cetelem
GRUPO BNP PARIBAS

BNP PARIBAS CARDIF
A seguradora parceira

APÓLICE DE SEGURO
PROTEÇÃO SAÚDE SÉNIOR INDIVIDUAL

Informação sobre o Produto de Seguro
Hospitalização motivada por acidente (H Ac) e Quebra de Ossos (QO).

Para declarar um sinistro pode contactar-nos, através do número: (+351) 210 054 116 (custo da chamada para a rede fixa nacional) disponível de 2ª a 6ª feira das 09:00h às 18:00h, ou através do e-mail: servicoapoiocliente@cardif.com, ou através da morada: BNP Paribas Cardif – Torre Ocidente, Rua Galileu Galilei, n º2, 10B, 1500-392 Lisboa

CONDIÇÕES GERAIS

Artigo 1º Definições
Para efeitos do presente Contrato, entende-se por:

Acesso a redes convencionadas: O Segurador garante à Pessoa Segura o acesso a um conjunto de bens ou serviços de cuidados de saúde integrados nas Redes Convencionadas, cujas condições de utilização se encontram previstas nestas Condições Gerais e nas Condições Especiais aplicáveis, nos termos e limites fixados nas Condições Particulares.
Acidente: Acontecimento provocado por causa súbita, externa e violenta, alheia à vontade do Segurado, que lhe produza morte ou lesão corporal confirmada clinicamente.
Acidente pré-existente: Qualquer acidente que tenha ocorrido, que se tenha manifestado ou que tenha dado origem a qualquer tratamento médico, em data anterior à data da entrada em vigor das garantias do presente contrato de seguro.
Apólice: Documento que titula o contrato celebrado entre o Tomador do Seguro e a Seguradora, do qual constam as respetivas Condições Gerais, Especiais e Particulares.
Anexos e Adendas: Documentos anexos ou aditados a este contrato, independentemente do momento da celebração deste e que prevalecem sobre as condições gerais em caso de contradição com as mesmas.
Ato médico: Ato realizado por médico legalmente habilitado pela respetiva Ordem, que integra a promoção da saúde, a prevenção e o tratamento da doença, bem como a reabilitação das pessoas que se sujeitam à sua intervenção, podendo determinar procedimentos complementares realizados por outros profissionais de saúde.
Beneficiário: Pessoa(s) a favor de quem reverte a prestação da Seguradora decorrente do Contrato de Seguro.
Capital seguro: Montantes ou número de sinistros máximos que o Segurador garante durante a vigência de cada adesão.
Cartão de adesão: Cartão personalizado que identifica o Tomador de Seguro/Segurado e que o habilita a usufruir das garantias contratadas previstas na apólice.

Contrato de Seguro/Contrato: Conjunto das apólices que titulam o seguro.
Condições Particulares/Proposta de Subscrição: Documento assinado pelo Tomador do Seguro, através do qual declara preencher as condições de elegibilidade de subscrição do seguro.
CNVRAM: Sistema de classificação de atos médicos, designado por Código de Nomenclatura e Valores Relativos de Atos Médicos, caracterizado pela associação de valores relativos (C e K) a cada ato o que permite a sua valorização em número de "K" (valor indicativo da complexidade de cada ato médico), e/ou "C" (quantificação do custo técnico dos atos médicos).
Co-pagamento: Montante(s) que, em caso de sinistro, ficam a cargo do Segurado e cujos montantes se encontram estipulados nas Condições Particulares, de acordo com o produto contratado.
Distribuição: Relação entre o valor do prémio total e a parte respeitante a cada garantia.
Doença: Alteração involuntária e anormal do estado de saúde do Segurado, clinicamente comprovada, não causada por Acidente.
Doença manifestada: Doença que se haja revelado, tenha sido objeto de um diagnóstico ou dado lugar ao respetivo tratamento.
Doença súbita: Qualquer alteração involuntária e imprevisível do estado de saúde, que requeira tratamento de urgência em hospital, quer em regime de internamento, quer em regime ambulatório**.**
Domicílio: O indicado pelo Tomador aquando da celebração do contrato, constante das Condições Particulares.
Franquia: Valor pecuniário indicado no Certificado de Seguro que, em caso de sinistro coberto pela Apólice, poderá não ser assumido pela Seguradora em termos de indemnização, sendo o Segurado responsável por esse valor.
Franquia Absoluta: Franquia que é sempre aplicada, independentemente do valor total ou do tempo total de indemnização.
Franquia Relativa: Período em que, imediatamente após o Sinistro, não existe direito à prestação da Seguradora. Se o sinistro ultrapassar o período de franquia relativa, esta não será aplicada.
Garantias convencionadas: Conjunto de garantias que o Segurador coloca à disposição da Pessoa Segura, mediante as quais, em caso de sinistro, poderá ter direito a receber um valor pré-convencionado, de acordo com as condições de utilização que se encontram previstas nestas Condições Gerais e nas Condições Especiais aplicáveis, nos termos e limites fixados nas Condições Particulares.
Linha gratuita de atendimento permanente: Linha de apoio telefónico gratuita permanente (24h/dia), através da qual a Pessoa Segura, poderão obter os esclarecimentos que necessitem sobre o produto a que aderiram e funcionamento das suas garantias; requerer aconselhamento médico; solicitar, entre outros, o envio de médico, enfermeiro ou de uma ambulância ao domicílio.
Período de Carência: Período pré-determinado contado imediatamente após a celebração do Contrato de Seguro, em que ainda não existe direito à prestação da Seguradora.
Período de Requalificação: Período em que, imediatamente após a cessação dos efeitos de um sinistro, não existe direito à prestação da Seguradora.
Prestação da Seguradora: Importância paga pela Seguradora ao Beneficiário, em caso de sinistro coberto pela apólice.
Segurado: A pessoa ou entidade identificada nas Condições Particulares, no interesse da qual é feito o Contrato de Seguro e que se encontra sujeita aos riscos que são objeto do contrato, nos termos acordados.
Seguradora: Entidade legalmente autorizada a exercer a atividade seguradora e que subscreve, com o Tomador do Seguro, o Contrato de Seguro.

Sinistro: O facto futuro, incerto e independente da vontade do Tomador do Seguro/Segurado que determine o funcionamento das coberturas previstas na Apólice.
Tomador do Seguro: Pessoa que celebra com a Seguradora o Contrato de Seguro e é responsável pelo pagamento dos prémios.
Rede de assistência médica: Rede de prestadores composta por médicos de cuidados primários e de especialidade, clínicas e hospitais e outros centros de meios complementares de diagnóstico.
Rede bem-estar: Rede de prestadores na área das medicinas complementares e de bem-estar físico e mental, bem como de serviços e/ou produtos, de natureza não clínica, destinados ao Tomador de Seguro/Segurado.
Rede de medicina dentária: Rede de prestadores no âmbito da estomatologia e da medicina dentária composta por médicos da especialidade, clínicas e outros centros de meios complementares de diagnóstico.
Serviços de assistência: Conjunto de serviços que o Segurador coloca à disposição do Segurado, aos quais poderá recorrer de acordo com as condições de utilização que se encontram previstas nestas Condições Gerais e nas Condições Especiais aplicáveis, nos termos e limites fixados nas Condições Particulares.
Prestações convencionadas: Conjunto de bens ou serviços a preços convencionados, que o Segurador, mediante solicitação prévia, organiza e coloca à disposição da Pessoa Segura em caso de sinistro, de acordo com as condições de utilização que se encontram previstas nas presentes Condições Gerais e nas Condições Especiais aplicáveis, nos termos e limites fixados nas Condições Particulares.

Artigo 2º - Partes
Quem intervém neste contrato?

Seguradora: Cardif Assurances Risques Divers – Sucursal em Portugal, NIPC n.º 980 148 243, autorizada a exercer a atividade seguradora em Portugal no ramo não vida, através da autorização nº 1139, ambas com sede em Boulevard Haussemann 1 – Paris e com sucursal em Portugal, sita na Torre Ocidente - Rua Galileu Galilei, nº 2, 10º piso, Benfica, 1500-392, em Lisboa e sujeita à supervisão da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões.

Tomador do Seguro/Segurado: A(s) pessoa(s) identificada(s) nas Condições Particulares/Proposta de Subscrição.

Mediador do Seguro: BNP Paribas Personal Finance, S. A., com sede em França, sita em 1 Boulevard Haussmann, 75318 Paris Cedex 09 e Sucursal em Portugal, sita na Torre Ocidente, Rua Galileu Galilei, nº 2 8º Piso, 1500-392 Lisboa, NIPC/matrícula na Conservatória do Registo Comercial de Lisboa sob o número 980 677 750, registado junto do Banco de Portugal sob o n.º 848 (consulta disponível em www.bportugal.pt), junto do ORIAS (Organisme pour le Registre des Intermédiaires en Assurance, Banque et Finance) (consulta disponível em www.orias.fr) e junto da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões, desde 07-11-2019, sob o número 07023128 (consulta disponível em www.asf.com.pt) encontrando-se autorizado a exercer a atividade de distribuição de seguros em Portugal ao abrigo do regime comunitário da liberdade de estabelecimento para os ramos vida e não-vida. O mediador integra o grupo BNP Paribas e o respetivo capital social é detido em 100% pelo banco francês BNP Paribas, que também detém 100% do capital social das seguradoras francesas Cardif Assurances Risques Divers e Cardif

Assurance Vie, as quais atuam em Portugal através de sucursal. No presente Contrato de Seguro, o mediador exerce a atividade de distribuição de seguros, na qualidade de mediador de seguros, em nome e por conta da Cardif, e a sua atividade passa pela intervenção na celebração do contrato de seguro e/ou prestação de assistência na sua vigência. No âmbito de outros produtos, o mediador trabalha com outras seguradoras (o Segurado poderá encontrar informação acerca das outras seguradoras com as quais o mediador trabalha em https://www.cetelem.pt/) e não tem uma obrigação contratual de exercer a atividade de distribuição de seguros exclusivamente para a Cardif ou para outras seguradoras. O mediador não presta aconselhamento, i.e., não formula recomendações personalizadas à Pessoa Segura. O mediador está autorizado a receber prémios para serem transferidos para a Cardif, mas não tem poderes para celebrar contratos de seguro em seu nome. A remuneração do mediador em contrapartida da atividade de distribuição de seguros consiste numa comissão paga pela Cardif, correspondente a uma percentagem sobre o prémio de seguro pago pelo cliente, a que pode acrescer uma comissão adicional. O segurado poderá solicitar informação sobre a remuneração do mediador. O mediador poderá intervir por intermédio de outro mediador, o qual atuará em nome e por conta do BNP Paribas Personal Finance, S.A., nos termos que vierem a ser acordados entre ambos. Caso assim aconteça, o mediador através do qual o BNP Paribas Personal Finance, S.A. intervém encontrar-se-á melhor identificado em documento complementar disponibilizado junto com o Contrato, que fará parte do presente Contrato para os devidos efeitos legais. O BNP tem implementadas políticas de tratamento de clientes e de gestão de reclamações, as quais podem ser consultadas em https://www.cetelem.pt/.

