

Artigo Preliminar

1. Entre a Real Vida Seguros, S.A., adiante designada abreviadamente por Segurador, e o Tomador do Seguro identificado nas Condições Particulares ou no Certificado Individual de Seguro, é celebrado o presente contrato de seguro que se regula pelas presentes Condições Gerais, pelas Condições Particulares ou pelo Certificado Individual de Seguro, e ainda, se contratadas, pelas Condições Especiais, todas desta apólice.

2. Todas as condições desta apólice são contratadas em harmonia e conformidade com as declarações constantes da Proposta de Seguro, e Boletim de Adesão, que lhe serviu de base e com a documentação de carácter clínico necessária à aceitação dos riscos por parte do Segurador, e é parte integrante daquela, registadas no sistema informático da Real Vida Seguros, S.A., seja em suporte físico ou digital por parte do Tomador do Seguro, seja por parte do Mediador de Seguros.

3. As Condições Especiais, caso existam e sejam contratualizadas, preveem regimes específicos para as coberturas previstas nas presentes Condições Gerais ou a cobertura de outros riscos e/ou garantias além dos nestas previstos, sendo os mesmos devidamente identificados nas Condições Particulares ou Certificado Individual de Seguro.

CAPÍTULO I

DEFINIÇÕES

ARTIGO 1.º

DEFINIÇÕES

1. Para efeitos do presente contrato, e/ou sempre que necessário para auxílio no relacionamento entre o Segurador e o Tomador do Seguro, e quando aplicável, entende-se por:

Acidente: Acontecimento de carácter fortuito, imprevisível, súbito e anormal, provocado por causa externa, violenta e alheia à vontade do Tomador do Seguro ou da Pessoa Segura e do Beneficiário, que nestes origine lesões corporais, invalidez permanente, incapacidade temporária ou morte, que possam ser clínica e objetivamente constatadas, e que sejam suscetíveis de provocar o funcionamento das garantias do contrato.

Aderente: Aquele que subscreve a adesão a um Seguro de Grupo.

Apólice: Documento que titula o contrato de seguro celebrado entre o Tomador do Seguro e o Segurador, constituído pelas respetivas Condições Gerais, Especiais, caso existam, Condições Particulares ou Certificado Individual de Seguro, pela Proposta de Seguro ou Boletim de Adesão e o Questionário Individual de Saúde e a documentação de carácter clínico necessária à aceitação dos riscos por parte do Segurador, bem como as posteriores Actas Adicionais.

Apólice Aberta: Apólice de Seguro de Grupo em que o número de pessoas a segurar é variável, iniciando-se com um mínimo de adesões definido, e possibilitando que durante a vigência do contrato ocorram inclusões e exclusões solicitadas pelo Tomador do Seguro.

Acta Adicional: Documento escrito que titula uma alteração ao contrato.

Beneficiário: A pessoa singular ou coletiva definida nas Condições Particulares ou Certificado Individual de Seguro a favor de quem reverte a prestação do Segurador, quando seja devida e decorrente do contrato de seguro.

Boletim de Adesão: Documento preenchido pela Pessoa Segura, em que esta se identifica, presta informações complementares acerca da sua pessoa e expressa a vontade de aderir ao contrato de Seguro de Grupo.

Capital Seguro: Também designado por valor seguro ou limite de indemnização, é o montante estipulado nas Condições Particulares ou Certificado Individual de Seguro do contrato de seguro como sendo o valor máximo de responsabilidade do Segurador em caso de sinistro ocorrido durante o período de vigência do contrato.

Certificado Individual de Seguro: Documento emitido pelo Segurador, para cada uma das Pessoas Seguras, certificando a validade de uma cobertura ou a inclusão num Seguro de Grupo.

Condições Especiais: Disposições que complementam, especificam e esclarecem as Condições Gerais, prevalecendo sobre estas na interpretação dos termos contratuais.

Condições Gerais: Princípios e disposições gerais contratuais, que definem o seu enquadramento e se aplicam a todos os contratos de seguro inerentes a um mesmo ramo, modalidade ou operação.

Condições Particulares: Cláusulas que são acrescentadas e que visam completar ou, até, modificar as Condições Gerais e Especiais de um contrato, dando-lhe um cariz particular, e que expressam os respetivos elementos específicos, precisando, entre outros, o seu início e duração, o(s) período(s) de carência, o(s) risco(s) coberto(s), o(s) capital(is) seguro(s), a(s) franquia(s), o(s) copagamento(s), o prémio, o Tomador do Seguro, a(s) Pessoa(s) Segura(s) e o(s) Beneficiário(s).

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

Dano Material: Prejuízo causado a coisas, bens, materiais, créditos e quaisquer outros direitos patrimoniais.

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

Despesas de Repatriamento: Despesas com transporte clinicamente aconselhado para o domicílio habitual da Pessoa Segura em Portugal.

Despesas de Internamento Hospitalar: Despesas relativas a custos da diária hospitalar, elementos auxiliares de diagnóstico, medicamentos, operações cirúrgicas, assistência médica e de enfermagem, enquanto durar o internamento hospitalar.

Despesas de Funeral: Despesas inerentes à realização do funeral da Pessoa Segura.

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

Doença ou Lesão Pré-existente: Doença, deficiência ou lesão da qual a Pessoa Segura deveria ter conhecimento ou que não poderia ignorar, pela evidência dos sinais e dos sintomas específicos da patologia em causa, pela existência de um diagnóstico, ainda que não definitivo, ou por ter recebido em relação à mesma aviso médico ou tratamento ou outro acto médico, antes da data de subscrição e de início das garantias do contrato de seguro.

Doença ou Malformação Congénita: Doença e/ou malformação que se diagnostica ou identifica durante a gravidez e até 30 (trinta) dias após o nascimento.

Doença Súbita: Alteração involuntária do estado de saúde, inesperada e aguda, que não resulta de um acidente, nem de manifestação de uma doença pré-existente e que implica risco de morte ou perda funcional para a Pessoa Segura, necessitando de assistência médica imediata em ambiente hospitalar.

Elegibilidade: Condição, vínculo ou interesse comum que liga um conjunto de pessoas ao Tomador do Seguro, permitindo-lhes integrar o Grupo Seguro.

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

Franquia: Valor, percentagem ou número de dias que, em caso de sinistro, fica a cargo do Tomador do Seguro e/ou da Pessoa Segura ou de quem demonstrar ser o titular do direito à prestação por parte do Segurador, cujo montante, período ou forma de cálculo se encontra estipulado nas Condições Particulares ou no Certificado Individual de Seguro.

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

Incapacidade Temporária: Impossibilidade física e temporária, suscetível de constatação médica, de a Pessoa Segura exercer a sua atividade normal.

Invalidez Permanente: Perda ou incapacidade funcional, parcial ou total, sem possibilidade de melhoria, de um membro ou órgão da Pessoa Segura, clinicamente constatadas e sobrevindas dentro de 24 (vinte e quatro) meses a contar da data do acidente, e deste direta e exclusivamente resultantes.

Incapacidade Temporária Absoluta (ITA): A situação de completa impossibilidade física da Pessoa Segura que exerça profissão remunerada realizar a sua atividade profissional ou, tratando-se de Pessoa Segura que não exerça profissão remunerada, a situação da Pessoa Segura enquanto estiver hospitalizada ou for obrigada a permanecer acamada no seu domicílio sob tratamento médico;

Lesão: Alteração involuntária do estado de saúde, morfológica ou funcional, causada por acidente, clínica e objetivamente comprovada.

Médico: Licenciado por uma Faculdade de Medicina, legalmente autorizado a exercer a sua profissão e cuja especialidade e inscrição sejam reconhecidas pela Ordem dos Médicos em Portugal, assim como por organismos estrangeiros equivalentes, relativamente aos cuidados de saúde prestados fora do território nacional, excluindo-se expressamente as Pessoas Seguras e qualquer membro da sua família.

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

Período de Carência: Também designado como franquia temporal, é o período mencionado nas Condições Particulares ou no Certificado Individual de Seguro, que medeia entre a data de início do contrato de seguro ou da data de adesão da Pessoa Segura e a data de início de produção de efeitos ou de acionamento de determinadas coberturas, durante o qual as despesas e subsídios correrão por conta e risco da Pessoa Segura. Após esgotado o referido período, tais prestações serão suportadas pelo Segurador, nos termos contratados.

Pessoa Segura: A(s) pessoa(s) mencionada(s) nas Condições Particulares ou no Certificado Individual de Seguro cuja vida, saúde ou integridade física se seguram e no interesse da(s) qual(is) o contrato é celebrado.

Prémio de Seguro: Valor pago pelo Tomador do Seguro, ou pelas Pessoas Seguras, tratando-se de Seguro de Grupo Contributivo, como contrapartida da cobertura acordada e inclui tudo o que seja contratualmente devido, a que acrescem os encargos fiscais e para fiscais.

