

ACIDENTES PESSOAIS SEGURO DE GRUPO BOMBEIROS

APÓLICE DO SEGURO OBRIGATÓRIO DE ACIDENTES PESSOAIS DO BOMBEIRO MUNICIPAL OU VOLUNTÁRIO

CONDIÇÕES GERAIS

ARTIGO PRELIMINAR

Entre a Companhia de Seguros AÇOREANA, SA adiante designada por Segurador, e o Tomador de Seguro, identificado nas Condições Particulares, estabelece-se um contrato de seguro de Acidentes Pessoais que se regula pelas Condições Gerais, Especiais, se as houver, e Particulares desta apólice, de harmonia com as declarações constantes da proposta que lhe serviu de base e da qual faz parte integrante.

DEVER DE DECLARAÇÃO E DE INFORMAÇÃO

1. O presente contrato baseia-se nas declarações prestadas e constantes da proposta, nos boletins individuais de adesão e respectivos questionários médicos nos quais o Tomador do seguro e/ou Segurado(s)/Pessoa(s) Segura(s) devem mencionar com inteira veracidade, todos os factos ou circunstâncias que permitam a exacta apreciação do risco ou que possam influir na aceitação do respectivo contrato ou na correcta determinação do prémio aplicável, quer resultem ou não do eventual questionário fornecido pelo Segurador e de que tenha(m) conhecimento ou deva(m) ter.

2. Do dever de declaração referido no numero anterior o Tomador do seguro e/ou Segurado(s)/Pessoa(s) Segura(s) tomou(ram) conhecimento prévio à celebração do contrato tendo entendido o seu real alcance, importância e efeitos.

3. A violação do dever de declaração referido no número um pode dar lugar à anulação do contrato nos termos e com os efeitos previstos na lei e nos respectivos capítulos do presente clausulado dos quais, quer o Tomador do seguro, quer o(s) Segurado(s)/Pessoa(s) Segura(s) também foi(ram) avisado(s), entendeu(ram) e ficou(ram) ciente(s).

4. Para além dos deveres gerais enunciados nos números anteriores, há ainda a cumprir os seguintes deveres especiais:

4.1. O Tomador do seguro deve informar os Segurado(s)/Pessoa(s) Segura(s) sobre as coberturas contratadas e as suas exclusões, as obrigações e os direitos em caso de sinistro, bem como as alterações ao contrato.

5. Em caso de duvida é ónus do Tomador do seguro, ou seja, compete-lhe provar, que forneceu ao(s) Segurado(s)/Pessoa(s) Segura(s) todas as informações previstas nos números anteriores.

CAPÍTULO I

DEFINIÇÕES, OBJECTO E ÂMBITO DO CONTRATO DE SEGURO

ARTIGO 1º - DEFINIÇÕES

Para efeitos do presente contrato entende-se por:

1. **SEGURADOR** - A entidade legalmente autorizada a exercer

a actividade de segurador e que subscreve com o Tomador do seguro o contrato de seguro.

2. **TOMADOR DO SEGURO** - A pessoa ou a entidade que celebra o contrato de seguro com o segurador, sendo responsável pelo pagamento dos prémios.

3. **SEGURADO/PESSOA SEGURA** - O individuo que, integrado de forma profissional ou voluntária nos Corpos Associativos e Municipais de Bombeiros, pertencentes ao comando, ao quadro, às categorias de aspirante, motorista e maqueiro (socorrista) do quadro auxiliar, os cadetes e ainda os médicos, farmacêuticos e enfermeiros, que constem dos quadros homologados pelo Serviço Nacional de Bombeiros, bem como os membros dos Corpos Gerentes das Associações de Bombeiros.

4. **BENEFICIÁRIO** - A pessoa singular ou colectiva a favor de quem reverte a prestação do segurador decorrente do contrato de seguro.

5. **SEGURO DE GRUPO** - Seguro de um conjunto de pessoas ligadas entre si e ao Tomador do seguro por um vínculo ou interesse comum.

5.1. **SEGURO DE GRUPO CONTRIBUTIVO** - Seguro de grupo em que os Segurados/Pessoas Seguras contribuem no todo ou em parte para o pagamento do prémio.