Beneficiário: O Beneficiário encontra-se identificado, para cada cobertura, nas condições especiais do presente contrato de seguro.

Segurança Financeira: A Cardif está sujeita a obrigações legais e regulamentares em relação ao combate ao branqueamento de capitais, ao financiamento do terrorismo, ao congelamento de ativos e ao combate à corrupção. Estas obrigações serão implementadas antes da conclusão da subscrição e ao longo da vida do seguro. Devem-se cumprir os seguintes requisitos:
- Identificar o Tomador do Seguro, beneficiário efetivo, segurado ou segurados do contrato;
- Proceder a uma análise cuidadosa das transações efetuadas ao abrigo do contrato.

Para cumprir estas obrigações o Segurador, Cardif, pode recolher todas as informações relevantes e, se for caso disso, documentação comprovativa.
O Tomador do Seguro/Segurado, concorda em fornecer todas as informações e documentação de apoio solicitadas. Se a Cardif não obtiver a informação e documentação necessárias, tem a obrigação de não concluir a subscrição do seguro. Além disso, a Cardif não aceita quaisquer transações em numerário.

Sanções internacionais: Como subsidiária do Grupo BNP PARIBAS, a Cardif cumpre com todas as sanções económicas e comerciais ou medidas restritivas (proibições e restrições ao comércio de bens, tecnologias ou serviços específicos com determinados países, medidas a congelar fundos e recursos económicos, restrições ao acesso a serviços financeiros) decididos, administrados, impostos ou aplicados pelo Conselho de Segurança das Nações Unidas, pela União Europeia, pelo Departamento do Tesouro dos Estados Unidos responsáveis pelo controlo de ativos estrangeiros (Office of Foreign Assets Control of the U.S. Department of the Treasury (OFAC), U.S. Department of State, ou qualquer outra autoridade competente com poder de emitir tais sanções.

Data efetiva das garantias: No entanto, o contrato não será celebrado se o Tomador do Seguro estiver sujeito a medidas restritivas ou ao congelamento de ativos ao abrigo do Regulamento Europeu nº 2580/2001, de 27 de dezembro de 2001.

Limitação de garantias ou liquidação de garantias: O Segurador não concederá qualquer garantia, benefício ou pagamento ao abrigo do Contrato, desde que a aplicação dessa garantia, a prestação desse benefício ou pagamento a exponha a uma sanção, proibição ou restrição resultante de qualquer lei ou regulamento das Nações Unidas ou da União Europeia em relação a sanções económicas, ou qualquer outra regra ou lei em relação a sanções económicas ou comerciais.

Artigo 3º - Objeto do contrato

3.1. O que cobre este seguro facultativo?
O previsto nas Condições Especiais (consoante as coberturas de cada apólice).
Sem prejuízo do exposto, o presente contrato de seguro não substitui o Serviço Nacional de Saúde, pelo que não garante o pagamento de quaisquer despesas médicas ou medicamentosas reclamadas pela rede de hospitais e outras instituições que integrem o Serviço Nacional de Saúde, quando a Pessoa Segura, sendo beneficiária de tal serviço, aí for assistida. As suas garantias limitam-se, exclusivamente, ao disposto nas presentes condições gerais, especiais e particulares desta apólice.
Para efeitos do presente contrato é apenas admitido, de acordo com o estabelecido nas condições especiais da apólice, o recurso a prestações diretas convencionadas, não sendo garantido qualquer tipo de prestações por reembolso.

3.1.1. Até quando estou coberto?
As coberturas de Hospitalização motivada por Acidente (H Ac) e Quebra de Ossos (QO) poderão ser ativadas dos 40 anos aos 85 anos (inclusive).

3.2. Qual o capital seguro?

Em caso de ocorrência de um sinistro, a Seguradora pagará o valor previsto nas Condições Especiais e/ou Condições Particulares/Certificado de Seguro nos termos e durante o período aí definidos.
Este valor não poderá ultrapassar os Capitais Máximos definidos.
Não existe repartição dos capitais seguros, ou seja, em termos gerais, cada cobertura tem um capital seguro associado. No entanto, não poderá haver utilização de um capital seguro de uma cobertura que não tenha sido utilizado para outra.
O capital seguro das coberturas que integram o Contrato é determinado em função do capital em dívida no Contrato de Financiamento. O contrato de seguro encontra-se ligado ao Contrato de Financiamento na medida em que a respetiva duração depende da duração do Contrato de Financiamento cessando automaticamente quando este cessa.

Artigo 4º - Condições de Elegibilidade
Em que condições se pode contratar este seguro?

As condições de elegibilidade comuns para as coberturas de Hospitalização motivada por acidente (H Ac) e Quebra de Ossos (QO) são as seguintes:

i) Ter entre 40 e 80 anos (inclusive);
ii) Ter residência habitual em Portugal;
iii) Não ter estado em situação de invalidez nos últimos 12 meses, com exceção das situações protegidas pelo Direito ao Esquecimento;
iv) Assinar as Declarações constantes das Condições Particulares, as quais, uma vez assinadas, fazem prova plena sobre o seu conteúdo.

Artigo 5º - Exclusões Gerais
Quais os casos em que não estou coberto?

Existem exclusões gerais, comuns a todas as garantias.
Ficam excluídos do âmbito de aplicação do presente contrato, os sinistros decorrentes das seguintes situações, além dos previstos nas condições especiais:

i) Sinistro verificado antes da celebração do contrato de seguro;
ii) Sinistro resultante de uma situação existente à data da celebração do Contrato de Seguro pelo Tomador do Seguro e do qual tenha o mesmo conhecimento, com exceção das situações protegidas pelo Direito ao Esquecimento;
iii) Sinistro verificado durante o período de carência, caso o mesmo seja previsto e/ou definido nas Condições Especiais e/ou Particulares;
iv) Qualquer ato fraudulento, cometido de má-fé ou criminoso cometido intencionalmente pelo segurado e seus familiares até o terceiro grau;
v) Afeção/situação provocada/criada voluntariamente pelo Tomador do Seguro/Segurado;
vi) Sinistros cobertos por outro contrato de seguro;
vii) Guerra, guerra civil, insurreição, rebelião, revolução, terrorismo, convulsão social ou alteração da ordem pública;
viii) Sinistro resultante de reação ou radiação nuclear ou contaminação radioativa;
ix) Sinistro resultante de tremores de terra ou riscos catastróficos da natureza.

Artigo 6º - Âmbito Territorial
O previsto nas Condições Especiais.

Artigo 7º - Celebração do Contrato

A partir de quando é que este seguro fica ativo?

Para que o contrato de Seguro fique ativo, e salvo se acordado de outra forma, deve enviar o Boletim de Adesão, que funciona como Proposta de Seguro, devidamente preenchido e com a documentação necessária, ao cuidado da Seguradora. Este envio pode ser feito no local indicado pela Seguradora ou através de qualquer outro meio que esta indique.

Passados 14 (catorze) dias da receção do Boletim de Adesão/Proposta de Seguro por parte da Seguradora, o mesmo fica ativo, salvo indicação em contrário por parte da mesma. Se o contrato for celebrado de acordo com o regime jurídico dos contratos à distância, o mesmo considera-se celebrado quando ambas as partes estiverem de acordo.

Artigo 8º- Vigência do Contrato

Qual a duração deste seguro?

O seguro é válido desde as 00 horas do dia imediatamente seguinte àquele em que foi celebrado até ao dia 31 de dezembro do mesmo ano. A partir dessa data é renovado todos os anos automaticamente por períodos anuais.

Caso a Seguradora ou o Tomador do Seguro não queiram manter o seguro, devem comunicar esta intenção de não renovar por escrito ou por outro meio do qual fique registo duradouro com a seguinte antecedência:

- 30 (trinta) dias face ao termo inicial ou da renovação em curso.

Artigo 9º - Cessação do Contrato de Seguro

9.1. Em que situações termina o seguro?

O contrato de seguro fica sem efeito por caducidade, revogação, denúncia ou resolução.
As coberturas ficam sem efeito caso ocorra alguma destas situações:

- Quando o contrato de seguro termina; ou
- Quando o Contrato de Financiamento termina; ou
- Quando são atingidos os limites máximos de idade para todas as coberturas; ou
- Quando seja atingido o capital máximo garantido para cada cobertura; ou
- Caso exista incumprimento no pagamento dos prémios; ou
- Uma vez cancelada a sua adesão.

9.2. Livre Resolução

Se pretender, pode cancelar o contrato sem apresentar qualquer justificação, enviando uma comunicação por escrito ao cuidado da Seguradora, nas seguintes situações:

- Nos seguros de vida e acidentes pessoais, nos 30 (trinta) dias após a receção da apólice;
- Nos contratos de seguro celebrados à distância fora do âmbito da alínea anterior, nos 14 (catorze) dias após a data da receção da apólice.