Proposta de Seguro: Documento escrito ou declaração prestada por meio de gravação telefónica através do qual um proponente singular ou coletivo declara perante o Segurador que pretende subscrever um contrato de seguro, indica os dados individuais, presta todas as informações necessárias à avaliação do risco, confirma ter tomado conhecimento de todas as informações pré-contratuais obrigatórias e consente expressamente na celebração do contrato, devendo ser subscrita por candidatos a Tomador do Seguro e Pessoa Segura, sempre que sejam pessoas diferentes, indicando os seus dados individuais necessários à avaliação do risco.

Questionário Individual de Saúde: Documento anexo à Proposta de Seguro ou todo e qualquer questionário formalizado por meio de contacto telefónico com gravação da chamada ou outro meio telemático, através do qual cada proponente declara os elementos necessários à avaliação do risco pelo Segurador, cuja resposta seja, por este, solicitada para avaliação do risco.

Segurador: Real Vida Seguros, S.A., entidade legalmente autorizada a exercer a atividade seguradora de seguro direto e de resseguro dos ramos vida, doença e acidentes pessoais, com a amplitude permitida por Lei e que celebra, com o Tomador do Seguro, o contrato de seguro, assumindo a cobertura dos riscos contratados.

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

Seguro de Grupo Contributivo: Seguro de Grupo em que as Pessoas Seguras contribuem no todo ou em parte para o pagamento do prémio.

Seguro de Grupo Não Contributivo: Seguro de Grupo em que o Tomador do Seguro suporta a totalidade do pagamento do prémio.

Serviço de Apoio ao Cliente: Serviço através do qual o Tomador do Seguro e as Pessoas Seguras podem obter os esclarecimentos que necessitarem.

Serviço de Atendimento Permanente: Serviço disponível em qualquer momento do dia ou da noite, limitado a uma capacidade mínima de diagnóstico, nomeadamente consulta de clínica geral e exames auxiliares de diagnóstico básico.

Serviço de Assistência: Apoio informativo e de serviços prestado, em nome do Segurador, por uma empresa de assistência.

Serviços Clinicamente Necessários: Serviços de cuidados de saúde, adequados ao tratamento de doença ou acidente enquadrável nas garantias do contrato, cuja necessidade e validade seja clínica e objetivamente constatada.

Sinistro/Ocorrência: O evento ou série de eventos resultantes de uma mesma causa, suscetível de desencadear o acionamento das garantias do contrato de seguro.

Suporte duradouro: Qualquer instrumento que permita ao cliente armazenar informações que lhe sejam dirigidas pessoalmente, de tal forma que possam ser consultadas posteriormente durante um período adequado aos fins a que se destinam, e que permita a reprodução exacta das informações armazenadas.

Tomador do Seguro: A pessoa singular ou coletiva que celebra o contrato de seguro com o Segurador, sendo responsável pelo pagamento do respetivo prémio.

2. Para efeitos, ainda, do presente contrato, e/ou sempre que necessário para auxílio no relacionamento entre o Segurador e o Tomador do Seguro, e quando aplicável, serão supletivamente utilizadas as definições e conceitos estabelecidos em diplomas especificamente e unicamente relacionados com a atividade seguradora.

3. Sempre que a interpretação do texto o permita e se assim se tornar necessário, o masculino será considerado como o feminino, e o singular será considerado como o plural, e vice-versa em ambos os casos.

CAPÍTULO II

OBJECTO DO CONTRATO, GARANTIAS, ÂMBITO E LIMITES

ARTIGO 2.º

OBJECTO DO CONTRATO

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

2. Podem ser contratadas as seguintes coberturas:

a) Morte;

- b) Invalidez Permanente;
- c) Morte ou Invalidez Permanente;
- d) Despesas de Tratamento;
- e) Despesas de Repatriamento;
- f) Despesas de Funeral;
- g) Incapacidade Temporária Absoluta por Internamento Hospitalar;
- h) Incapacidade Temporária;
- i) Despesas de Tratamento e Repatriamento.

ARTIGO 3.º**DEFINIÇÃO DAS COBERTURAS****a) Morte**

1. Em caso de Morte da Pessoa Segura, ocorrida em consequência de acidente coberto e clinicamente constatado o nexo de causalidade com o acidente, o Segurador garante o pagamento do respectivo Capital Seguro ao beneficiário expressamente designado nas Condições Particulares ou Certificado Individual de Seguro.
2. Na falta de designação de beneficiário o pagamento será feito aos herdeiros legais da Pessoa Segura.
3. Salvo convenção em contrário, o capital por Morte só é devido se a mesma ocorrer no decurso de dois anos a contar da data do acidente. O limite referido não é aplicável aos seguros obrigatórios.

b) Invalidez Permanente

1. Em caso de Invalidez Permanente ocorrida em consequência de acidente, o Segurador garante o pagamento do respectivo Capital Seguro à Pessoa Segura, a menos que tenha sido mencionada nas Condições Particulares ou Certificado Individual de Seguro outra pessoa ou entidade legalmente habilitada para esse efeito.
2. Entende-se por Invalidez Permanente a perda ou incapacidade funcional, parcial ou total, sem possibilidade de melhoria, de um membro ou órgão da Pessoa Segura, clinicamente constatadas e sobrevindas dentro de 24 (vinte e quatro) meses a contar da data do acidente, e deste directa e exclusivamente resultantes.
3. O montante da indemnização será obtido pela aplicação ao Capital Seguro, da respectiva percentagem de invalidez permanente estabelecida na Tabela de Desvalorização aplicável.
4. As indemnizações por lesões corporais não mencionadas na tabela, mesmo as mais reduzidas, serão calculadas na proporção da sua gravidade em comparação com as mencionadas na referida tabela, sem ser tomada em linha de conta a actividade profissional da Pessoa Segura.
5. Em qualquer membro ou órgão, os defeitos físicos de que a Pessoa Segura já era portadora serão tomados em consideração ao fixar-se o grau de desvalorização

proveniente do acidente, que corresponderá à diferença entre a Invalidez Permanente já existente e aquela que passou a existir.

6. A incapacidade funcional parcial ou total de um membro ou órgão é assimilada à correspondente perda parcial ou total.

7. Em relação a um membro ou órgão, as desvalorizações acumuladas não podem exceder aquela que corresponderia à perda total desse membro ou órgão.

8. Sempre que de um acidente resultem lesões em mais de um membro ou órgão, a indemnização total obtém-se somando o valor das indemnizações relativas a cada uma das lesões, sem que o total possa exceder o Capital Seguro.

9. Se as consequências de um acidente forem agravadas por doença ou enfermidade anteriores à data daquele, a responsabilidade do Segurador não poderá exceder a que teria se o acidente tivesse ocorrido com uma pessoa não portadora dessa doença ou enfermidade.

10. O Segurador não será, em caso algum, responsável por graus de desvalorização que, durante uma mesma anuidade ou período de vigência, excedam 100% no conjunto de todos os acidentes ocorridos.

11. A percentagem de Invalidez Permanente deverá ser comprovada por diagnóstico médico.

c) Morte ou Invalidez Permanente

1. Em caso de Morte da Pessoa Segura, ocorrida em consequência de acidente coberto e clinicamente constatado o nexo de causalidade com o acidente, o Segurador garante o pagamento do respectivo Capital Seguro ao beneficiário expressamente designado nas Condições Particulares ou Certificado Individual de Seguro.
2. Na falta de designação de beneficiário o pagamento será feito aos herdeiros legais da Pessoa Segura.
3. Salvo convenção em contrário, o capital por Morte só é devido se a mesma ocorrer no decurso de dois anos a contar da data do acidente. O limite referido não é aplicável aos seguros obrigatórios.
4. Em caso de Invalidez Permanente ocorrida em consequência de acidente, o Segurador garante o pagamento do respectivo Capital Seguro à Pessoa Segura, a menos que tenha sido mencionada nas Condições Particulares ou Certificado Individual de Seguro outra pessoa ou entidade legalmente habilitada para esse efeito.
5. Entende-se por Invalidez Permanente a perda ou incapacidade funcional, parcial ou total, sem possibilidade de melhoria, de um membro ou órgão da Pessoa Segura, clinicamente constatadas e sobrevindas dentro de 24 (vinte e quatro) meses a contar da data do acidente, e deste directa e exclusivamente resultantes.
6. O montante da indemnização será obtido pela aplicação ao Capital Seguro, da respectiva percentagem de invalidez permanente estabelecida na Tabela de

Desvalorização aplicável.

7. As indemnizações por lesões corporais não mencionadas na tabela, mesmo as mais reduzidas, serão calculadas na proporção da sua gravidade em comparação com as mencionadas na referida tabela, sem ser tomada em linha de conta a actividade profissional da Pessoa Segura.

