito ou por qualquer meio de comunicação, através de correio eletrónico para o endereço **qualidade-aegonsantander@aegonsantander.pt** ou por correio dirigido à Direção de Qualidade da Aegon Santander Portugal Não Vida Seguros, S.A., para a morada Avenida José Malhoa, 22 – 1070-159 Lisboa. As reclamações devem conter informações relevantes para a respetiva gestão, incluindo, pelo menos, os elementos que se encontram especificados em **<https://www.aegon-santander.pt/gestao-de-reclamacoes/>**.

A Direção de Qualidade da Aegon Santander Portugal Não Vida compromete-se a analisar e responder às reclamações num prazo máximo de 20 dias úteis, após receção das mesmas. O processo de resposta a qualquer reclamação não impede nem prejudica o recurso aos tribunais, nem a intervenção da entidade reguladora, a Autoridade de Supervisão de seguros e Fundos de Pensões, nem a intervenção do Provedor do Cliente.

A intervenção do Provedor do Cliente justifica-se quando existam reclamações previamente apresentadas ao segurador às quais não tenha sido dada 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. Os contactos do Provedor do Cliente estão disponíveis em **<https://www.aegon-santander.pt/gestao-de-reclamacoes/>**.

O reclamante pode ainda apresentar reclamação junto da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões, desde que tal reclamação tenha sido previamente apresentada ao segurador e não tenha sido resolvida no prazo máximo de 20 dias úteis contados a partir da data da respetiva receção ou quando, tendo sido dada uma resposta, o reclamante discorde do sentido da mesma. Poderá encontrar mais informação em **<https://www.aegon-santander.pt/gestao-de-reclamacoes/>**.

Legislação aplicável, arbitragem, enquadramento fiscal e relatório de solvência

Convenção sobre o lugar do cumprimento da obrigação	As partes acordam expressamente que as obrigações previstas ao abrigo do presente contrato deverão ser cumpridas em Portugal, mais concretamente na sede do segurador.
Lei aplicável	A lei aplicável a este contrato é a lei portuguesa.
Foro competente	Sem prejuízo da resolução alternativa de litígios prevista na cláusula seguinte, para dirimir qualquer litígio emergente do presente contrato, as partes elegem como foro competente o do local do cumprimento da obrigação.
Resolução alternativa de litígios:	Em caso de litígio referente à presente apólice, e o tomador do seguro um consumidor na aceção da Lei 144/2015, de 8 de setembro, poderá recorrer à resolução alternativa de litígios de consumo junto das instâncias reconhecidas.

Cláusula de regime fiscal	A informação geral sobre as entidades de arbitragem portuguesas está disponível para consulta em https://www.aegon-santander.pt/informacoes-relevantes-para-o-cliente/ . A adesão do segurador à arbitragem fica vinculada às previsões legais existentes no que respeita à adesão obrigatória, sendo casuística nos restantes casos.
Relatório sobre solvência e situação financeira	Este relatório encontra-se disponível para consulta pelo tomador do seguro, no site da Aegon Santander Portugal, em https://www.aegon-santander.pt/relatorios/ .

Dados pessoais

- 1 Os dados pessoais do tomador do seguro, da pessoa segura e dos beneficiários são tratados pelo segurador Aegon Santander Portugal Não Vida, o qual, enquanto entidade responsável pelo presente tratamento de dados, poderá recolher, armazenar, interconectar e, genericamente, tratar informaticamente ou não os dados pessoais (incluindo os dados de saúde) fornecidos, bem como outros que o segurador obtenha legalmente, para os fins identificados na proposta de seguro.
- 2 Os dados pessoais poderão ser tratados pelo segurador, consoante o tipo de contrato e/ou titulares, para as seguintes finalidades:
 - i contratualização e gestão do contrato, ainda no âmbito das relações pré-contratuais ou posteriormente, aqui incluindo operações de cobranças de prémios, gestão de renovações, comunicações referentes a serviços inerentes ao seguro contratado e gestão de sinistros. Estas finalidades têm por fundamento de licitude a execução do contrato e diligências pré-contratuais, bem como o consentimento dos titulares quando esteja em causa o tratamento de dados de saúde;
 - ii gestão de sinistros, que tem por fundamento de licitude a execução do contrato, bem como o consentimento dos titulares quando esteja em causa o tratamento de dados de saúde;
 - iii controlo de qualidade (através de inquéritos de satisfação) e operações de *marketing* relativamente a serviços, ofertas promocionais e produtos comercializados pela Aegon Santander Portugal (consistindo este um interesse legítimo do segurador, por forma a aferir o nível de qualidade dos serviços e a apresentar aos titulares novos produtos e propostas que os possam beneficiar);
 - iv cumprimento de obrigações legais.
- 3 O segurador poderá efetuar tratamentos automatizados para efeitos de avaliação de risco, inerente ao estabelecimento e manutenção de relações comerciais entre o tomador de seguro e/ou a(s) pessoa(s) segura(s) e o segurador ou quaisquer outras sociedades com quem este venha a celebrar contratos de resseguro. As decisões individuais com base exclusiva em tratamentos automatizados respeitam o previsto no artigo 22.º, n.ºs 2 e 3do Regulamento Geral de Proteção de Dados. Para efeitos de gestão do