O prazo acima indicado conta-se a partir da data de celebração do contrato, desde que o Tomador de Seguro disponha, nessa data, em papel ou outro suporte duradouro, de todas as informações relevantes sobre o seu seguro.

Caso não lhe seja entregue a apólice aquando da celebração do contrato ou no prazo de 14 (catorze) dias, pode resolver o contrato a qualquer momento. Esta cessação tem efeito retroativo e terá direito à devolução da totalidade do prémio pago.

Se tiverem sido entregues/recebidas quaisquer quantias a título de pagamento do serviço, ficam as partes obrigadas à restituição das mesmas no prazo de 30 (trinta) dias a contar do envio/receção da notificação da livre resolução.

Artigo 10º Prémio

10.1. Cálculo do Valor:
Calculado pela Seguradora com base nas taxas previstas nas Condições Especiais. A base de cálculo do prémio mantém-se constante ao longo do Contrato.

10.2. Modalidades de Pagamento:
O prémio será pago pelo Tomador do Seguro à Seguradora, através de débito direto na conta do Tomador do Seguro, ou através de outra forma prevista na lei e identificada nas Condições Particulares/Certificado de Seguro, nos prazos e com a periodicidade definida nas Condições Particulares/Certificado de Seguro. legalmente previsto. A anulação do débito equivale à falta de pagamento do prémio.

10.3. Critério de ajustamento do prémio: não aplicável uma vez que o prémio é calculado no início do Contrato.

10.4. Falta de pagamento:
O que acontece no caso de falta de pagamento do prémio?
a) No caso de Garantias Não Vida (seguros de pessoas ou seguros de danos): O não pagamento do prémio inicial ou da primeira mensalidade do prémio implica que o seguro fique automaticamente sem efeito, ou seja, dá-se a resolução automática do contrato de seguro. O não pagamento do prémio e de anuidades subsequentes, ou da primeira fração

deste, na data do vencimento, impede a prorrogação do contrato de seguro. O não pagamento de uma fração do prémio no decurso de uma anuidade, produz a resolução automática do contrato de seguro na data do respetivo vencimento.

b) No caso de Garantias Vida e Coberturas Complementares: O não pagamento do prémio até à data de vencimento confere à Seguradora o direito de cancelar o contrato. Neste caso, não poderá pagar posteriormente os valores do prémio que não foram pagos e repor o contrato em vigor.

10.5. Alterações ao Prémio

O prémio de seguro pode ser alterado?

Sim. A Seguradora pode alterar as taxas ou valor do prémio. Contudo, o Tomador do Seguro será obrigatoriamente informado(a) por escrito dessas mesmas alterações com, pelo menos, 60 (sessenta) dias de antecedência sobre a data da aplicação das alterações.

As alterações aos prémios de seguro só podem acontecer caso se verifique:

- Sinistralidade superior ao que foi previsto inicialmente;
- Alteração das taxas de encargos legais que incidam sobre os prémios.

Caso discorde das alterações comunicadas, o Tomador do Seguro poderá cancelar o contrato, informando a Seguradora por carta registada com, pelo menos, 30 (trinta) dias de antecedência sobre a data da aplicação das novas taxas.

Artigo 11º – Participação de Sinistros

11.1. Como participar um sinistro?

- Após sofrer algum dos imprevistos ou acontecimentos cobertos por esta apólice, o Tomador/Segurado ou quem o represente deverá informar a Seguradora no prazo máximo de 8 (oito) dias a contar daquele em que tenha conhecimento do sinistro;
- A Seguradora informá-lo(a)-á sobre quais os impressos a preencher para declarar oficialmente o sinistro e a documentação necessária que comprove a situação que deu origem ao mesmo (circunstâncias, causas e consequências);
- Após enviar toda a documentação necessária, a Seguradora irá proceder à sua análise e aceitar ou recusar o sinistro, dentro do prazo-limite de 30 (trinta) dias;
- Em casos excecionais, poderá ser solicitado o envio de documentos ou exames adicionais, imprescindíveis para a análise da situação. As despesas para obtenção dos mesmos são da responsabilidade do Segurado ou de quem o represente;
- Se o sinistro estiver coberto, a Seguradora irá realizar todos os pagamentos diretamente aos respetivos Beneficiários, em função dos períodos declarados e justificados.

Na participação devem ser explicitadas as circunstâncias da verificação do Sinistro, as eventuais causas da sua ocorrência e respetivas consequências. O Tomador do Seguro/Segurado deve igualmente prestar à Seguradora todas as informações relevantes que esta solicite relativas ao Sinistro e às suas consequências.

A participação de um sinistro não suspende, nem isenta o Tomador do Seguro de continuar a cumprir, pontualmente, com as obrigações resultantes do presente Contrato, bem como as do Contrato de Financiamento a que este se encontra ligado. Pelo que, até decisão da Seguradora em contrário, deverá continuar a pagar as prestações inerentes aos mesmos.

11.2. Contactos para declarar um sinistro:

Para declarar um sinistro pode contactar-nos, através do número: (+351) 210 054 116 (custo da chamada para a rede fixa nacional) disponível de 2ª a 6ª feira das 09:00h às 18:00h, ou através do e-mail: servicoapoiocliente@cardif.com, ou através da morada: BNP Paribas Cardif – Torre Ocidente, Rua Galileu Galilei, n º2, 10B, 1500-392 Lisboa

11.3. Em caso de sinistro que documentos deve enviar para a Seguradora (sem prejuízo de outros que possam vir a ser solicitados)?

I. **Para Sinistros de Hospitalização motivada por acidente (H Ac):**
- Declaração Hospitalar a comprovar a data de início e de fim (alta) do internamento, bem como os motivos que a provocaram;
- Relatório policial da ocorrência, caso aplicável;
- Cópias do relatório hospitalar e alta hospitalar;
- Comprovativo de IBAN em nome do beneficiário.

II. **Para sinistros de Quebra de Ossos (QO):**
- Cópias dos relatórios hospitalares referentes ao acidente sofrido (serviço de urgência, internamento, etc), com indicação da data de ocorrência, circunstâncias que o motivaram e lesões sofridas, mencionando com exatidão os ossos fraturados em resultado do mesmo;
- Comprovativo de IBAN em nome do beneficiário.

11.4. Resposta da Seguradora

A Seguradora compromete-se a dar uma resposta no prazo de 30 (trinta) dias após a receção de todos os elementos necessários à análise do sinistro. A Seguradora poderá solicitar ao Segurado qualquer documento ou exame ao estado de saúde, que se lhe afigure necessário para a correta instrução e análise do sinistro.

11.5. Falta de participação do Sinistro

Na falta de participação do Sinistro, a Seguradora pode reduzir a prestação devida atendendo ao dano que lhe seja causado pelo incumprimento dos deveres fixados para o Segurado indicados na presente cláusula. Caso esse incumprimento seja intencional (doloso) e se daí resultar um dano significativo para a Seguradora, a cobertura em causa considera-se perdida.

11.6. Pagamento de Indemnizações

Salvo o previsto em contrário no presente Contrato, sempre que entenda haver lugar ao pagamento de uma indemnização, a Seguradora fá-lo-á diretamente ao Beneficiário.

11.7. Sub-rogação

A Seguradora, uma vez paga a indemnização, fica sub-rogada até à concorrência da quantia indemnizada, em todos os direitos, ações e recursos do Tomador do Seguro/Segurado contra terceiros responsáveis pelo sinistro, obrigando-se o Tomador do Seguro/Segurado a realizar ou permitir o que necessário for para efetivar esses direitos.

Artigo 12º – Reclamações

Como apresentar uma reclamação?

Caso não esteja satisfeito(a) com o produto ou os serviços da Seguradora, poderá recorrer ao nosso Departamento de Reclamações onde terá uma equipa empenhada na resolução da sua situação.

As Reclamações podem ser dirigidas:

- Diretamente à Seguradora: reclamacoes.pt@cardif.com ou através da morada: BNP Paribas Cardif – Torre Ocidente, Rua Galileu Galilei, n.º 2, 10B, 1500-392 Lisboa; ou
- À Autoridade de Supervisão de Seguros e de Fundos de Pensões (ASF) consultando para o efeito o website www.asf.com.pt.

As reclamações contra o mediador de seguro podem igualmente ser apresentadas junto da ASF. Em qualquer um dos casos pode haver recurso aos tribunais judiciais ou a organismos de resolução extrajudicial de litígios.

Resolução Alternativa de Litígios

Em caso de litígio, o consumidor pode recorrer a uma entidade de resolução alternativa de litígios de consumo. Considera-se competente para dirimir um litígio de consumo, a entidade de resolução alternativa de litígios de consumo do local da celebração do Contrato. Caso não exista entidade de resolução alternativa de litígios com competência no local da celebração do Contrato, o consumidor pode recorrer ao Centro Nacional de Informação e Arbitragem de Conflitos de Consumo, sito em Lisboa, com o seguinte endereço eletrónico: cniacc@unl.pt e disponível na página www.arbitragemdeconsumo.org. Mais informações em www.consumidor.pt

cetelem
GRUPO BNP PARIBAS

BNP PARIBAS CARDIF
A seguradora parceira

INFORMAÇÃO COMPLEMENTAR LEGAL

1. Em que situações se pode resgatar, renunciar, aditar, transferir ou transmitir o contrato?
Este contrato não confere os direitos de renúncia ou de resgate, nem é prevista a realização de adiantamentos sobre a apólice, nem a sua transferência, seja em que momento ou circunstância for.

2. Quais os deveres da Seguradora e do Segurado?
Da Seguradora:

- Pagar as indemnizações às quais for obrigada pelo presente Contrato, após confirmação do enquadramento de cada Sinistro no âmbito e Garantias da mesma;
- Guardar sigilo, nos termos da lei, sobre todas as informações que lhe sejam fornecidas pelo Tomador do Seguro/Segurado, nomeadamente as referentes à situação de crédito e ao estado de saúde.