8. Em qualquer membro ou órgão, os defeitos físicos de que a Pessoa Segura já era portadora serão tomados em consideração ao fixar-se o grau de desvalorização proveniente do acidente, que corresponderá à diferença entre a Invalidez Permanente já existente e aquela que passou a existir.

9. A incapacidade funcional parcial ou total de um membro ou órgão é assimilada à correspondente perda parcial ou total.

10. Em relação a um membro ou órgão, as desvalorizações acumuladas não podem exceder aquela que corresponderia à perda total desse membro ou órgão.

11. Sempre que de um acidente resultem lesões em mais de um membro ou órgão, a indemnização total obtém-se somando o valor das indemnizações relativas a cada uma das lesões, sem que o total possa exceder o Capital Seguro.

12. Se as consequências de um acidente forem agravadas por doença ou enfermidade anteriores à data daquele, a responsabilidade do Segurador não poderá exceder a que teria se o acidente tivesse ocorrido com uma pessoa não portadora dessa doença ou enfermidade.

13. O Segurador não será, em caso algum, responsável por graus de desvalorização que, durante uma mesma anuidade ou período de vigência, excedam 100% no conjunto de todos os acidentes ocorridos.

14. A percentagem de Invalidez Permanente deverá ser comprovada por diagnóstico médico.

As coberturas de Morte ou Invalidez Permanente não são cumuláveis, pelo que, se a Pessoa Segura falecer em consequência de acidente ocorrido no decurso de dois anos a contar da data do acidente, à indemnização por morte será abatido o valor da indemnização por Invalidez Permanente que eventualmente lhe tenha sido atribuída ou paga relativamente ao mesmo acidente.

d) Despesas de Tratamento

1. O Segurador garante, em consequência de acidente, o pagamento, até à quantia para o efeito fixada nas Condições Particulares ou Certificado Individual de Seguro, das despesas necessárias para o tratamento das lesões sofridas.

2. Por Despesas de Tratamento entendem-se as relativas a honorários médicos e internamento hospitalar, incluindo assistência medicamentosa e de enfermagem, prescritas por médico para fins de tratamento de lesão corporal resultante de acidente, obrigando à utilização dos meios

cl clinicamente adequados à gravidade das lesões.

3. Quando o reembolso das Despesas de Tratamento esteja igualmente garantido por outras apólices de seguro ou outro tipo de garantias, será pago por todas elas na proporção dos respectivos valores garantidos.

4. O reembolso será efectuado em Portugal e em moeda local, contra a entrega da documentação original comprovativa, a quem demonstrar ter efectuado os pagamentos.

5. No caso de despesas efectuadas em moeda estrangeira, a conversão é feita à taxa de câmbio de referência de venda do dia do reembolso da despesa.

6. Salvo disposição em contrário exarada nas Condições Particulares, os médicos e hospitais são da livre escolha da Pessoa Segura.

e) Despesas de Repatriamento

1. O Segurador garante, em consequência de acidente, o reembolso, até à quantia para o efeito fixada nas Condições Particulares ou Certificado Individual de Seguro, das despesas necessárias de repatriamento em transporte clinicamente aconselhado.

2. Por Despesas de Repatriamento, entende-se o pagamento das despesas do primeiro transporte da pessoa sinistrada para o seu domicílio, hospital ou outro local onde lhe deva ser prestada assistência médica.

f) Despesas de Funeral

1. O Segurador garante, em consequência de acidente, até ao Capital Seguro estabelecido nas Condições Particulares ou Certificado Individual de Seguro, o reembolso das despesas de funeral da Pessoa Segura.

2. O reembolso será efectuado em Portugal e em moeda local, contra a entrega da documentação original comprovativa, a quem demonstrar ter efectuado os pagamentos.

3. No caso de despesas efectuadas em moeda estrangeira, a conversão é feita à taxa de câmbio de referência de venda do dia da realização de despesa.

g) Incapacidade Temporária Absoluta por Internamento Hospitalar

1. O Segurador garante no caso de Incapacidade Temporária Absoluta por Internamento Hospitalar resultante de acidente o pagamento à Pessoa Segura do subsídio diário fixado nas Condições Particulares ou Certificado Individual de Seguro, desde que o facto que a determina aconteça no prazo de 180 (cento e oitenta) dias após a data do acidente.

2. O pagamento do subsídio diário mantém-se enquanto subsistir internamento hospitalar por um período não superior a 60 (sessenta) dias, por sinistro, contados da data de internamento da Pessoa Segura e desde que o Internamento Hospitalar seja superior a 3 (três) noites.

3. Este subsídio tem como limite máximo 180 (cento e oitenta) dias por anuidade.

h) Incapacidade Temporária

1. O Segurador garante no caso de Incapacidade Temporária, o pagamento à Pessoa Segura do subsídio diário fixado nas Condições Particulares, Certificado Individual de Seguro ou Condições Especiais, enquanto subsistir a incapacidade e pelo período máximo referido no nº 4 e 5.

Entende-se por Incapacidade Temporária a impossibilidade física e temporária, resultante de acidente, susceptível de constatação médica, de a pessoa segura exercer a sua actividade normal.

2. O pagamento do subsídio diário é efectuado à Pessoa Segura, a menos que tenha sido mencionada nas Condições Particulares ou Certificado Individual de Seguro outra pessoa ou entidade legalmente habilitada para esse efeito.

3. A Incapacidade Temporária pode ser:

a) Incapacidade Temporária Absoluta - quando a Pessoa Segura se encontra na impossibilidade física, clinicamente comprovada, de exercer a sua profissão ou realizar os actos quotidianos da sua vida privada e enquanto estiver hospitalizada ou for obrigada a permanecer acamada no seu domicílio sob tratamento médico.

b) Incapacidade Temporária Parcial – quando a Pessoa Segura, que exerça profissão remunerada, se encontre apenas em parte inibida de realizar a sua actividade profissional, e essa incapacidade seja clinicamente comprovada. Este tipo de incapacidade não confere o direito a qualquer subsídio diário às pessoas seguras que não exerçam uma profissão remunerada.

4. Em caso de Incapacidade Temporária Absoluta o Segurador pagará durante o período máximo de 60 dias o subsídio diário fixado nas Condições Particulares, Certificado Individual de Seguro ou Condições Especiais. Este subsídio é devido a partir da data em que é determinada a incapacidade.

5. Em caso de Incapacidade Temporária Parcial o Segurador pagará durante o período máximo de 360 dias a contar do dia imediato ao da determinação clínica da incapacidade ou no período imediato aquele em que tenha terminado a Incapacidade Temporária Absoluta, não podendo os dois períodos exceder os 360 dias, um subsídio correspondente até metade do fixado nas Condições Particulares, no Certificado Individual de Seguro ou nas Condições Especiais para a Incapacidade Temporária Absoluta, com base na percentagem de incapacidade fixada clinicamente de acordo com a tabela nacional de Incapacidades.

i) Despesas de Tratamento e Repatriamento

1. O Segurador garante, em consequência de acidente,

o reembolso das despesas necessárias para o tratamento das lesões sofridas, bem como das despesas necessárias de repatriamento em transporte clinicamente aconselhado, até à quantia para o efeito fixada nas Condições Particulares, Certificado Individual ou Condições Especiais.

2. Por Despesas de Tratamento entendem-se as relativas a honorários médicos e internamento hospitalar, incluindo assistência medicamentosa e de enfermagem, prescritas por médico para fins de tratamento de lesão corporal resultante de acidente, obrigando à utilização dos meios clinicamente adequados à gravidade das lesões.

3. Por Despesas de Repatriamento, entende-se o pagamento das despesas do primeiro transporte da pessoa sinistrada para o seu domicílio, hospital ou outro local onde lhe deva ser prestada assistência médica.

4. Quando o reembolso das Despesas de Tratamento e de Repatriamento esteja igualmente garantido por outras apólices de seguro ou outro tipo de garantias, será pago por todas elas na proporção dos respectivos valores garantidos.

5. O reembolso será efectuado em Portugal e em moeda local, contra a entrega da documentação original comprovativa, a quem demonstrar ter efectuado os pagamentos.

6. No caso de despesas efectuadas em moeda estrangeira, a conversão é feita à taxa de câmbio de referência de venda do dia do reembolso da despesa.

7. Salvo disposição em contrário exarada nas Condições Particulares, os médicos e hospitais são da livre escolha da Pessoa Segura.

ARTIGO 4.º

ÂMBITO DO CONTRATO

1. Salvo disposição em contrário expressa nas Condições Particulares ou Certificado Individual de Seguro, as coberturas contratadas e concedidas por esta apólice são válidas para os acidentes ocorridos em qualquer parte do mundo que resultem de risco Profissional ou Extra - Profissional durante 24 (vinte e quatro) horas por dia.

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

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

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

3. Salvo disposição em contrário expressa nas Condições Particulares ou Certificado Individual de Seguro, no caso de ocorrência de um acidente imputável ao mesmo evento, que afecte em simultâneo várias Pessoas

Seguras a responsabilidade da Real Vida Seguros fica limitada ao máximo de € 5.000.000,00.