contrato e controlo de qualidade, e mediante consentimento prévio dos titulares, poderá o segurador proceder à gravação de chamadas telefónicas, nos termos e com os limites previstos na lei e regulamentação aplicável

- 4 Os dados pessoais tratados poderão ser comunicados a outras sociedades com quem o segurador tenha subcontratado serviços, a entidades com quem venha a celebrar contratos de resseguro, ou ainda outras sociedades que com o segurador estejam diretas ou indiretamente em relação de domínio ou grupo, unicamente para fins estritamente ligados ao presente contrato. Os dados pessoais poderão ainda ser comunicados a entidades terceiras (nomeadamente entidades administrativas, judiciais e de supervisão) para cumprimento de obrigações legais. Nos casos em que haja uma comunicação para países terceiros, o segurador garantirá um nível de proteção adequado dos seus dados, através de instrumento contratual de acordo com clausulado adotado pela Comissão Europeia.
- 5 Nos termos da lei em vigor, o titular dos dados tratados tem o direito de, a todo o tempo, solicitar e obter, por si ou representante legalmente constituído, o acesso à totalidade da informação registada, bem como a solicitar a sua atualização, limitação, eliminação ou oposição à finalidade de marketing ou controlo de qualidade, devendo para o efeito remeter comunicação escrita através do e-mail **aegonsantander@aegonsantander.pt**. Poderá ainda, através da mesma forma, retirar eventuais consentimentos dados ao segurador (na medida em que não prejudique a execução do contrato) e exercer o direito de portabilidade dos seus dados (para si ou entidade expressamente identificada), no que respeita aos dados automatizados por si fornecidos e que lhe digam respeito, e desde que não prejudique direitos e liberdades de terceiros. O exercício do direito de eliminação ou limitação de dados para as finalidades de contratualização e gestão do contrato e de gestão de sinistros, durante a vigência do contrato de seguro, que impeçam a sua regular gestão, importará o seu termo.
- 6 Os dados pessoais recolhidos serão conservados após o termo de cada contrato de seguro, até ao termo do respetivo prazo legal de prescrição ou, se superior, ao termo de processo de reclamação ou de gestão de sinistro, com exceção dos dados que, por imposição legal, devam ser conservados por período superior.
- 7 A Aegon Santander Portugal Não Vida, enquanto responsável pelo tratamento dos dados, poderá ser contactada através do e-mail **aegonsantander@aegonsantander.pt** e/ou através do seu Encarregado de Proteção de dados, através do e-mail **dpo@aegonsantander.pt**. Pode ainda dirigir reclamações junto da Autoridade de Controlo legalmente estabelecida.
- 8 Os dados fornecidos deverão ser completos e exatos, sendo certo que a sua falta ou inexatidão obstam à concretização e manutenção do contrato de seguro.
- 9 Consulte mais informações acerca do Tratamento de Dados pessoais através da Política de Privacidade disponível em <https://www.aegon-santander.pt/politica-de-privacidade/>.

IDENTIFICAÇÃO DE AGENTE DE SEGUROS

BANCO SANTANDER TOTTA, S.A. | SEDE SOCIAL: RUA ÁUREA, N.º 88, 1100-063 LISBOA * CAPITAL SOCIAL: 1.391.779.674 € * C.R.C. DE LISBOA COM O NIPC 500 844 321

Agente de Seguros n.º 419 501 250 – Data de Registo: 21/01/2019

Autorização para distribuição de seguros para os Ramos Vida e Não Vida. Informações e outros detalhes do registo disponíveis em www.asf.com.pt.