Do Tomador do Seguro/Segurado:

- Antes de aderir ao seguro deve declarar com exatidão todas as circunstâncias que conheça e que sejam significativas para a apreciação do risco pela Seguradora – Declaração Inicial de Risco;
- Responder com verdade e rigor às questões que lhe sejam colocadas pela Seguradora;
- O indicado nas alíneas anteriores é também aplicável a circunstâncias cuja menção não seja solicitada em questionário eventualmente fornecido pela Seguradora para o efeito;
- Comunicar as alterações do risco relativamente às informações dadas na Declaração Inicial de Risco, ao longo de toda a duração do contrato de seguro;
- Efetuar exames médicos que lhe sejam solicitados pela Seguradora, quer aquando da celebração do contrato de seguro quer em caso de sinistro (o Segurado pode, a pedido, aceder aos dados médicos dos exames realizados);
- Fornecer à Seguradora os documentos necessários para a apreciação do cumprimento das condições de adesão ou da verificação das circunstâncias de um sinistro;
- Comunicar à Seguradora a ocorrência de qualquer sinistro coberto pela apólice no prazo máximo de 8 (oito) dias;
- Comunicar à Seguradora, no prazo de 14 (catorze) dias a contar do conhecimento do facto, todas as circunstâncias que agravem o risco (não aplicável aos seguros de vida);
- Contribuir para o não agravamento de qualquer situação suscetível de incrementar as consequências de um sinistro eventualmente ocorrido. Para os seguros de danos, ainda:
    - Em caso de sinistro, empregar os meios ao seu alcance para prevenir ou limitar os danos;
    - Informar a Seguradora de outros contratos de seguro que cubram os mesmos riscos (ou seja, que tenham as mesmas coberturas).

- No caso de participação de um sinistro, o Tomador do Seguro deve continuar a cumprir com as obrigações quer do contrato de seguro, quer do financiamento, até que haja decisão da Seguradora em contrário;
- Informar a Seguradora de outros contratos de seguro com o mesmo objeto do Contrato.

O acima exposto não invalida o exercício do seu Direito ao Esquecimento. Para mais informações, por favor, consulte a cláusula 13ª da Informação Complementar Legal que consta das Condições Gerais.

3. O que acontece em caso de omissões ou inexatidões por parte do Segurado?

Omissões ou Inexatidões Fraudulentas (dolosas)

- O incumprimento do dever de Declaração Inicial de Risco previsto nos Deveres do Segurado pode implicar a anulação do seguro, mediante o envio de uma declaração por parte da Seguradora ao Segurado;
- Caso não tenha ocorrido nenhum sinistro, esta declaração é enviada no prazo de 3 (três) meses a contar do conhecimento do incumprimento;
- A Seguradora não está obrigada a cobrir o sinistro que ocorra antes de ter tido conhecimento do incumprimento doloso ou durante os 3 (três) meses subsequentes, seguindo-se o regime geral da anulabilidade;
- A Seguradora tem direito a receber o prémio devido até ao final do prazo acima referido (exceto se se comprovar que houve fraude ou negligência por parte do mesmo);
- Se houver dolo por parte do Segurado, com o intuito de receber uma vantagem, a Seguradora tem direito a receber o prémio até ao final do contrato.

Omissões ou Inexatidões Negligentes

O incumprimento por negligência do dever de declaração inicial de risco previsto nos Deveres do Segurado, permite à Seguradora, mediante declaração a enviar ao Tomador do Seguro, no prazo de 3 (três) meses a contar do seu conhecimento:

- Propor uma alteração do contrato, sendo que o Segurado tem 14 (catorze) dias para comunicar a aceitação;
- Cancelar o seguro, se não for possível a cobertura dos riscos tendo em conta os factos omitidos ou declarados incorretamente.

O seguro é cancelado 30 (trinta) dias após o envio da declaração de cessação ou 20 (vinte) dias após a receção pelo Tomador do Seguro da proposta de alteração, caso este nada responda ou a rejeite.

O prémio é devolvido *pro rata temporis*, ou seja, o valor devolvido é proporcional ao período de tempo em que o prémio foi pago e que ainda não decorreu.

Se antes do cancelamento ou alteração do seguro ocorrer um sinistro que tenha sido influenciado pelo facto omisso ou indicado incorretamente:

- A Seguradora cobre o sinistro no valor da diferença entre o prémio pago e o prémio que deveria ter sido pago;
- Se, após conhecido o facto omisso ou declarado incorretamente, a Seguradora considerasse que, em caso algum, teria celebrado o contrato, não cobre o sinistro e fica apenas encarregue da devolução do prémio.

4. Legislação Aplicável
A este contrato aplica-se a legislação portuguesa.

5. Foro
Para a resolução de qualquer litígio ou diferendo relacionado com o presente contrato, é competente o foro determinado pela legislação aplicável em vigor.

6. Acesso ao registo central de seguros
Caso pretenda aceder a informação relativa a seguros de vida e de acidentes pessoais com beneficiários em caso de morte do Segurado, o pedido pode ser feito junto da ASF.

7. Incontestabilidade
O presente contrato baseia-se nas declarações da Seguradora e do Tomador do Seguro/Segurado, sendo entendido que os intervenientes no contrato mencionaram, com inteira veracidade, todos os factos ou circunstâncias que permitem a exata apreciação do risco e que possam influir na aceitação do seguro ou na correta determinação do prémio aplicável. Impende sobre o Tomador do Seguro/Segurado o ónus da prova da veracidade de todas as suas declarações, sem prejuízo do disposto quanto ao Direito ao Esquecimento.

8. Investimento autónomo
O presente contrato não dá lugar a investimento autónomo.

9. Transmissão do contrato
Depende do consentimento da Seguradora.

10. Participação nos resultados
O presente contrato não prevê a atribuição de participação nos resultados.

11. Regime fiscal
Nos termos do Código do IRS, os prémios de seguros de vida e de acidentes pessoais podem ser objeto de dedução à coleta do imposto, nos casos de Pessoa Segura com deficiência ou Pessoa Segura que

desenvolvam profissões de desgaste rápido, nas condições e limites previstos na lei. O Tomador do Seguro deverá inteirar-se das regras fiscais aplicáveis no ano em que o prémio seja pago.

12. Dados Pessoais

Como parte da relação de seguro, e como responsável pelo tratamento de dados, a Seguradora é obrigada a obter dados pessoais do Segurado, que estão protegidos pelo Regulamento (EU) nº 2016/679 do Parlamento e do Conselho, que aprovou o Regulamento Geral sobre Proteção de Dados (RGPD).

Os dados pessoais solicitados pela Seguradora são obrigatórios. Se os dados pessoais solicitados pela Seguradora forem adicionais, isso será indicado no momento da sua recolha. A recusa do Tomador do Seguro em fornecer dados pessoais que sejam obrigatórios desde que sejam necessários para o contrato ou para responder a exigências regulatórias, pode fazer com que a Seguradora se recuse a celebrar o contrato.

Os dados pessoais recolhidos pela Seguradora são necessários para:

a) Cumprir as obrigações legais e regulamentares que lhe são aplicáveis

A Seguradora usa os dados pessoais do Segurado para cumprir diversas obrigações legais e regulamentares, incluindo: Prevenção de fraude de seguros; Prevenção do branqueamento de capitais e financiamento do terrorismo; Combate à fraude fiscal, cumprimento do controle tributário e obrigações de notificação; Monitorizar e relatar riscos que a instituição poderia incorrer; Responder a um pedido oficial de uma autoridade pública ou judicial devidamente autorizada.

b) Para elaborar um contrato com o Segurado ou para atuar a seu pedido, antes da contratação

A Seguradora usa os dados pessoais do Segurado para celebrar e executar os contratos, incluindo: Definição do perfil de risco de seguro do Segurado e as taxas correspondentes; Gestão de sinistros de seguros e execução de garantias contratuais; Fornecer ao Segurado as informações sobre os contratos da Seguradora; Assistência e atendimento de pedidos; Avaliar se a Seguradora pode oferecer um contrato de seguro e sob que condições.

c) Para atender a interesses legítimos

A Seguradora usa os dados pessoais do Segurado para implementar e desenvolver os contratos de seguro, melhorar a sua gestão de risco e defender direitos legais, incluindo: Comprovativo de pagamento do prémio ou contribuição; Prevenção de fraudes; Gestão de IT, incluindo de infraestruturas (por exemplo: plataformas compartilhadas) e continuidade de negócios e segurança de IT; Estabelecer modelos estatísticos individuais, com base na análise do número e ocorrência de perdas, por exemplo, para ajudar a definir a pontuação de risco de seguro do Segurado; Estabelecer estatísticas agregadas, testes e modelos para pesquisa e desenvolvimento, a fim de melhorar a gestão de risco do grupo de empresas da Seguradora ou para melhorar os produtos e serviços existentes ou criar novos; Implementação de campanhas de prevenção, por exemplo, criação de alertas relacionados com desastres naturais ou riscos de tráfego ou rodoviários; Formação dos colaboradores da Seguradora através da gravação de chamadas telefónicas recebidas e efetuadas pelos seus call centers; Personalização da oferta da Seguradora para o Segurado e de outras entidades do BNP Paribas através de: Melhoria da qualidade dos contratos de

seguro; Anúncio dos contratos de seguro que correspondam a situação e perfil do Segurado. Podendo ser alcançado através de: Segmentar os prospetos e clientes da Seguradora; Análise dos hábitos e preferências do Tomador do Seguro nos vários canais de comunicação que a Seguradora disponibiliza (e-mails ou mensagens, visitas aos sites da Internet da Seguradora, etc.); Combinar os dados dos contratos de seguro do Segurado já subscritos ou para os quais recebeu uma cotação, com outros dados que a Seguradora detenha sobre ele (por exemplo, a Seguradora pode identificar se o Segurado tem filhos, mas ainda não possui seguro de proteção Individual); Organizar competições de prémios, lotarias e campanhas promocionais.

Os dados pessoais do Titular da Apólice podem ser agregados em estatísticas anónimas que podem ser comunicadas às entidades do Grupo BNP Paribas para auxiliá-las no desenvolvimento de negócios. Nesse caso, os dados pessoais do titular da apólice nunca serão divulgados e aqueles que receberem essas estatísticas anónimas não poderão verificar a sua identidade.