4. Sempre que o limite de € 5.000.000,00 seja excedido, as indemnizações devidas ficam pró rateadas de acordo com a regra proporcional.

ARTIGO 5.º

LIMITES DE IDADE

1. Salvo disposição em contrário expressa nas Condições Particulares, não podem ser abrangidas por esta apólice pessoas com menos de 18 (dezoito) e mais de 64 (sessenta e quatro) anos de idade na data de subscrição do contrato.

2. Salvo acordo prévio em contrário expresso nas Condições Particulares, este contrato caducará automaticamente no termo da anuidade na qual a Pessoa Segura completar 65 (sessenta e cinco) anos de idade.

ARTIGO 6.º

EXCLUSÕES

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

- a) Explosão, libertação de calor e radiações provenientes da cisão ou fusão de átomos ou radioactividade, e contaminações inerentes, e ainda os decorrentes de radiações provocadas pela aceleração artificial de partículas;
- b) Crimes e/ou actos ou omissões dolosas ou grosseiramente negligentes praticadas pelo Tomador do Seguro, Beneficiário ou Pessoa Segura, bem como por aqueles pelos quais sejam civilmente responsáveis;
- c) Acções praticadas pela Pessoa Segura sobre si própria, mutilações voluntárias ou a sua tentativa ainda que estes actos sejam cometidos em estado de incapacidade de discernimento, incluindo também aqui o suicídio ou a sua tentativa;
- d) Acções ou omissões notoriamente perigosas que envolvam perigo iminente para a integridade física ou saúde da Pessoa Segura e que não sejam justificados pelo exercício da profissão da mesma;
- e) Tratamentos, designadamente de reabilitação, que não sejam efectuados por profissionais de saúde devidamente habilitados ou sem diagnóstico clínico e sem orientação médica;
- f) Cirurgias plásticas ou estéticas, excepto se em consequência de acidente coberto pelas garantias da apólice;
- g) Tratamentos do foro psiquiátrico;
- h) Despesas de tratamento e estadia em sanatórios, termas, casas de repouso e outros estabelecimentos similares;
- i) Situações originadas por anomalias congénitas,

incapacidades físicas ou mentais e defeitos físicos existentes e do conhecimento da Pessoa Segura à data do início das garantias da Apólice;

j) Acções ou omissões praticadas pela Pessoa Segura quando acuse consumo de produtos tóxicos, estupefacientes ou outras drogas fora de prescrição médica, bem como quando lhe for detetado um grau de alcoolémia no sangue superior ao mínimo legal fixado na lei para a condução automóvel, ou quando resultem de apostas e desafios;

k) Enfarte do Miocárdio e Acidente Vascular Cerebral, ou quaisquer outras doenças, quando não se prove por diagnóstico médico inequívoco e indiscutível que são consequência directa do acidente, bem como qualquer doença súbita que ocorra no âmbito da prática de desportos radicais;

l) O(s) agravamento(s) de um acidente, em consequência de doença ou acidente pré-existente, não podendo, nesse caso, a responsabilidade do Segurador exceder aquela que lhe assistiria se o acidente tivesse ocorrido a uma pessoa não portadora dessa doença ou enfermidade;

m) Pandemias ou epidemias;

n) Acidentes resultantes da inobservância de disposições legais ou regulamentares, preventivas ou punitivas, aplicáveis em geral, ou em especial à prática das diversas actividades desportivas, culturais ou recreativas. A presente exclusão aplica-se, ainda que o acidente resulte da inobservância de disposições legais ou regulamentares de terceiro, quando essa circunstância for do conhecimento da Pessoa Segura;

o) Prática de desporto amador federado ou profissional, ou de provas desportivas, ainda que amadoras não federadas, integradas em campeonatos e respectivos treinos;

p) Desportos Radicais;

q) Prática das seguintes actividades: Desportos motorizados; Desportos de inverno; Páraquedismo; Esqui aquático; Mergulho; Boxe; Prática de artes marciais; Asa delta; Voo sem motor; Prática de caça a animais ferozes;

r) Guerra, declarada ou não, invasão, acto de inimigo estrangeiro, hostilidades ou operações bélicas, guerra civil, insurreição, rebelião ou revolução, bem como os causados acidentalmente por engenhos explosivos ou incendiários;

s) Levantamento militar ou acto do poder militar legítimo ou usurpado;

t) Greves, tumultos ou alterações da ordem pública, actos de terrorismo, vandalismo, maliciosos ou de sabotagem;

u) Acidentes decorrentes da utilização de veículos motorizados de duas rodas ou três rodas e moto quatro;

v) Utilização, como passageiro, de qualquer tipo de aeronaves, que não sejam as de carreiras comerciais devidamente autorizadas pela Comissão Europeia;

- w) Participação em competição de velocidade;
- x) Exercício das seguintes actividades profissionais:
- i. Electricistas – Alta tensão;
 - ii. Mineiros - trabalho de subsolo e/ou com explosivos;
 - iii. Pescadores - alto mar;
 - iv. Pilotos, co-pilotos e tripulação de navios e aviões;
 - v. Pedreiros com uso de explosivos;
 - vi. Construção civil e actividades associadas - trabalho em altura superior a 10m;
 - vii. Instalação/ Montagens de vidros, painéis solares, luminosos e/ou de publicidade, torres de comunicações e de electricidade - trabalho em altura superior a 10m;
 - viii. Limpeza/ Manutenção exterior de prédios inclusive de vidros, painéis solares, luminosos e/ou de publicidade, torres de comunicações e de electricidade - trabalho em altura superior a 10m;
 - ix. Tauromaquia;
 - x. Pirotécnico;
 - xi. Lenhador – Corte e abate de árvores;
 - xii. Agricultor com utilização de máquinas;
 - xiii. Bombeiros; actividades relacionadas com forças militares ou militarizadas; forças especiais de Polícia;
- y) Acompanhantes, telefones e outras despesas extra realizadas durante o internamento hospitalar;
- z) Qualquer sinistro ocorrido fora de território nacional, quando o período de estadia supere os 12 meses consecutivos, na anuidade;
- aa) Cataclismos da natureza, tais como ventos ciclónicos, terremotos, maremotos e outros fenómenos análogos e ainda resultantes da acção de raio;
2. A Pessoa Segura e/ou Beneficiário(s) perdem o direito à indemnização se agravarem, voluntária e intencionalmente, as consequências do sinistro ou se usarem de fraude, simulação ou quaisquer outros meios dolosos, bem como de documentos falsos para justificarem a sua reclamação.
3. O presente contrato não garante o risco de morte a menores de 14 anos de idade ou daqueles que por anomalia psíquica ou outra causa se mostrem incapazes de governar a sua pessoa, salvo nas situações legalmente previstas.

CAPITULO III

CONTRATO - FORMAÇÃO, RISCO, INÍCIO, DURAÇÃO, RENÚNCIA, CESSAÇÃO

ARTIGO 7.º

BASE DO CONTRATO

O contrato é constituído pela Proposta de Seguro, pelo Boletim de Adesão e pelo Questionário Individual de Saúde de cada Pessoa Segura, bem como toda a documentação de carácter clínico necessária à aceitação por parte do Segurador e determinante para avaliação do risco coberto.

ARTIGO 8.º

DECLARAÇÃO INICIAL DO RISCO E INEXATIDÕES

1. O Tomador do Seguro e a Pessoa Segura estão obrigados, antes da celebração do contrato, a declarar com exatidão todas as circunstâncias que conheçam e razoavelmente devam ter por significativas para a apreciação do risco pelo Segurador.
2. O disposto no número anterior é igualmente aplicável a circunstâncias cuja menção não seja solicitada em questionário fornecido pelo Segurador para o efeito.
3. A inexatidão na declaração inicial do risco pode provocar a cessação ou a modificação do contrato.
4. Em caso de incumprimento doloso do disposto no n.º 1, de acordo com os termos e com as consequências previstas na Lei, o contrato é anulável, mediante declaração enviada pelo Segurador ao Tomador do Seguro, nos seguintes termos:
 - a) Não tendo ocorrido sinistro, esta declaração deve ser enviada no prazo de três meses a contar do conhecimento daquele incumprimento, tendo o Segurador direito ao prémio devido até o final do prazo, salvo se tiver ocorrido dolo ou negligência grosseira do Segurador ou do seu representante;
 - b) Em caso de sinistro ocorrido antes de o Segurador ter tido conhecimento do incumprimento doloso ou no decurso do prazo previsto na alínea a), o sinistro não será coberto e aplicar-se-á o regime geral da anulabilidade;
 - c) Em caso de dolo do Tomador do Seguro ou da Pessoa Segura com o propósito de obter uma vantagem, o prémio é devido até ao termo do contrato.
5. Em caso de incumprimento com negligência do disposto no n.º 1, e de acordo com os termos e com as consequências previstas na Lei, o Segurador pode, no prazo de três meses a contar do seu conhecimento, optar pela cessação ou alteração do contrato, nos seguintes termos:
 - a) Não tendo ocorrido sinistro, propor uma alteração do contrato, fixando um prazo, não inferior a 14 (catorze) dias, para o envio da aceitação ou, caso a admita, da contraproposta, ou fazer cessar o contrato, demonstrando que, em caso algum, celebra contratos para a cobertura de riscos relacionados com o facto omitido ou declarado inexatamente;
 - b) No caso referido na alínea anterior, o contrato cessa os seus efeitos 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, sendo o prémio devolvido pro rata temporis;
 - c) Em caso de sinistro ocorrido antes da cessação ou da alteração do contrato, cuja verificação ou consequências tenham sido influenciadas por facto relativamente ao qual tenha havido omissões ou inexatidões negligentes,