O Agente de Seguros distribui seguros do Ramo Vida das Empresas de Seguros Santander Totta Seguros – Companhia de Seguros de Vida, S.A. e Aegon Santander Portugal Vida – Companhia de Seguros de Vida, S.A., e do Ramo Não Vida das Empresas de Seguros Aegon Santander Portugal Não Vida – Companhia de Seguros S.A., Ageas Portugal, Companhia de Seguros, S.A. e MAPFRE Santander Portugal – Companhia de Seguros, S.A.

O Agente de Seguros não detém qualquer participação, direta ou indireta, nos direitos de voto ou no capital das Empresas de Seguros acima referidas.

A Santander Totta, SGPS, empresa-mãe da Empresa de Seguros Santander Totta Seguros – Companhia de Seguros de Vida, S.A., detém (ou participa indiretamente/ diretamente) 98,882% do capital social do Agente de Seguros ou nos direitos de voto.

Na qualidade de Agente de Seguros, o Banco Santander Totta, S.A. atua em nome e por conta da(s) Empresa(s) de Seguros. No entanto, não se encontra autorizado a receber prémios para serem entregues à(s) Empresa(s) de Seguros, pelo que qualquer pagamento a este título por parte do Tomador, referente a contratos de seguro distribuídos pelo Banco Santander Totta, S.A., deverá ser realizado através de transferência bancária e/ou depósito na conta aberta da(s) respetiva(s) Empresa(s) de Seguros, sediada na instituição de crédito Banco Santander Totta, S. A.

O Banco Santander Totta S.A. não celebra contratos, praticando, na qualidade de Agente de Seguros, apenas os atos preparatórios de tal celebração, pelo que a formalização dos contratos apenas se concretiza após intervenção da(s) Empresa(s) de Seguros.

A intervenção do Agente de Seguros envolve a prestação de assistência ao longo do período de vigência do contrato de seguro. O Banco Santander Totta, S.A., na qualidade de Agente de Seguros, recebe da(s) Empresa(s) de Seguros ou de corretores de seguros, em relação aos contratos de seguro que distribui e a título de comissão, parte do prémio de seguro e, eventualmente em alguns casos, outras vantagens económicas concedidas em conexão com o contrato de seguro. Este pagamento não tem impacto no valor dos prémios cobrados pela(s) Empresa(s) de Seguros aos Clientes.

Assiste ao Cliente o direito de solicitar informação sobre a remuneração que o Banco Santander Totta, S. A. receberá pelo serviço de distribuição prestado e, em conformidade, receber, a seu pedido, tal informação.

Assiste ainda ao Cliente o direito de apresentar reclamações contra o Agente junto da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões. O Cliente poderá ainda apresentar reclamações ao Banco Santander Totta, S.A., junto de qualquer balcão, ou através dos seguintes meios: SuperLinha (+351 217 807 364, de Portugal ou do estrangeiro), custo de chamada para a rede fixa nacional, do NetBanco ou da App Santander, por e-mail para netbancoparticulares@santander.pt ou netbancoempresas@santander.pt, consoante o caso, ou por carta para a Rua da Mesquita, n.º 6, 1070-238 Lisboa, conforme informação a cada momento disponível em www.santander.pt/contactos. Pode ainda apresentar reclamações através da Atensão ao Cliente por e-mail para atencaocliente@santander.pt, no Livro de Reclamações disponível em qualquer balcão do Banco Santander Totta, S.A. ou em www.livroreclamacoes.pt. Sem prejuízo do recurso aos tribunais judiciais, o Cliente goza do direito de recorrer a procedimentos extrajudiciais de resolução de conflitos, através do recurso aos Centros de Arbitragem a que o Agente de Seguros aderiu, conforme informação disponível em “Resolução Alternativa de Conflitos do Consumo” em www.santander.pt.

Informa-se que, aquando da apresentação do seguro de proteção, são prestados esclarecimentos de modo pormenorizado e de acordo com critérios profissionais do Agente de Seguros. Nos produtos de investimento com base em seguros o Agente de Seguros presta aconselhamento imparcial e pessoal no âmbito da Consultoria para Investimento. Neste domínio, serão enviados aos Clientes, anualmente, os Relatórios de Custos, Encargos e Incentivos, identificando todos os custos e encargos incorridos pelo Cliente com esses produtos de investimento com base em seguros e os incentivos aplicados, assim como o Relatório de Avaliação da Adequação, o qual avalia se os produtos de investimento contratados ao abrigo da Consultoria para Investimento continuam a corresponder às preferências, aos objetivos e outras características individuais do Cliente, atendendo nomeadamente às possíveis alterações ocorridas nas características dos produtos, e/ou nas oscilações do património do Cliente.