5.2. **SEGURO DE GRUPO NÃO CONTRIBUTIVO** - Seguro de grupo em que o Tomador do seguro contribui na totalidade para o pagamento do prémio.

6. **APÓLICE** - Documento que titula o contrato celebrado entre o Tomador do seguro e o Segurador, de onde constam as respectivas Condições Gerais, Especiais, se as houver, e Particulares acordadas ou qualquer outro documento de informação geral ou pré-contratual.

7. **CONDIÇÕES GERAIS** - Conjunto de cláusulas que definem e regulamentam obrigações genéricas e comuns, inerentes a um ramo ou modalidade de seguro.

8. **CONDIÇÕES ESPECIAIS** - Cláusulas que visam esclarecer, completar, especificar e delimitar o âmbito de aplicação previsto nas Condições Gerais.

9. **CONDIÇÕES PARTICULARES** - Documento onde se encontram os elementos específicos e individuais de cada contrato, que o distinguem de todos os outros.

10. **ACTA ADICIONAL** - Documento que titula a alteração da apólice.

11. **PRÉMIO TOTAL** - Preço pago pelo Tomador do seguro ao Segurador pela contratação do seguro.

12. **ESTORNO** - Devolução ao Tomador do seguro de uma parte do prémio de seguro já pago.

13. **ACIDENTE** - O acontecimento fortuito, súbito e anormal, devido a acção de causa exterior e estranha à vontade do Segurado/Pessoa Segura e que neste origine lesões corporais que possam ser clínica e objectivamente constatadas.

14. **SINISTRO** - Corresponde à verificação, total ou parcial, do evento que desencadeia o accionamento da(s) cobertura(s) do risco prevista(s) no contrato.

15. **MÉDICO** - Licenciado por Faculdade de Medicina, legalmente autorizado a exercer a profissão e cuja especialidade e inscrição sejam reconhecidas pela Ordem dos

Médicos.

16. **UNIDADE HOSPITALAR** - Estabelecimento de saúde, público ou privado, oficialmente reconhecido como tal, qualquer que seja a sua designação (hospital ou clínica), destinado ao tratamento de doentes e acidentados, que disponha permanentemente de assistência médica, cirúrgica e de enfermagem.

17. **FRANQUIA** – Parte do risco, não oponível ao Segurado, à Pessoa segura ou ao Beneficiário, que fica a cargo do Tomador do seguro e cuja fórmula de cálculo será fixada nas Condições Particulares da Apólice.

18. **CAPITAL SEGURO** - O capital ou importância fixada nas Condições Particulares da apólice, que representa o limite máximo da indemnização ou prestação devida para cada uma das coberturas.

19. **DESPESA MÉDICA** - Despesa efectuada pelo Segurado/Pessoa Segura com a aquisição de bens ou de serviços, desde que prescritos por médico para o tratamento da lesão corporal resultante de acidente.

20. **PERÍODO DE CARÊNCIA** – Período de tempo que medeia entre a data da ocorrência do sinistro e a data de produção de efeitos de determinadas coberturas.

ARTIGO 2º - ÂMBITO DA GARANTIA

1. O Segurador garante, conforme as coberturas contratadas e os valores seguros fixados nas Condições Particulares, o pagamento das indemnizações ou prestações devidas em consequência de acidente sofrido pelo Segurado/Pessoa Segura:

1.1. Quando ao serviço da Corporação a que pertence e sob o seu comando no exercício exclusivo da actividade de Bombeiro, nomeadamente durante o combate a incêndios, inundações e socorrismo, ou na prática de exercícios, treinos ou exhibições e ainda durante o percurso directo para o local de apresentação ao serviço ou do regresso deste, qualquer que seja o meio de transporte utilizado.

1.2. Na qualidade de médico, farmacêutico e enfermeiro, quando exclusivamente em serviço comprovado da Corporação de Bombeiros e/ou, nos casos de acidentes de viação, quando conduzido em viatura e por pessoal da referida Corporação.

1.3. Na qualidade de membro dos Corpos Gerentes, quando exclusivamente em serviço comprovado da Corporação de Bombeiros e, nos casos de acidente de viação, quando conduzido em viatura e por pessoal da referida Corporação.