poder-se-á verificar o seguinte:

i) O Segurador cobre o risco na proporção da diferença entre o prémio pago e o prémio que seria devido, caso, aquando da celebração do contrato, tivesse conhecido o facto omitido ou declarado inexactamente;

ii) O Segurador não cobre o risco e fica apenas vinculado à devolução do prémio, se demonstrar que, em caso algum, teria celebrado o contrato se tivesse conhecido o facto omitido ou declarado inexactamente.

6. Havendo modificação do contrato, o Segurador cobre os sinistros ocorridos anteriormente à modificação cuja verificação ou consequências tenham sido influenciadas por facto relativamente ao qual tenha havido omissões ou inexactidões negligentes, mas apenas na proporção da diferença entre o prémio pago e o prémio que seria devido se, aquando da celebração do contrato, tivesse conhecido o facto omitido ou declarado inexactamente.

7. Havendo cessação do contrato, o Segurador não cobre os sinistros ocorridos antes da cessação, cuja verificação ou consequências tenham sido influenciadas por facto relativamente ao qual tenha havido omissões ou inexactidões negligentes.

ARTIGO 9.º

COMUNICAÇÃO DO AGRAVAMENTO DO RISCO

1. O Tomador do Seguro ou a Pessoa Segura têm o dever de, durante a execução do contrato, no prazo de 14 (catorze) dias a contar do conhecimento do facto, comunicar ao Segurador todas as circunstâncias ou factos suscetíveis de agravar o risco, desde que estas, caso fossem conhecidas pelo Segurador aquando da celebração do contrato, tivessem podido influir na decisão de contratar ou nas condições do contrato.

2. Podem constituir, entre outras, fundamento de agravamento do risco assumido pelo Segurador, as seguintes circunstâncias:

a) Alterações ocorridas ao nível do estado de saúde da Pessoa Segura;

b) A mudança da atividade profissional da Pessoa Segura;

c) A mudança da residência da Pessoa Segura;

3. No prazo de 30 (trinta) dias a contar do momento em que tenha conhecimento do agravamento do risco, o Segurador pode:

a) Apresentar ao Tomador do Seguro novo contrato, que este deve aceitar ou recusar em igual prazo, findo o qual se entende aprovada a modificação proposta;

b) Resolver o contrato, demonstrando que, em caso algum, celebra contratos que cubram riscos com as características resultantes desse agravamento do risco.

ARTIGO 10.º

SINISTRO E AGRAVAMENTO DO RISCO

1. Se antes da cessação ou da alteração do contrato nos

termos previstos no artigo anterior ocorrer o sinistro cuja verificação ou consequência tenha sido influenciada pelo agravamento do risco, o Segurador:

a) **Cobre o risco**, efetuando a prestação convencionada, se o agravamento tiver sido correta e tempestivamente comunicado antes do sinistro ou antes de decorrido o prazo previsto no n.º 1 do artigo anterior, exceto se demonstrar que não celebra contratos que cubram riscos com as características resultantes desse agravamento;

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, exceto se demonstrar que não celebra contratos que cubram riscos com as características resultantes desse agravamento;

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

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

ARTIGO 11.º

INÍCIO E DURAÇÃO DO CONTRATO

1. O presente contrato produz os seus efeitos a partir das zero horas do dia imediato ao da aceitação da Proposta pelo Segurador, desde que o prémio ou fração inicial seja pago.

2. Podem as partes, mediante acordo, estabelecer outra data para a produção de efeitos, não podendo a mesma ser anterior à da receção da Proposta pelo Segurador.

3. As garantias do contrato entram em vigor, para cada Pessoa Segura, às zero horas do dia indicado no respetivo Certificado Individual de Seguro.

4. A adesão da Pessoa Segura ao Seguro de Grupo considera-se efectuada nos termos propostos se, decorridos 30 dias após a recepção da proposta de adesão pelo Tomador do Seguro que seja simultaneamente mediador de seguros com poderes de representação, o segurador não tiver notificado o proponente da recusa ou da necessidade de recolher informações essenciais à avaliação do risco, ou quando, tendo sido solicitadas informações essenciais à avaliação do risco, o Segurador não notifique o proponente da recusa no prazo de 30 dias após a prestação dessas informações, independentemente de estas lhe serem prestadas directamente ou através do Tomador do Seguro que seja simultaneamente mediador de seguros com poderes de representação.

5. Para efeitos do disposto no número anterior, o Tomador do Seguro de grupo contributivo deve fornecer ao proponente cópia da respectiva proposta ou dos documentos em que sejam prestadas informações essenciais à avaliação do risco, nos quais esteja averbada indicação da data em que foram recebidos.

6. O Tomador do Seguro responde perante o segurador pelos danos decorrentes da falta de entrega da proposta ou dos documentos em que sejam prestadas informações essenciais à avaliação do risco ou da respectiva entrega tardia.

7. Da declaração de adesão a um Seguro de grupo contributivo, sem prejuízo das condições específicas da adesão, devem constar todas as condições que, em circunstâncias análogas, deveriam constar de um seguro individual.

8. As Condições Particulares e os Certificados Individuais de Seguro, refletem as coberturas, períodos de carência, franquias e os valores máximos indemnizáveis, de acordo com o previsto nas presentes Condições Gerais e nas Condições Especiais da Apólice.

9. Na falta de estipulação das Partes noutro sentido, o contrato vigora pelo período de um ano e considera-se sucessivamente renovado por períodos de um ano, salvo se qualquer uma das partes o tiver denunciado, por escrito ou por outro meio do qual fique registo duradouro, com a antecedência mínima de 30 (trinta) dias em relação ao termo da anuidade, ou se não for pago o prémio da anuidade subsequente ou da primeira fração desta.

10. Quando o contrato for celebrado por um período de tempo determinado ou não seja renovado o seu período de vigência, os seus efeitos cessam às 24 (vinte e quatro) horas do último dia do referido período.

ARTIGO 12.º

DIREITO DE LIVRE RESOLUÇÃO

1. O Tomador do Seguro, sendo pessoa singular, pode resolver o contrato, sem invocar justa causa, num prazo de 30 (trinta) dias a contar da data de receção da Apólice, mediante comunicação por escrito, em suporte de papel ou outro meio duradouro disponível e acessível ao Segurador, acompanhada da respectiva Apólice.

2. O exercício do direito de livre resolução determina a cessação do contrato, extinguindo todas as obrigações dele decorrentes, com efeitos a partir da celebração do mesmo, isto é, com efeito retroativo, tendo o Segurador direito:

a) Ao valor do prémio calculado pro-rata temporis, na medida em que tenha suportado o risco até à resolução do contrato, e que a cobertura se tenha iniciado a pedido do Tomador do Seguro;

b) Ao montante das despesas razoáveis que tenha efetuado com exames médicos, sempre que esse valor seja imputado contratualmente ao Tomador do Seguro.

ARTIGO 13.º

RESOLUÇÃO E REDUÇÃO DO CONTRATO

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

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

3. A comunicação da resolução do contrato, nos termos previstos neste artigo, deve ser efetuada por escrito, ou por outro meio de que fique registo duradouro, com a antecedência mínima de 30 (trinta) dias relativamente à data em que a mesma produz efeitos.

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

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

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

7. A Pessoa Segura poderá, no Seguro de Grupo contributivo, ser excluída do seguro quando não entregue ao Tomador do Seguro ou ao Segurador, consoante o que estiver convencionado, a quantia destinada ao pagamento do prémio, aplicando-se, com as devidas adaptações, as regras sobre a falta de pagamento de prémios no que respeita à adesão.

8. A Pessoa Segura poderá ainda ser excluída do Seguro de Grupo quando ela ou o beneficiário, com conhecimento daquela, pratique actos fraudulentos em prejuízo do Segurador ou do Tomador do Seguro.

9. A exclusão da Pessoa Segura acima prevista não tem eficácia retroativa e deve ser exercida, por declaração escrita, com aviso prévio de 8 (oito) dias, pelo Segurador.