Para cumprir as finalidades acima mencionadas, a Seguradora só divulga os dados pessoais do Titular da Apólice aos seguintes indivíduos e entidades: Equipa encarregue da gestão dos contratos do Segurado; Intermediários e parceiros para gestão de contratos de seguro; Cosseguradoras, resseguradoras e fundos de garantia; Partes interessadas no contrato de seguro, tais como: tomadores de seguro, aderentes e segurados, bem como seus representantes; Cessionários do contrato e beneficiários da sub-rogação; Pessoas responsáveis por incidentes, vítimas, seus representantes e testemunhas; Instituições de Segurança Social quando envolvem reclamações de seguro ou quando a Seguradora fornece benefícios complementares aos benefícios sociais; Entidades do Grupo BNP Paribas (por exemplo, o Tomador do Seguro pode beneficiar de toda a gama de produtos e serviços do Grupo); Prestadores de serviços; Parceiros bancários, comerciais e de seguros; Autoridades financeiras ou judiciais, árbitros e mediadores, agências estatais ou órgãos públicos, mediante solicitação e na medida permitida por lei; Certos profissionais regulamentados, como profissionais de saúde, advogados, notários, curadores e auditores.

Em caso de transferências internacionais com origem no Espaço Económico Europeu (EEE), em que a Comissão Europeia tenha reconhecido um país não pertencente ao EEE com um nível adequado de proteção de dados, os dados pessoais do Titular serão transferidos nessa base. Nesta situação, não é necessária qualquer autorização específica.

Para transferências para países não pertencentes ao EEE cujo nível de proteção não tenha sido reconhecido pela Comissão Europeia, a Seguradora dependerá de uma derrogação aplicável à situação específica (por exemplo, se a transferência for necessária para executar o contrato com o Segurado, em caso de pagamento internacional) ou implementar uma das seguintes medidas para garantir a proteção dos dados pessoais do Segurado: Cláusulas contratuais padrão aprovadas pela Comissão Europeia; Se aplicável, regras corporativas vinculantes (para transferências internas de um grupo).

Se o Segurado desejar receber mais informações sobre o processamento dos seus dados pessoais pela Seguradora, poderá consultar o aviso de "proteção de dados" diretamente disponível no seguinte endereço http://www.bnpparibascardif.pt/privacidade.

Este Aviso contém todas as informações relativas ao processamento de dados pessoais que a Seguradora, como responsável pelo tratamento de dados, deve fornecer ao Segurado. Isso inclui as categorias de dados pessoais processados, prazos de conservação e os direitos do Segurado.

d) Para qualquer reclamação ou solicitação de informação, o Segurado pode entrar em contacto com:

1. Em primeiro lugar, o correspondente de proteção de dados local da Seguradora enviando um e-mail para: pt.encarregadoprotecaodados@cardif.com ou através de correio postal para:
BNP Paribas CARDIF
Rua Galileu Galilei, Torre Ocidente, 10º B
1500-392 Lisboa

2. O encarregado de proteção de dados (DPO) do Grupo BNP Paribas enviando um e-mail para: dpo.portugal@bnpparibas.com ou através de correio postal para:
BNP Paribas
Torre Ocidente – Rua Galileu Galilei, nº2 – 13º Piso, 1500-392 Lisboa

12.1. Apresentação de Participação de Sinistro: Nomeadamente, ao apresentar um sinistro, o Tomador do Seguro pode por vezes ser obrigado a fornecer à Seguradora dados relativos ao estado da sua saúde.

12.2. Preenchimento de Declaração de Boa Saúde:
Ao subscrever a apólice, o Segurado, quando aplicável, poderá por vezes ter que fornecer à Seguradora dados sobre o estado de sua saúde, por exemplo, ao preencher uma declaração de boa saúde, um questionário médico ou ao realizar formalidades médicas.

13. Direito ao Esquecimento
No âmbito do direito ao esquecimento, consagrado na Lei n.º 75/2021, de 18 de novembro, as pessoas que tenham superado ou mitigado situações de risco agravado de saúde ou deficiência têm, na qualidade de consumidor, direito ao esquecimento na contratação de seguros associados a crédito à habitação e a crédito aos consumidores.

O direito ao esquecimento garante que nenhuma informação de saúde relativa à situação médica que originou o risco agravado de saúde ou a deficiência pode ser recolhida ou objeto de tratamento pela Seguradora em contexto pré-contratual, desde que tenham decorrido, de forma ininterrupta:

- 10 anos desde o término do protocolo terapêutico, no caso de risco agravado de saúde ou deficiência superada;
- 5 anos desde o término do protocolo terapêutico, no caso de a patologia superada ter ocorrido antes dos 21 anos de idade;
- 2 anos de protocolo terapêutico continuado e eficaz, no caso de risco agravado de saúde ou deficiência mitigada.

Decorridos os prazos *supra* referidos, o Tomador do Seguro e o Segurado têm o direito de não comunicar à Seguradora informação de saúde relativa à situação de risco agravado de saúde ou de deficiência que o Segurado tenha superado ou mitigado, tendo o direito de responder negativamente a qualquer questão colocada pela Seguradora relativamente a tal situação, no âmbito da declaração inicial do risco (Boletim de Adesão/Proposta de Seguro, questionário médico ou declaração de boa saúde, consoante aplicável), quando se enquadrem numa situação legal de Direito ao Esquecimento.

O Tomador do Seguro e o Segurado podem, se aplicável, informar a Seguradora, durante o período de vigência do presente Contrato, que o Segurado superou ou mitigou situações de risco agravado de saúde.

13.1. Em caso de dúvida sobre se a sua situação se encontra abrangida pelo Direito ao Esquecimento, consulte o seu médico. É recomendável que o Tomador do Seguro ou Segurado confirme junto do mesmo que cumpre os requisitos legais aplicáveis ao Direito ao Esquecimento.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

I. COBERTURAS

I. APÓLICE NÃO VIDA (V1.12953/627): HOSPITALIZAÇÃO MOTIVADA POR ACIDENTE (H Ac)

1. OBJETO DA APÓLICE

A presente Apólice garante, em caso de internamento do Segurado, por um período igual ou superior a 24 horas, numa qualquer Unidade Hospitalar reconhecida pelas entidades públicas competentes, motivado por acidente e que o mesmo à data do sinistro tenha entre 40 e 85 anos (inclusive), o pagamento de uma indemnização pela Seguradora nos termos e limites definidos na Cláusula 6ª abaixo.

2. COBERTURA

HOSPITALIZAÇÃO MOTIVADA POR ACIDENTE (H Ac): situação física reversível, constatada clinicamente, motivada por causa alheia à vontade do Segurado, derivada de acidente (H Ac), que implique o seu internamento por um período igual ou superior a 24 horas, e que o mesmo tenha à data de ocorrência do sinistro entre 40 anos e 85 anos (inclusive), encontrando-se o mesmo internado numa instituição hospitalar e que implique a total impossibilidade de este exercer as suas atividades diárias por tempo determinado.

3. ÂMBITO TERRITORIAL

A presente apólice é válida para Sinistros ocorridos em território português.

4. EXCLUSÕES ESPECÍFICAS

As exclusões gerais e ainda as seguintes:

i) Qualquer condição (consequência de recaídas, doença ou acidente) que o Segurado tinha na data de início do contrato ou para a qual o Segurado recebeu aconselhamento ou tratamento médico, com exceção das situações protegidas pelo Direito ao Esquecimento;
ii) Tentativa de suicídio;
iii) Ato provocado voluntariamente pela Pessoa Segura;
iv) Consumo de álcool, estupefacientes ou outras drogas não prescritas, ou em doses não prescritas, por qualquer médico;
v) Participação voluntária do segurado em desafios, disputas ou rixas suscetíveis de pôr a sua integridade física em risco, salvo em situação de legítima defesa ou tentativa de salvamento de pessoas ou bens;
vi) Prática de qualquer desporto a nível profissional ou de risco particularmente elevado (p. ex.: alpinismo, para-quedismo, artes marciais, desportos de inverno, boxe, tauromaquia, espeleologia, caça grossa e outros de semelhante nível de periculosidade), bem como a participação em competições de veículos motorizados ou aeronaves;
vii) Acidentes resultantes das seguintes práticas, consideradas como agravadoras do risco, e as suas sequelas, consequências, reincidência: pesca subaquática, windsurf, desportos aéreos e/ou uso de qualquer embarcação aérea (exceto o uso regular de voos comercias), desportos de combate, ciclismo de competição, equitação, desportos de neve ou gelo (exceto prática amadora de ski, surf, skating), montanhismo, escalada, canoagem (incluindo motas de água), navegar a mais de 20 milhas da costa, desportos subaquáticos, desportos motorizados, motociclos com uma capacidade superior a 125 cm3;
viii) Utilização de veículos motorizados de duas rodas, como condutor ou passageiro, sem uso de capacete de proteção;
ix) Condução de qualquer veículo motorizado sem habilitação legal para o efeito ou sob efeito de álcool ou estupefacientes;
x) Prática ou envolvimento em atividades perigosas como a manipulação de explosivos ou armas de fogo;
xi) Quaisquer tratamentos, situações ou intervenções, a pedido do Segurado, por razões estéticas;
xii) Esterilização, inseminação artificial, investigação/diagnóstico e tratamento da

infertilidade;

xiii) Stress, ansiedade, depressão, perturbações mentais ou nervosas ou qualquer condição de origem psiconeurótica e suas consequências;

xiv) Parto, gravidez ou interrupção voluntária ou espontânea da gravidez;

xv) Dores nas costas ou lombalgias;

xvi) Afeções por neuropatias ou algiopatias cujos sintomas ou manifestações não tenham comprovação clínica, bem como psicopatias de qualquer natureza.

5. IDADES MÁXIMAS DE COBERTURA DE SINISTROS

Hospitalização motivada por acidente (H Ac): dos 40 anos até aos 85 anos (inclusive).