2. A utilização de aeronaves no combate a incêndios e assistência a sinistrados deverá ser expressamente declarada/comunicada pelo Tomador do seguro, nos termos e para os efeitos previstos nos artigos 11º e 12º das Condições Gerais da apólice.

ARTIGO 3º - OBJECTO DO CONTRATO

1. Nos termos e limites definidos nas Condições Particulares da apólice, o contrato garante o pagamento das indemnizações ou prestações devidas por:

- 1.1. Morte ou Invalidez Permanente.
- 1.2. Incapacidade Temporária Absoluta e Total.
- 1.3. Despesas de Tratamento e Repatriamento.

2. Quando contratada, e mediante o pagamento do respectivo prémio complementar, a presente apólice de seguro também poderá incluir o pagamento de uma indemnização por:

- 2.1. Despesas de Funeral

3. Os capitais seguros na cobertura 1.1., para os riscos de Morte ou Invalidez Permanente, não são cumuláveis entre si, pelo que, se o Segurado/Pessoa Segura vier a falecer em consequência de acidente, ao capital por Morte será deduzido o valor do capital por Invalidez Permanente que, eventualmente, lhe tenha sido atribuído ou pago relativamente ao mesmo acidente.

ARTIGO 4º - DEFINIÇÃO DAS COBERTURAS

1. MORTE

1.1. O capital seguro por Morte só é devido se a mesma ocorrer como consequência directa do acidente participado. O capital seguro por Morte, que venha a ocorrer após dois anos sobre a data do acidente, só será devido se esse risco, resultante do agravamento das lesões provocadas pelo acidente, possa ser conhecido a partir da documentação médica que tenha sido recebida pelo Segurador no período de dois anos após a ocorrência do referido acidente.

1.2. No caso de Morte do Segurado/Pessoa Segura, cuja idade seja inferior a 14 (catorze) anos o capital seguro por morte, reduz-se às despesas decorrentes do funeral.

1.3. Verificados os pressupostos enunciados no 1.1 e em 1.2, o Segurador pagará o correspondente capital seguro ou a prestação estritamente indemnizatória respectivamente ao(s) beneficiário(s) expressamente designado(s) na apólice.

1.4. Na falta de designação de beneficiário(s), o capital seguro será atribuído segundo as regras e pela ordem estabelecida para a sucessão legítima alíneas a) a d) do número 1 do artigo 2133º do Código Civil, salvo se, não havendo herdeiros das classes previstas nas alíneas a) e b), existam herdeiros testamentários. Na falta destes seguir-se-ão os restantes critérios legais expressamente definidos no regime jurídico do contrato de seguro acerca da designação e interpretação da clausula beneficiaria.

2. INVALIDEZ PERMANENTE

2.1. Entende-se por Invalidez Permanente a perda anatómica ou impotência funcional de membros ou órgãos que, em consequência de lesões corporais resultantes de acidente coberto pela apólice, se encontre especificada na TNI-Tabela Nacional de Incapacidades.

2.2. O capital seguro por Invalidez Permanente só é devido se a mesma ocorrer como consequência directa do acidente participado. O capital seguro por Invalidez Permanente, que venha a ocorrer após dois anos sobre a data do acidente, só será devido se esse risco, resultante do agravamento das lesões provocadas pelo acidente, possa ser conhecido a partir da documentação médica que tenha sido recebida pelo Segurador no período de dois anos após a ocorrência do referido acidente.

2.3. Verificados os pressupostos enunciados em 2.1. e 2.2., o Segurador pagará a parte do correspondente capital determinado pela TNI-Tabela Nacional de Incapacidades.

2.4. O pagamento da indemnização ou prestação, na falta de indicação expressa em contrário nas Condições Particulares, será feito ao Segurado/Pessoa Segura, salvo se se tratar de menor não emancipado, em cujo caso o pagamento será feito à pessoa que exercer o seu poder paternal.

2.5. Se o Segurado/Pessoa Segura for canhoto, as percentagens de invalidez para o membro superior direito aplicam-se ao membro superior esquerdo e reciprocamente.