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

11. O Tomador do Seguro tem direito à resolução do contrato no prazo de 30 (trinta) dias a contar da receção da Apólice:

a) Em caso de incumprimento dos deveres de informação pré-contratual, salvo quando a falta do Segurador não tenha razoavelmente afetado a decisão de contratar ou haja sido acionada a cobertura por terceiro;

b) Quando as condições do contrato não estejam em conformidade com a informação pré-contratual comunicada;

c) Em caso de falta de um elemento legalmente exigido pelas condições do contrato.

ARTIGO 14.º

CADUCIDADE DO CONTRATO

1. No contrato de seguro celebrado por um ano a continuar pelos anos seguintes, o mesmo ou cada uma das adesões caducam automaticamente:

a) No termo da anuidade em que a Pessoa Segura completar a idade limite estabelecida nas garantias do contrato;

b) No termo da anuidade em que a Pessoa Segura deixe de reunir as condições que lhe permitiram integrar o grupo seguro.

2. No contrato de seguro celebrado por tempo determinado o mesmo caduca na data do seu termo, fixada nas Condições Particulares.

CAPITULO IV

BENEFICIÁRIOS, PESSOAS SEGURAS, ALTERAÇÕES E MODIFICAÇÕES DE RISCO E PLANO DE GARANTIAS

ARTIGO 15.º

DESIGNAÇÃO BENEFICIÁRIA

1. Salvo convenção em contrário, a Pessoa Segura designa o(s) beneficiário(s), podendo a designação constar das Condições Particulares ou Certificado Individual de Seguro, de declaração escrita posterior recebida pelo Segurador ou em testamento.

2. Salvo estipulação em contrário, por falecimento da Pessoa Segura, o Capital Seguro é prestado:

a) Na falta de designação do beneficiário, aos herdeiros legais da Pessoa Segura, conforme habilitação de herdeiros apresentada;

b) Em caso de premoriência do beneficiário relativamente à Pessoa Segura, aos herdeiros legais desta;

c) Em caso de premoriência do beneficiário relativamente à Pessoa Segura, tendo havido renúncia à revogação da designação beneficiária, aos herdeiros legais daquele beneficiário;

d) Em caso de comoriência da Pessoa Segura e do beneficiário, aos herdeiros legais deste.

3. Se o Beneficiário for menor, o Segurador depositará a importância devida em nome daquele numa instituição bancária indicada pelo representante legal do menor.

4. Em caso de pluralidade de Beneficiários, o Segurador regularizará por quitação conjunta dos mesmos, por partes iguais, exceto:

a) Se a cláusula beneficiária estipular a percentagem que cabe a cada um dos Beneficiários designados;

b) Se todos os beneficiários forem herdeiros da Pessoa Segura, sendo que neste caso observam-se os princípios prescritos

para a sucessão legítima, salvo disposição em contrário;

c) Se um dos beneficiários tiver falecido antes da Pessoa Segura: a sua parte caberá aos respetivos descendentes, aplicando-se os princípios prescritos para a sucessão legítima.

d) Se a entidade que recebe as quantias for o cabeça de casal da herança, devendo a(s) quantia(s) ser depositadas em instituição bancária indicada por este titulada pela Herança indivisa.

5. O Beneficiário que provoque dolosamente um dano corporal na Pessoa Segura ou que for autor, cúmplice, instigador ou encobridor do homicídio da Pessoa Segura, mesmo que só por tentativa, perde o direito ao recebimento de quaisquer eventuais importâncias seguras, que reverterem para a Pessoa Segura.

6. Salvo convenção em contrário constante das Condições Particulares ou Certificado Individual de Seguro, os beneficiários do contrato de seguro em caso de invalidez permanente e de incapacidade temporária serão sempre as Pessoas Seguras.

ARTIGO 16º

ALTERAÇÃO E REVOGAÇÃO DA CLÁUSULA BENEFICIÁRIA

1. A pessoa que designa o(s) beneficiário(s) pode a qualquer momento revogar ou alterar a designação beneficiária, exceto quando tenha expressamente renunciado a esse direito.

2. Se a Pessoa Segura for distinta do Tomador do Seguro e tiver assinado, juntamente com este, a Proposta de seguro de que conste a designação beneficiária, ou tendo a Pessoa Segura designado o Beneficiário, a alteração da designação beneficiária pelo Tomador do Seguro carece do acordo da Pessoa Segura, o qual será titulado por Acta Adicional.

3. A cláusula beneficiária será considerada irrevogável sempre que exista aceitação do benefício por parte do(s) beneficiário(s) e renúncia expressa do Tomador do Seguro ou da Pessoa Segura ao direito de a alterar.

4. A alteração do(s) beneficiário(s) só será válida a partir do momento em que o Segurador tenha recebido a correspondente comunicação escrita.

5. A renúncia do Tomador do Seguro ou da Pessoa Segura ao direito de alterar a cláusula beneficiária, bem como a aceitação do(s) beneficiário(s), deverão constar de documento escrito cuja validade depende da efetiva comunicação ao Segurador.

6. Sendo a cláusula beneficiária irrevogável, será necessário o acordo prévio do(s) beneficiário(s) para o Tomador do Seguro ou a Pessoa Segura procederem ao exercício de qualquer direito ou faculdade de modificar as condições contratuais sempre que tal modificação tenha incidência sobre os direitos do Beneficiário.

7. O Tomador do Seguro ou a Pessoa Segura podem readquirir o direito pleno ao exercício das garantias contratuais se o(s) beneficiário(s) aceitante(s) comunicar(em) por escrito ao

Segurador que deixou(aram) de ter interesse no benefício.

8. O direito de alterar a designação beneficiária cessa no momento em que o(s) beneficiário(s) adquira(m) o direito ao pagamento das importâncias seguras.

ARTIGO 17.º

ADMISSÃO DE PESSOAS SEGURAS

1. A inclusão de Pessoas Seguras num Seguro de Grupo obriga a preenchimento do Boletim de Adesão e Questionário Individual de Saúde.

2. A eficácia das garantias para as Pessoas Seguras incluídas durante a vigência do contrato fica sujeita aos períodos de carência aplicados.

ARTIGO 18.º

EXCLUSÃO DE PESSOAS SEGURAS

A exclusão de Pessoas Seguras é solicitada mediante comunicação ao Segurador, com uma antecedência mínima de 30 (trinta) dias em relação à data vencimento do contrato, e produzirá efeito na data de vencimento do contrato, exceto em caso de Morte da Pessoa Segura, em que o Segurador devolverá o prémio relativo ao período pago e não decorrido.

ARTIGO 19.º

TRANSFERÊNCIA DE SEGURO

1. A transferência da titularidade do contrato deve ser solicitada pelo Tomador do Seguro, com a aceitação da Pessoa Segura, novo titular do contrato, mediante comunicação ao Segurador, com uma antecedência mínima de 30 (trinta) dias em relação à data de produção de efeitos.

2. Para este efeito será necessário preenchimento de nova Proposta, sendo dispensado o preenchimento do Questionário Individual de Saúde.

ARTIGO 20.º

ALTERAÇÃO AO PLANO GARANTIAS

1. Qualquer alteração às condições contratadas, a vigorar na anuidade seguinte, deverá ser comunicada pelo Segurador ao Tomador do Seguro com uma antecedência mínima de 30 (trinta) dias em relação à data de vencimento do contrato.

2. Caso o Tomador do Seguro não se pronuncie sobre a aceitação ou recusa da alteração proposta no prazo de 30 (trinta) dias, entende-se a mesma como aceite, desde que pago o prémio da anuidade respetiva ou fração deste.

3. Não sendo aceite a Proposta pelo Tomador do Seguro, o contrato deverá ter-se por denunciado pelo Segurador, no termo da anuidade em curso.

CAPITULO V

VALORES SEGUROS E LIMITES DE INDEMNIZAÇÃO

ARTIGO 21.º

VALOR OU CAPITAL SEGURO

1. O Capital Seguro é o montante estipulado nas Condições Particulares do contrato de seguro como sendo o valor máximo de responsabilidade do Segurador em caso de sinistro ocorrido durante o período de vigência do contrato, por Pessoa Segura ou Agregado Familiar, definido para cada uma das coberturas contratadas nas Condições Particulares, Certificado Individual de Seguro ou Condições Especiais, quando aplicáveis.

2. Salvo quando seja determinado por lei, cabe ao Tomador do Seguro indicar ao Segurador, quer no início, quer durante a vigência do contrato, o valor para efeito da determinação do Capital Seguro.

3. As partes podem fixar franquias, escalões de indemnização e outras previsões contratuais que condicionem o valor da prestação a realizar pelo Segurador.

ARTIGO 22.º

REDUÇÃO AUTOMÁTICA DE CAPITAL

Após a ocorrência de um sinistro, o Capital Seguro ficará, até ao vencimento do contrato, automaticamente reduzido do montante correspondente ao valor das prestações atribuídas, sem que haja lugar a estorno de prémio, salvo se o Tomador do Seguro comunicar ao Segurador e este aceitar, que pretende reconstituir esse capital, pagando o correspondente prémio complementar.