6. FUNCIONAMENTO DA GARANTIA

Em caso de hospitalização motivada por acidente (H Ac) do Segurado, e que tiver à data do sinistro entre 40 e 85 anos (inclusive), por um período igual ou superior a 24 horas, numa qualquer Unidade Hospitalar reconhecida pelas entidades públicas competentes, o Segurador garante ao Segurado, uma indemnização de € 30 (trinta euros) por dia, até ao período máximo de 30 (trinta) dias por sinistro e 6 (seis) meses por contrato, de modo a fazer face a despesas em que tenha que incorrer em consequência do sinistro.

7. MÁXIMOS DE INDEMNIZAÇÃO

Até ao montante máximo de € 900 (novecentos euros) por sinistro e até ao montante máximo de € 5400 (cinco mil e quatro centos euros) por contrato.

8. CARÊNCIA

Hospitalização motivada por acidente (H Ac): Não Aplicável.

9. FRANQUIA:

Hospitalização motivada por acidente (H Ac): 24 (vinte e quatro) horas (franquia relativa).

10. PERÍODO DE REQUALIFICAÇÃO

Hospitalização motivada por acidente (H Ac): Não Aplicável.

I. APÓLICE NÃO VIDA (V1.13054/628): QUEBRA DE OSSOS (QO)

1. OBJETO DA APÓLICE

A presente Apólice garante, em resultado de acidente do Segurado, uma quebra (total ou parcial) de um dos ossos abaixo indicados na Cláusula 2ª, o pagamento de uma indemnização pela Seguradora nos termos e limites definidos na Cláusula 6ª abaixo.

2. COBERTURA

QUEBRA DE OSSOS (QO): situação em que na sequência de um acidente do Segurado se verifica uma quebra (total ou parcial) de um dos ossos abaixo indicados, e em que à data do sinistro o Segurado tenha entre 40 e 85 anos (inclusive), o Segurador pagará à Pessoa Segura uma indemnização nos termos e limites definidos na Cláusula 6ª abaixo, de modo a fazer face a despesas em que tenha que incorrer em consequência do sinistro:

i. Ossos da coluna vertebral (cervicais, torácicos, lombares);
ii. Ossos da Pélvis;
iii. Úmero, rádio, cubito;
iv. Tíbia, fémur, fíbula, rótula;
v. Ossos do crânio e da face (exceto os ossos nasais);
vi. Costelas e externo;
vii. Clavícula e omoplata;
viii. Ossos do carpo e do metacarpo;
ix. Ossos do tarso e do metatarso.

3. ÂMBITO TERRITORIAL.

A presente apólice é válida para Sinistros ocorridos em território português.

4. EXCLUSÕES ESPECÍFICAS

As exclusões gerais, as previstas para as garantias de (H Ac) e ainda a seguinte:

i. Osteoporose.

5. IDADES MÁXIMAS DE COBERTURA DE SINISTROS

Quebra de Ossos (QO): dos 40 anos até aos 85 anos (inclusive).

6. FUNCIONAMENTO DA GARANTIA

Em caso de se verificar a quebra de ossos (QO) indicados na Cláusula 2ª acima, na sequência da ocorrência de um acidente do Segurado, que tiver à data do sinistro entre 40 e 85 anos (inclusive), o Segurador garante ao Segurado, uma indemnização nos termos

seguintes:

a) Em caso de QO de um dos ossos abaixo indicados, o Segurador pagará ao Segurado, até ao montante máximo de € 1000 (mil) euros por sinistro e até ao montante máximo de € 3000 (três mil) euros por cada ano de vigência do contrato de seguro:
a.1. Ossos da coluna vertebral (cervicais, torácicos, lombares);
a.2. Ossos da Pélvis;
a.3. Úmero, rádio, cubito;
a.4. Tíbia, fémur, fíbula, rótula;
a.5. Ossos do crânio e da face (exceto os ossos nasais).

b) Em caso de QO de um dos ossos abaixo indicados, o Segurador pagará ao Segurado, até ao montante máximo de € 500 (quinhentos) euros por sinistro e até ao montante máximo de € 3000 (três mil) euros por cada ano de vigência do contrato de seguro:
b.1. Costelas e externo;
b.2. Clavícula e omoplata;
b.3. Ossos do carpo e do metacarpo;
b.4. Ossos do tarso e do metatarso.

Em caso de sinistro de QO que afetar simultaneamente ossos indicados nas alíneas a) e b) acima da presente Cláusula, a Seguradora pagará ao Segurado o valor do osso com o montante indemnizatório mais elevado, sempre até ao montante máximo de € 3000 (três mil) euros por cada ano de vigência do presente contrato de seguro.

Durante os 4 (quatro) meses seguintes à ocorrência do sinistro de QO abrangido pela presente cobertura, caso se trate de ossos diferentes e de 12 (doze) meses seguintes à ocorrência do sinistro de QO, caso se trate do mesmo osso, não será aceite pela Seguradora qualquer sinistro abrangido pela presente garantia.

7. MÁXIMOS DE INDEMNIZAÇÃO

Até ao montante máximo de € 1000 (mil euros) por sinistro e até ao montante máximo de € 3000 (três mil euros) por cada ano de vigência do presente contrato de seguro.

8. CARÊNCIA

Quebra de Ossos (QO): Não Aplicável.

9. FRANQUIA

Quebra de Ossos (QO): Não Aplicável.

10. PERÍODO DE REQUALIFICAÇÃO

Quebra de Ossos (QO):

a) **Para sinistros de QO que incidam sobre diferentes tipos de ossos:** 4 (quatro) meses.
b) **Para sinistros de QO que incidam sobre o mesmo tipo de ossos:** 12 (doze) meses.

A) SERVIÇOS DISPONÍVEIS EM CASO DE OCORRÊNCIA DE UM SINISTRO COBERTO PELO PRESENTE CONTRATO DE SEGURO

A Pessoa Segura tem acesso e poderá usufruir, querendo, dos serviços melhor identificados abaixo, nos termos e com os limites abaixo estabelecidos:

	SERVIÇOS	CO-PAGAMENTO A CARGO DA PESSOA SEGURA	ACESSO AOS SERVIÇOS POR CADA PESSOA SEGURA		
			SINISTRO	ANUIDADE	CONTRATO
1	LINHA DE ATENDIMENTO TELEFÓNICO 24 H	Custo da Chamada Telefónica	s/limite	s/limite	s/limite
2	LINHA DE ACONSELHAMENTO MÉDICO 24 H	Custo da Chamada Telefónica	s/limite	s/limite	s/limite
3	ENVIO DE MÉDICO AO DOMICÍLIO	15 Euros por visita	s/limite	s/limite	s/limite
4	ENVIO DE MEDICAMENTOS AO DOMICÍLIO	Custo dos Medicamentos	s/limite	s/limite	s/limite
5	TRANSPORTE EM AMBULÂNCIA	Preços convencionados	1 Serviço gratuito		s/limite
6	SERVIÇO DE ENFERMAGEM AO DOMICÍLIO	25 Euros por visita	3 Visitas gratuitas		33 Visitas
7	ENVIO DE AUXILIAR AO DOMICÍLIO	-	Max. 30/horas Min 2h/serviço 30 dias	-	-
8	TRANSPORTE DE TERCEIRA PESSOA PARA CUIDAR DE	-	-	-	-

	ASCENDENTES EM 1.º GRAU				
9	TRANSPORTE DE ASCENDENTES EM 1.º GRAU	-	-	-	-
10	ENVIO DE AUXILIAR AO DOMICÍLIO PARA CUIDAR DE ASCENDENTES EM 1.º GRAU	-	Max. 30/horas Min 2h/serviço	-	-
11	ASSISTÊNCIA PESSOAL	-	Max. 30/horas Min 2h/serviço 30dias	-	-
12	ALOJAMENTO DE TERCEIRA PESSOA	-	Max. 60€ / dia Max. 2 dias	-	-
13	TRANSPORTE DE TERCEIRA PESSOA PARA JUNTO DA PESSOA SEGURA HOSPITALIZADA	-	-	-	-
14	ENVIO DE AUXILIAR AO DOMICÍLIO PARA CUIDAR DE NETOS A CARGO DA PESSOA SEGURA	-	Max. 24/horas Min 2h/serviço 30 dias	-	-
15	TRANSPORTE DE NETOS A CARGO DA PESSOA SEGURA PARA O ESTABELECIMENTO DE ENSINO	-	Max. 2 viagens ida e volta / dia Max. 10 dias 30 dias	-	-
16	ACESSO A REDE MÉDICA	Preços Convencionados (1)	s/limite	s/limite	s/limite
17	ACESSO A REDE DE MEDICINA DENTÁRIA	Pacote Saúde Oral – 15 euros Restantes atos médicos - Preços Convencionados	s/limite	s/limite	s/limite
18	ACESSO A REDE DE BEM-ESTAR	Descontos convencionados	s/limite	s/limite	s/limite
19	ACESSO A REDE DE FARMÁCIAS	Descontos convencionados Até 15%	s/limite	s/limite	s/limite
20	ACESSO A REDE DE ÓTICAS	Descontos convencionados Até 30%	s/limite	s/limite	s/limite

(1) PREÇOS CONVENCIONADOS

Atos Médicos	Preços/Descontos Máximos
Consulta de Clínica Geral	Até 37,50 Euros
Consulta de Especialidade	Até 37,50 Euros
Consulta de Pediatria	Até 37,50 Euros
Consulta de Urgência	Até 60,71 Euros
Exames Médicos	Descontos até 40% P.V.P.
Internamento	Descontos até 25% P.V.P.
Ainda que façam parte da Rede Médica Convencionada, os valores acima referidos não são aplicáveis nas unidades hospitalares do grupo José de Mello Saúde (CUF) nem em quaisquer prestadores ou unidades hospitalares localizadas na Madeira e/ou nos Açores. Para obter mais informação sobre estes prestadores, a Pessoa Segura deve ligar previamente para a Linha de Atendimento.	

I – SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA :

1. LINHA DE ATENDIMENTO TELEFÓNICO PERMANENTE (24 HORAS): (+351) 210 054 116

O Segurador, através dos serviços de assistência, disponibilizará uma linha gratuita de atendimento telefónico permanente (24 horas por dia), através da qual a Pessoa Segura poderá obter informações sobre as garantias do produto, bem como sobre o seu funcionamento.

O Segurador, através da Linha Gratuita de Atendimento Telefónico Permanente, poderá ainda prestar, a título meramente informativo e por solicitação da Pessoa Segura, informação sobre: Clínicas Médicas, Hospitais, Médicos, Centros de reabilitação, de Raio X, análises e outros meios de diagnóstico, para consulta externa de especialidade em Portugal.

2. ACONSELHAMENTO MÉDICO TELEFÓNICO:

Através da linha gratuita de atendimento telefónico permanente (24 horas por dia), a Pessoa Segura poderá solicitar à equipa Médica do Segurador disponível, informações médicas ou de simples aconselhamento. Caso não seja possível fornecer uma resposta imediata, o Segurador diligenciará no sentido de efetuar a procura das informações solicitadas, voltando a contactar com a Pessoa Segura para lhe transmitir as respetivas informações.

O Segurador não será responsável por interpretações e/ou conclusões que a Pessoa Segura retire das informações prestadas, nem de eventuais consequências das mesmas. As informações médicas prestadas não poderão ser entendidas como uma consulta médica, mas tão-somente como uma orientação de natureza genérica, prestada por um dos médicos assistentes do

Segurador.

3. ENVIO DE MÉDICO AO DOMICÍLIO:

Em caso de ocorrência de sinistro coberto pelo presente contrato de seguro, o Segurador, através dos serviços de assistência, disponibiliza à Pessoa Segura o envio de um médico ao domicílio 24 horas por dia (fins-de-semana e feriados incluídos), mediante um co-pagamento a cargo da Pessoa Segura, a efetuar no ato da consulta diretamente ao Médico, nos termos e condições estabelecidas nas presentes Condições Especiais.

Caso, por razões de disponibilidade imediata, não seja possível, dentro do horário e dias anteriormente estabelecidos, localizar um Médico disponível para efetuar a consulta domiciliária, o Segurador organizará e suportará o custo do transporte da Pessoa Segura até à Unidade Hospitalar mais próxima da sua residência.

Seja em que circunstâncias for, esta garantia substitui ou pode ser considerada como um serviço de emergência público.

4. ENVIO DE MEDICAMENTOS AO DOMICÍLIO:

Em caso de ocorrência de sinistro coberto pelo presente contrato de seguro o Segurador, através dos serviços de assistência, disponibiliza a organização da entrega de medicamentos ao domicílio, desde que a Pessoa Segura seja possuidora de um receituário médico.

O custo com os medicamentos fica sempre a cargo da Pessoa Segura, sendo esta previamente informada, pelos serviços de assistência, sobre o valor que terá que suportar no ato de entrega.

5. TRANSPORTE EM AMBULÂNCIA:

Em caso de ocorrência de sinistro coberto pelo presente contrato de seguro e em caso de necessidade comprovada, o Segurador, através dos serviços de assistência, disponibiliza o envio de uma ambulância para transporte da Pessoa Segura para a Unidade Hospitalar mais próxima do local onde se encontra.

Ficará a cargo do Segurador o custo com o primeiro serviço de transporte (que inclui o trajeto de ida e volta) solicitado em cada anuidade do seguro.

Caso, no âmbito do mesmo pedido ou de outros pedidos que venham a ocorrer, a Pessoa Segura volte a necessitar de ser transportada por meio de ambulância, para além do serviço inicial

garantido, o Segurador, por solicitação da Pessoa Segura, organizará o transporte, ficando, no entanto, o custo com o mesmo a cargo da Pessoa Segura.

O custo dos serviços a cargo da Pessoa Segura, serão previamente informados pelo Segurador aquando de sua solicitação.

Este serviço, em caso algum, substitui o serviço de emergência médica nacional, pelo que, em caso de urgência deverá sempre ligar para o 112.

6. SERVIÇOS DE ENFERMAGEM AO DOMICÍLIO:

Em caso de ocorrência de sinistro coberto pelo presente contrato de seguro, que provoque à Pessoa Segura uma situação de acamamento ou incapacidade física clinicamente comprovadas por relatório médico, que impossibilite a sua mobilidade, o Segurador, através dos serviços de assistência, promoverá a procura e o envio ao domicílio de profissionais de enfermagem durante o tempo necessário à sua recuperação, de acordo com as condições constantes nas Condições Particulares.

II – SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA VIDA DIÁRIA

Os serviços de Assistência Vida Diária, podem ser utilizados nas seguintes situações no âmbito de um sinistro coberto pelo presente contrato de seguro:

i) Quando a Pessoa Segura sofra um acidente que implique a sua hospitalização por um período superior a 48h; OU
ii) Quando a Pessoa Segura sofra um acidente que implique um período de convalescença que a obrigue a permanecer no seu domicílio, por um período superior a 5 (cinco) dias.

Cabe ao Segurador determinar o número de horas de assistência a serem prestadas, mediante uma avaliação objetiva da situação, nomeadamente a autonomia da Pessoa Segura, o tempo de imobilização clinicamente decretado, a incapacidade na elaboração de tarefas básicas, a extensão e gravidade das lesões, o número de ascendentes e/ou descendentes a cargo.

Em caso de discordância por parte da Pessoa Segura sobre o número de horas a serem prestadas, o Segurador reserva-se no direito de solicitar relatórios e/ou exames médicos que tenham sido realizados, de modo a poder efetuar uma avaliação mais precisa da situação.

7. ENVIO DE AUXILIAR AO DOMICÍLIO:

Verificada a incapacidade da Pessoa Segura para o efeito na sequência de um sinistro aceite ao abrigo do presente contrato de seguro, o Segurador organizará e assumirá o custo com o envio de um auxiliar de

apoio domiciliário, para efetuar tarefas básicas relacionadas com a habitação (ex. limpezas diárias, lavagem e passagem de roupa, preparação de refeições, etc.).

O presente serviço tem um limite máximo de utilização de 30 (trinta) horas por sinistro, as quais devem ser utilizadas, necessariamente, nos 30 (trinta) dias seguintes à data de início da ocorrência do mesmo, com períodos mínimos de utilização de 2 (duas) horas.

O presente serviço, por ser subsidiário do serviço de Assistência Pessoal, não são cumuláveis, pelo que, em caso de sinistro coberto pelo presente contrato de seguro, a Pessoa Segura apenas pode acionar um dos mencionados serviços.

8. TRANSPORTE DE TERCEIRA PESSOA PARA CUIDAR DE ASCENDENTES EM PRIMEIRO GRAU:

Verificada a incapacidade da Pessoa Segura para o efeito no âmbito de um sinistro coberto pelo presente contrato de seguro, o Segurador organizará e assumirá o custo do transporte até ao seu domicílio, pelos meios que considere como os mais adequados para o efeito, de uma pessoa por si indicada que resida em Portugal, para prestar assistência a ascendentes em primeiro grau que se encontrem a seu cargo e que residam no seu domicílio.

O presente serviço por ser subsidiário dos serviços de Transporte de Ascendentes em Primeiro Grau e de Auxiliar ao Domicílio para Cuidar de Ascendentes em Primeiro Grau, não são cumuláveis, pelo que, em caso de sinistro coberto pelo presente contrato de seguro, a Pessoa Segura apenas pode acionar um dos mencionados serviços.

9. TRANSPORTE DE ASCENDENTES EM PRIMEIRO GRAU:

Verificada a incapacidade da Pessoa Segura para o efeito, o Segurador organizará e assumirá o custo do transporte de ida e volta, pelos meios que considere como os mais adequados para o efeito, de ascendentes em primeiro grau que se encontrem a seu cargo e que residam no seu domicílio, para a morada de uma pessoa por si indicada que resida em Portugal, para que lhes seja prestada a devida assistência.

O presente serviço, por ser subsidiário dos serviços de Transporte de Terceira Pessoa para Cuidar de Ascendentes em Primeiro Grau e de Envio de Auxiliar ao Domicílio para Cuidar de Ascendentes em Primeiro Grau, não são cumuláveis, pelo que, em caso de sinistro, a Pessoa Segura apenas pode acionar um deles.

10. ENVIO DE AUXILIAR AO DOMICÍLIO PARA CUIDAR DE ASCENDENTES EM PRIMEIRO GRAU:

Em caso de ocorrência de sinistro coberto pelo presente contrato de seguro e verificada a incapacidade da Pessoa Segura para o efeito, o Segurador organizará e assumirá o custo com o envio de um auxiliar de apoio domiciliário, para prestar a seguinte assistência a ascendentes em primeiro grau que se encontrem a seu cargo e que residam no seu domicílio:
i. Apoio na higiene pessoal, duche e/ou banho;
ii. Ajuda a vestir, calçar, ou outra de idêntica natureza;

iii. Deslocações dentro do domicílio;
iv. Ajuda para efeitos de ingestão de alimentos;
v. Ajuda na toma de medicamentos prescritos pelo médico,
vi. Cuidados básicos em caso de incontinência.

O presente serviço tem um limite máximo de utilização de 30 (trinta) horas por sinistro abrangido pelo presente contrato de seguro com períodos mínimos de utilização de 2 (duas) horas consecutivas por dia.

11. ASSISTÊNCIA PESSOAL:

Verificada a incapacidade da Pessoa Segura para o efeito na sequência de um sinistro coberto pelo presente contrato de seguro, o Segurador organizará e assumirá o custo com o envio de um auxiliar de apoio domiciliário, para efeitos da prestação à Pessoa Segura, dos seguintes serviços de assistência:

a) Apoio na higiene pessoal, duche e/ou banho;
b) Ajuda a vestir, calçar, ou outra de idêntica natureza;
c) Deslocações dentro do domicílio;
d) Ajuda para efeitos de ingestão de alimentos;
e) Ajuda na toma de medicamentos prescritos pelo médico;
f) Cuidados básicos em caso de incontinência.