CAPITULO VI

PRÉMIO

ARTIGO 23.º

PRÉMIO DE SEGURO

1. O prémio inicial é devido na totalidade na data da celebração do contrato.

2. Por acordo das partes o prémio pode ser fracionado, porém a ocorrência de sinistro implica o vencimento imediato das frações de prémio vincendas.

3. O prémio das anuidades subsequentes é devido na data da respetiva prorrogação.

4. O prémio resultante de eventuais alterações ao contrato é devido na data indicada no aviso para pagamento.

ARTIGO 24.º

PAGAMENTO DO PRÉMIO

1. A cobertura dos riscos depende do prévio pagamento do prémio.

2. O pagamento do prémio é anual, podendo por acordo entre o Segurador e o Tomador do Seguro, ser pago em frações mensais, trimestrais ou semestrais.
3. O prémio ou fração inicial é devido na data da celebração do contrato, dependendo a eficácia deste do respetivo pagamento.
4. O Segurador encontra-se obrigado, até 30 (trinta) dias antes da data em que o prémio ou fração subsequente é devido, a avisar, por escrito, o Tomador do Seguro, indicando nessa data, o valor a pagar, a forma de pagamento e as consequências da falta de pagamento do prémio ou fração.
5. Se tiver sido acordado o pagamento do prémio em frações com periodicidade inferior à trimestral, o Segurador pode optar por não enviar o referido aviso, fazendo, nesse caso, constar de documento contratual as datas de vencimento das frações, os seus montantes e as consequências da falta de pagamento.

ARTIGO 25.º**ALTERAÇÃO DO PRÉMIO**

1. Não havendo alteração das garantias ou do risco, qualquer alteração do prémio, por iniciativa do Segurador, apenas poderá efetivar-se na data de renovação anual do contrato, mediante aviso ao Tomador do Seguro com antecedência mínima de 30 (trinta) dias sobre essa data.
2. No entanto haverá lugar à alteração automática do prémio do contrato, sempre que se verificar mudança de escalão etário da Pessoa Segura, aplicável a partir da data de renovação anual imediatamente seguinte em que tal mudança ocorrer.
3. Em virtude de alteração do risco ou em casos de força maior, por alteração anormal das circunstâncias que determinaram a contratação do seguro, o Segurador poderá propor ao Tomador do Seguro a alteração do valor do prémio fixando um prazo não inferior a 14 (catorze) dias para que este aceite a alteração, e o contrato cessará os seus efeitos 20 (vinte) dias após a receção pelo Tomador do Seguro da proposta de alteração, caso este nada responda ou a rejeite.
4. Para os efeitos da presente cláusula, consideram-se motivos de força maior atendíveis, a necessidade de revisão do valor do prémio resultante de alterações legislativas, regulamentares e/ou fiscais, bem como, resultante da verificação de programas de resgate externo do FMI, CE e BCE, geradores de impactos financeiros negativos e insustentáveis para a manutenção do seguro, demonstradoras de uma efetiva alteração anormal das circunstâncias em que as partes fundaram a decisão de contratar, sendo que tais alterações apenas serão aceitáveis se efetuadas na exacta medida do necessário.

ARTIGO 26.º**AVISO DE PAGAMENTO DOS PRÉMIOS**

1. Na vigência do contrato, o Segurador avisará por escrito

ou por outro meio de que fique registo duradouro, o Tomador do Seguro do montante a pagar, assim como da forma e do lugar de pagamento, com uma antecedência mínima de 30 (trinta) dias em relação à data em que se vence o prémio, ou frações deste.

2. Do aviso constarão as consequências da falta de pagamento do prémio ou de sua fração.

3. Em caso de pagamento do prémio em frações com periodicidade inferior a trimestral, o Segurador pode não enviar o aviso, fazendo constar de documento contratual as datas de vencimento das frações, os respetivos montantes e as consequências da falta de pagamento.

ARTIGO 27.º**FALTA DE PAGAMENTO**

1. A falta de pagamento do prémio inicial, ou da primeira fração deste, ou frações subsequentes, na data do vencimento, determina a resolução automática do contrato a partir da data da sua celebração, deixando de produzir quaisquer efeitos.
2. A falta de pagamento do prémio de anuidades subsequentes, ou da primeira fração destas, na data do vencimento, impede a prorrogação do contrato, pelo que este não se renovará e deixará de produzir quaisquer efeitos.
3. A falta de pagamento de um prémio adicional, na data indicada no aviso, desde que este decorra de um pedido do Tomador do Seguro para alteração da garantia, não implicando agravamento do risco inicial, determinará que a alteração solicitada fique sem efeito, e se mantenham as condições contratuais anteriormente em vigor ao pedido efetuado.
4. Caso o prémio adicional decorra e resulte de um agravamento do risco ou de casos de força maior a falta de pagamento do mesmo origina a resolução automática do contrato na data da alteração.
5. O disposto nos números anteriores é aplicável ao pagamento dos prémios ou frações devidas por cada um dos aderentes ao Seguro de Grupo, quando este seguro seja contributivo e o Tomador do Seguro e o Segurador hajam estabelecido que o respetivo pagamento seja efetuado ao Segurador pelo aderente.

ARTIGO 28.º**ESTORNO DO PRÉMIO**

Quando, por força de alteração ou cessação antecipada do contrato, por iniciativa do Segurador ou do Tomador do Seguro, ou de diminuição do risco, houver lugar, nos termos da Lei, a estorno ou reembolso do prémio, este será calculado proporcionalmente ao período de tempo não decorrido até à data do vencimento.

CAPITULO VII**OBRIGAÇÕES E DIREITOS DAS PARTES E
PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO****ARTIGO 29.º****OBRIGAÇÕES E DIREITOS DO SEGURADOR**

Constitui obrigação do Segurador o cumprimento pontual dos seus compromissos perante o Tomador do Seguro e as Pessoas Seguras, nomeadamente:

1. Informar o Tomador do Seguro das condições de celebração e vigência do contrato, esclarecer sobre todos os factos necessários ao entendimento das condições e gestão do contrato e que possam influir na sua vontade em formalizar o mesmo.
2. Informar o Tomador do Seguro das situações de incumprimento contratual e respetivas obrigações e consequências da inobservância das mesmas.
3. Proceder com diligência e prontidão a todas as averiguações indispensáveis para a correta regularização dos sinistros.
4. Pagar os montantes que sejam devidos no prazo máximo de 15 (quinze) dias úteis após o apuramento dos factos relativos à ocorrência do sinistro e das suas causas, circunstâncias e consequências e a entrega dos documentos respetivos.

ARTIGO 30.º**OBRIGAÇÕES DO TOMADOR DO SEGURO E DA(S)
PESSOA(S) SEGURA(S)**

1. O Tomador do Seguro deverá pagar o prémio do seguro nas datas e pelas importâncias estipuladas pelo Segurador.
2. O Tomador do Seguro obriga-se a comunicar por escrito ao Segurador qualquer mudança de residência, considerando-se como recebida por ele toda a correspondência registada, enviada para a sua última residência que conste nos registos e documentos do Segurador.
3. A ocorrência de um erro administrativo não pode privar as Pessoas Seguras das prestações devidas pelo contrato, mas também não poderá criar o direito a benefícios não contratados.

ARTIGO 31.º**OBRIGAÇÕES DAS PESSOAS COM INTERESSE NO
SEGURO**

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

- a) Tomar imediatas providências para evitar o agravamento das circunstâncias do acidente;
 - b) Participar o sinistro ao Segurador, por escrito, nos 8 (oito) dias imediatos, indicando o local, dia, hora, causa(s), testemunha(s) e consequência(s);
 - c) Promover o envio até 8 (oito) dias após ter sido clinicamente assistido, de uma declaração do médico na qual conste a natureza das lesões, o seu diagnóstico, os dias eventualmente previstos para hospitalização bem como a indicação de possível invalidez permanente;
 - d) Comunicar, até 8 (oito) dias após a sua verificação, a cura das lesões promovendo o envio de declaração médica na qual conste, além da data da alta, o número de dias em que houve incapacidade temporária absoluta e a percentagem de invalidez permanente eventualmente constatada;
 - e) Facultar, para o reembolso a que houver lugar, e quando aplicável, todos os documentos justificativos das despesas de tratamento e repatriamento;
 - f) Cumprir as prescrições médicas;
 - g) Submeter-se a exame por médico, por indicação e de conta do Segurador, sempre que este, razoavelmente, o solicitar;
 - h) Autorizar os médicos a prestarem todas as informações solicitadas pelo Segurador;
 - i) Comunicar o recomeço da sua atividade;
 - j) A não prejudicar o direito de sub-rogação do Segurador nos direitos da Pessoa Segura contra o terceiro responsável pelo sinistro, decorrente da cobertura do sinistro por aquele, quando aplicável.
2. Se do acidente resultar a morte da Pessoa Segura deverá, em complemento da participação do acidente, ser enviado ao Segurador, um certificado de óbito e, quando considerados necessários, outros documentos elucidativos do acidente e das suas consequências.
 3. No caso de comprovada impossibilidade da Pessoa Segura cumprir quaisquer das obrigações previstas neste artigo, transfere-se tal obrigação para quem - Tomador do Seguro ou Beneficiário - a possa cumprir.
 4. O incumprimento do previsto nas alíneas a) a f) do número 1 determina, salvo o previsto no número seguinte:
 - a) A redução da prestação do Segurador atendendo ao dano que o incumprimento lhe cause;
 - b) A perda da cobertura se for doloso e tiver determinado dano significativo para o Segurador.
 5. No caso do incumprimento do previsto na alínea b) do n.º 1, a sanção prevista no n.º 4 não será aplicável quando o Segurador tiver conhecimento do sinistro por outro meio durante os oito dias previstos nessa alínea, ou o obrigado prove que não poderia razoavelmente ter procedido à comunicação devida em momento anterior àquele em que o fez.
 6. O incumprimento do previsto na alínea j) do n.º 1,