Em caso algum, o presente serviço pode ser acionado para efeitos da prestação de cuidados de saúde, tais como enfermagem, especialidades médicas, etc.

O presente serviço tem um limite máximo de utilização de 30 (trinta) horas por sinistro, as quais devem ser utilizadas, necessariamente, nos 30 (trinta) dias seguintes à data de início do sinistro coberto pelo presente contrato de seguro, com períodos mínimos de utilização de 2 (duas) horas.

O presente serviço, por ser subsidiário do serviço de Envio de Auxiliar ao Domicílio, não são cumuláveis, pelo que, em caso de sinistro coberto pelo presente contrato de seguro, a Pessoa Segura apenas pode acionar um deles.

12. ALOJAMENTO DE TERCEIRA PESSOA:

Caso a Pessoa Segura se encontre hospitalizada ao abrigo de um sinistro coberto pelo presente contrato de seguro e clinicamente se preveja que o internamento tenha uma duração superior a 4 (quatro) dias, o Segurador assumirá os custos de alojamento e pequeno-almoço de uma pessoa por si indicada, para lhe prestar o devido acompanhamento.

O presente serviço tem um limite máximo de € 60 (sessenta euros) por dia, com um máximo de 2 (dois) dias de alojamento, ficando a cargo do utilizador, ainda que a preços convencionados, os encargos supervenientes.

13. TRANSPORTE DE TERCEIRA PESSOA PARA JUNTO DA PESSOA SEGURA HOSPITALIZADA:

Caso a Pessoa Segura se encontre hospitalizada ao abrigo de um sinistro coberto pelo presente contrato de seguro e clinicamente se preveja que o internamento tenha uma duração superior a 4 (quatro) dias, o Segurador organizará e assumirá o custo com o transporte de ida e volta, pelos meios que considere os mais adequados para o efeito, de uma pessoa por si indicada que resida em Portugal, para lhe prestar o devido acompanhamento.

14. ENVIO DE AUXILIAR AO DOMICÍLIO PARA CUIDAR DE NETOS A CARGO DA PESSOA SEGURA:

Verificada a incapacidade da Pessoa Segura para o efeito na sequência de um sinistro coberto pelo presente contrato de seguro, o Segurador organizará e assumirá o respetivo custo com o envio de um auxiliar de apoio domiciliário, para prestar a seguinte assistência a netos menores de 16 anos, que se encontrem a seu cargo no seu domicílio:

a) Acompanhamento até ao estabelecimento escolar;
b) Ajuda em tarefas básicas no domicílio;
c) Companhia no domicílio.

O presente serviço tem um limite máximo de utilização de 24 (vinte e quatro) horas por sinistro abarangido ao abrigo do presente contrato de seguro, com períodos mínimos de utilização de 2 (duas) horas, a serem utilizadas necessariamente nos 30 (trinta) dias seguintes à data de início do sinistro coberto ao abrigo do presente contrato de seguro.

15. TRANSPORTE DE NETOS A CARGO DA PESSOA SEGURA PARA O ESTABELECIMENTO DE ENSINO:

Verificada a incapacidade da Pessoa Segura para o efeito na sequência de um sinistro coberto pelo presente contrato de seguro, o Segurador organizará e assumirá o custo do transporte, pelos meios que considere como os mais adequados para o efeito, de netos menores de 16 anos que se encontrem a seu cargo, de modo a deslocarem-se de e para o estabelecimento de ensino que frequentam.

O presente serviço tem um limite máximo de utilização de 2 (duas) viagens de ida e volta por dia, por um período máximo de 10 (dez) dias, a serem utilizadas necessariamente nos 30 (trinta) dias seguintes à data de início do sinistro coberto ao abrigo do presente contrato de seguro.

1) PROCEDIMENTOS A ADOTAR PARA EFEITOS DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA E VIDA DIÁRIA

Para usufruir dos serviços de Assistência e Vida Diária, a Pessoa Segura deverá contactar a linha de atendimento permanente disponibilizada pelo Segurador.

Os serviços de Assistência e Vida Diária, são sempre geridos pelos serviços de assistência do Segurador, ficando a cargo da Pessoa Segura o co-pagamento previsto nas Condições Particulares da apólice para cada garantia.

No âmbito do presente contrato de seguro, o Segurador não assume qualquer tipo de reembolso de despesas com serviços, transportes, prestação de cuidados ou outras, realizadas no âmbito do serviço de Assistência e Vida Diária, que não tenham sido previamente solicitados ao Segurador através da linha de assistência.

III - ACESSO A REDES CONVENCIONADAS

16. ACESSO A REDE MÉDICA:

O Segurador, através de sua Rede Médica Convencionada, disponibiliza o acesso a um conjunto de prestadores médicos, através dos quais a Pessoa Segura poderá usufruir de benefícios que se traduzem no acesso a atos de medicina ambulatória, consultas de clínica geral e consultas da especialidade, exames clínicos e exames auxiliares de diagnóstico, a preços convencionados, de acordo com as condições constantes nas Condições Particulares.

Os valores convencionados para as consultas de clínica geral, exames clínicos e outros meios complementares de diagnóstico e terapêutica poderão variar de acordo com as condições protocoladas com cada um dos prestadores que integram a Rede Convencionada.

A adesão do prestador de cuidados de saúde à Rede Médica 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.

17. ACESSO A REDE DE MEDICINA DENTÁRIA:

O Segurador disponibiliza, através de sua Rede Convencionada, o acesso a uma Rede de Medicina Dentária, através da qual a Pessoa Segura poderá usufruir de um conjunto de prestações convencionadas de estomatologia, em condições mais favoráveis do que os oferecidos ao público em geral.

18. ACESSO A REDE BEM-ESTAR:

O Segurador, através da Rede Bem-Estar, disponibiliza à Pessoa Segura, de acordo com a opção contratada, o acesso a uma rede de prestadores na área das medicinas complementares e de bem-estar físico e mental, em condições mais favoráveis do que os oferecidos ao público em geral.

Através da Rede de Bem-Estar, o Segurador garante ainda à Pessoa Segura, de acordo com a opção contratada, o acesso a uma rede de prestadores de serviços e de produtos, de natureza não clínica, destinados à Pessoa Segura.

Os descontos convencionados correspondem ao percentual acordado com cada um dos Prestadores e pode variar consoante o tipo de prestador ou produto.

19. ACESSO A REDE DE FARMÁCIAS:

O Segurador, através da sua Rede Convencionada, disponibiliza à Pessoa Segura o acesso a uma rede de farmácias com condições especiais na aquisição de medicamentos, cosmética, puericultura, higiene oral e outros.

Os descontos convencionados correspondem ao percentual acordado com cada um dos Prestadores e pode variar consoante o tipo de prestador ou produto.

20. ACESSO A REDE DE ÓTICAS:

O Segurador, através da sua Rede Convencionada, disponibiliza à Pessoa Segura o acesso a uma rede de óticas com condições especiais na aquisição de óculos graduados, óculos de sol, lentes oftálmicas e lentes de contacto.

Os descontos convencionados correspondem ao percentual acordado com cada um dos Prestadores e pode variar consoante o tipo de prestador ou produto.

1) ÂMBITO E FUNCIONAMENTO DAS REDES CONVENCIONADAS

As Redes Convencionadas, são por natureza mutáveis, pelo que, são constituídas pelo conjunto de Prestadores que, em cada momento, as integram.

O Segurador não é responsável por eventuais alterações que possam ocorrer, durante a vigência do Contrato, nas Redes Convencionadas, nomeadamente, quanto à entrada e/ou saída de Prestadores e/ou alteração de preços convencionados.

A Pessoa Segura poderá obter, em cada momento, informações sobre os Prestadores que integram as Redes Convencionadas, através do site da internet http://www.bnpparibascardif.pt ou através da Linha de Atendimento Telefónico Permanente.

As Redes Convencionadas têm um âmbito nacional.

Para efeitos da utilização das Redes Convencionadas, a Pessoa Segura deverá apresentar-se sempre na posse do Cartão de Adesão que lhe garante o acesso à respectiva Rede, bem como um documento de identificação pessoal, sob pena de não lhe serem disponibilizados os mencionados serviços.

O acesso aos serviços e/ou produtos disponíveis nas Redes Convencionadas pode estar sujeito a co-pagamentos a cargo da Pessoa Segura, de acordo com o estabelecido nas Condições Especiais da presente apólice.

O presente serviço não engloba qualquer tipo de reembolso de despesas efetuadas nas Redes Convencionadas, uma vez que, o valor dos serviços e/ou bens convencionados pressupõe já o custo que fica a cargo da Pessoa Segura (indicado nas presentes Condições Especiais) e do Segurador.

O presente serviço não engloba qualquer tipo de reembolso de despesas efetuadas fora das Redes Convencionadas.

B) PRÉMIO:

O prémio será devido e, consequentemente, pago mensalmente pelo Tomador do Seguro à Seguradora, por débito direto ou por outra forma prevista na lei ou nas Condições Particulares. Sobre o valor apurado, acrescem as taxas e impostos legalmente aplicáveis.

A anulação da autorização do débito direto equivale ao não pagamento do prémio.

O valor mensal do prémio devido pelo Tomador do Seguro, correspondente a todas as apólices que compõem o presente produto contratado, e é calculado de acordo com a aplicação da taxa resultante do somatório da taxa comercial correspondente ao conjunto das garantias, conforme tabela infra, o qual já inclui o valor dos impostos legalmente devidos.

Taxas de Prémios Aplicáveis

Relação entre o prémio e o capital seguro por Garantia:

Garantias	Taxa Comercial	Distribuição (Relação entre o valor do prémio total e a parte respeitante a cada garantia)
Hospitalização motivada por acidente (H Ac)	1,14€	11,55%
Quebra de Ossos (QO)	8,76€	88,45%
TOTAL	9,90€	100%