determina a responsabilidade do incumpridor até ao limite da indemnização paga pelo Segurador.

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

ARTIGO 32.º

REALIZAÇÃO DA PRESTAÇÃO DO SEGURADOR

1. O Segurador obriga-se a satisfazer a prestação contratual a quem for devida, após a confirmação da ocorrência do sinistro e das suas causas, circunstâncias e consequências.
2. Para efeito do disposto no número anterior, dependendo das circunstâncias, pode ser necessária a prévia quantificação das consequências do sinistro.
3. A prestação devida pelo Segurador pode ser pecuniária ou não pecuniária.
4. A obrigação do Segurador vence-se decorridos 15 (quinze) dias sobre o apuramento dos factos.

ARTIGO 33.º

PLURALIDADE DE SEGUROS

1. O Tomador do Seguro, ou a Pessoa Segura, fica obrigado a participar ao Segurador a existência de outros seguros garantindo o mesmo risco, sob pena de responder por perdas e danos e, em caso de fraude, da exoneração do Segurador das respetivas prestações.
2. Em caso de sinistro verificado no âmbito da pluralidade de contratos, a Pessoa Segura, ou o lesado, pode acionar o presente Segurador até aos limites da respetiva obrigação, sem prejuízo do regime legal relativo à insolvência de um dos Seguradores da pluralidade.
3. Sem prejuízo do disposto nos números anteriores, o Tomador do Seguro apenas poderá contratar com o Segurador uma única apólice cobrindo os riscos de acidentes pessoais, para uma mesma Pessoa Segura.
4. A Pessoa Segura caso seja diferente do Tomador do Seguro, não poderá também integrar mais do que uma apólice cobrindo os riscos de acidentes pessoais.

CAPITULO VIII

DISPOSIÇÕES DIVERSAS E FINAIS

ARTIGO 34.º

INTERVENÇÃO DE MEDIADOR DE SEGUROS

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

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

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

4. O Tomador do Seguro, se assim o desejar, poderá solicitar ao Segurador a informação sobre a forma de remuneração do Mediador de Seguros relativamente à prestação do serviço de mediação, bem como o nome das empresas de seguros e mediadores de seguros com os quais o mediador possa trabalhar, se aplicável.

ARTIGO 35.º

DOMICÍLIO

Para efeitos deste contrato, serão considerados domicílio e contactos do Tomador do Seguro/Pessoa Segura/Beneficiário, os indicados na Proposta, nas Condições Particulares ou Certificado Individual de Seguro ou, em caso de alteração, qualquer outro que tenha sido, por aqueles, formalmente comunicado ao Segurador.

ARTIGO 36.º

COMUNICAÇÕES E NOTIFICAÇÕES ENTRE AS PARTES

1. As comunicações ou notificações do Tomador do Seguro/Pessoa Segura previstas nesta apólice consideram-se válidas e plenamente eficazes caso sejam efetuadas para os contactos do Segurador indicados nas Condições Particulares ou Certificado Individual de Seguro.
2. As comunicações previstas no presente contrato devem revestir forma escrita em suporte de papel ou ser prestadas por outro meio do qual fique registo em suporte duradouro.
3. O Segurador só está obrigado a enviar as comunicações previstas no presente contrato se o destinatário das mesmas estiver devidamente identificado no contrato, considerando-se validamente efetuadas se remetidas para os respetivos endereços constantes da apólice.

ARTIGO 37.º

ÓNUS DA PROVA

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

ARTIGO 38.º
PROVA CONVENCIONADA

O Tomador do Seguro e o Segurador acordam que todo e qualquer registo eletrónico, bem como as gravações orais (assim como a sua transcrição escrita, caso exista), conservados pelo Segurador em suporte duradouro, serão aceites como prova das operações realizadas para a subscrição, modificação ou cessação do presente contrato.

ARTIGO 39.º
SUB-ROGAÇÃO PELO SEGURADOR

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

ARTIGO 40.º
EFICÁCIA E Oponibilidade A TERCEIROS

As exceções, invalidades e demais disposições que, de acordo com o contrato ou com a Lei, sejam invocáveis face ao Tomador do Seguro ou à Pessoa Segura, sê-lo-ão igualmente em relação a Terceiros que dele beneficiem.

ARTIGO 41.º
COMPENSAÇÃO DE CRÉDITOS

No acto de pagamento de qualquer importância ao abrigo deste contrato, o Segurador, sempre que a Lei o permita, poderá proceder ao desconto de quaisquer quantias que lhe sejam devidas pelo Tomador do Seguro ou pela Pessoa Segura.

ARTIGO 42.º
RECLAMAÇÕES E ARBITRAGEM

1. O Segurador dispõe de uma unidade orgânica específica para receber, analisar e dar resposta a quaisquer reclamações relacionadas com o contrato ou com as obrigações e direitos dele decorrentes, podendo para o efeito dirigir documento escrito para a sua sede, na Avenida de França, 316 – 5.º, Edifício Capitólio, 4050-276 Porto ou utilizar o endereço eletrónico reclamacoes@realvidaseguros.pt.
2. Caso não haja concordância com a resposta apresentada, a reclamação deverá ser dirigida para o Provedor do Cliente no endereço indicado ou através do endereço eletrónico provedor.cliente@realvidaseguros.pt, sem prejuízo de

poder ser requerida a intervenção da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões.

ARTIGO 43.º
EXTRAVIO DA APÓLICE

Verificando-se, em qualquer circunstância, a destruição, roubo ou outra situação que consubstancie o extravio da apólice que esteja na posse do Tomador do Seguro, este deverá comunicar esse facto ao Segurador, por escrito em suporte de papel ou outro meio do qual fique registo em suporte duradouro, o qual emitirá uma segunda via nos termos legais aplicáveis e, se aplicável, cobrará o respetivo custo.

ARTIGO 44.º
LEI APLICÁVEL E FORO COMPETENTE

1. O presente contrato rege-se pela lei Portuguesa.
2. O foro competente para dirimir qualquer litígio emergente deste contrato é o fixado na lei civil.

ARTIGO 45.º
PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

1. O Segurador é a entidade responsável pelo tratamento dos dados pessoais dos Tomadores de Seguros, Pessoas Seguras e Beneficiários (“Clientes”, em conformidade com política interna de privacidade).
2. O Segurador recolhe os dados diretamente junto dos Clientes ou através de parceiros comerciais.
3. O Segurador trata as seguintes categorias de dados: dados de identificação, dados de contacto, dados financeiros e bancários, dados de saúde e demais dados necessários à contratação, gestão e execução do contrato de seguro (incluindo pagamento e faturação do prémio, reembolsos), gestão de reclamações, gestão de sinistros, avaliação de risco, entre outros.
4. O Segurador poderá tratar os dados pessoais dos titulares dos dados para lhes enviar informações e comunicações de marketing, através de e-mail, correio postal, SMS, contacto telefónico, ou outros, sobre os seus produtos e serviços, sendo este tratamento de dados apenas realizado com o consentimento expresso dos Clientes, prestado no momento da recolha dos dados pessoais.
5. Caso pretenda retirar o seu consentimento, o Cliente pode a qualquer momento contactar o Segurador através de correio eletrónico para o endereço dpo.dadospessoais@realvidaseguros.pt.
6. O Segurador dispõe de uma Política de Privacidade que descreve as orientações e princípios por si adotados para assegurar a proteção dos titulares de dados pessoais, estabelecendo diretrizes relativas aos direitos dos titulares e ao tratamento e livre circulação dos dados pessoais, a qual poderá ser consultada em www.realvidaseguros.pt.