2.6. Em qualquer membro ou órgão, os defeitos físicos

de que o Segurado/Pessoa Segura já era portador, à data do acidente, serão tomados em consideração ao fixar-se o grau de desvalorização proveniente deste, que corresponderá à diferença entre a invalidez já existente e aquela que passou a existir.

2.7. A incapacidade funcional parcial ou total de um membro ou órgão é equiparada à correspondente perda parcial ou total.

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

2.9. 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.

3. INCAPACIDADE TEMPORÁRIA ABSOLUTA E TOTAL

3.1. Define-se como Incapacidade Temporária Absoluta e Total a impossibilidade física e temporária, objectiva e clinicamente comprovada, de o Segurado/Pessoa Segura poder exercer a sua actividade normal e atender ao seu trabalho, ainda que seja o de instruir, dirigir ou coordenar os seus subordinados.

3.2. O subsídio diário por Incapacidade Temporária Absoluta e Total só é devido se a incapacidade for clinicamente e objectivamente comprovada nos termos desta apólice e constatada no decurso de 180 (cento e oitenta) dias subsequentes à data do acidente.

3.3. Nas situações de Incapacidade Temporária Absoluta e Total sobrevinda no decorrer de 180 (cento e oitenta) dias contados da data do acidente, o Segurador pagará, durante o período máximo de 360 (trezentos e sessenta) dias, a indemnização diária fixada nas Condições Particulares.

Esta indemnização é devida a partir do dia imediato ao da assistência clínica e processar-se-á na data da alta clínica, salvo se outra disposição vier a ser estabelecida nas Condições Particulares da apólice.

3.4. Na falta de indicação expressa em contrário nas Condições Particulares da apólice, o pagamento do subsídio diário será feito ao Segurado/Pessoa Segura.

3.5 O presente contrato não garante o pagamento de indemnizações Incapacidade Temporária Absoluta e Total quando o Segurado/Pessoa Segura esteja na situação de aposentado ou reformado ou outra desde que a sua remuneração profissional não seja afectada pelo acidente, salvo convenção em contrário constante das Condições Particulares.

4. DESPESAS DE TRATAMENTO E REPATRIAMENTO

4.1. Por Despesas de Tratamento entendem-se as relativas a honorários médicos e internamento hospitalar, incluindo assistência medicamentosa e de enfermagem, bem como de exames auxiliares de diagnóstico e de fisioterapia que forem necessárias em consequência do acidente.

4.2. Por Despesas de Repatriamento para Portugal entendem-se as despesas de transporte pelo meio adequado e clinicamente aconselhado, em face das lesões, para a Unidade Hospitalar prescrita pelo médico assistente do Segurado/Pessoa Segura ou para o seu domicílio habitual, ficando a sua aceitação subordinada ao parecer dos Serviços Clínicos do Segurador.

4.3. O Segurador procederá ao reembolso, até à importância para o efeito fixada nas Condições Particulares, das despesas necessárias para o tratamento das lesões sofridas, bem como das despesas extraordinárias de repatriamento.

4.4. No caso de ser necessário tratamento clínico regular, e durante todo o período do mesmo, consideram-se também incluídas as despesas de deslocação ao médico ou Unidade Hospitalar, quando indicados e/ou convencionados pelo Segurador e desde que o meio de transporte utilizado seja adequado à gravidade da lesão e devida e clinicamente fundamentado pelo médico assistente do Segurado/Pessoa Segura e consequente parecer prévio dos Serviços Técnicos e Clínicos do Segurador.

5. DESPESAS DE FUNERAL (Cobertura Complementar)

Quando expressamente contratada, o Segurador procederá ao reembolso, até à importância para o efeito fixada nas Condições Particulares, das despesas com o funeral do Segurado/Pessoa Segura.

ARTIGO 5º - ÂMBITO TERRITORIAL

1. O presente contrato apenas produz efeitos em relação a sinistros ocorridos em Portugal.

2. Mediante convenção devidamente expressa nas respectivas Condições Particulares o âmbito territorial da apólice poderá ser extensivo a outros países.

ARTIGO 6º - FRANQUIAS

Ao presente contrato são aplicáveis as franquias que se estabeleçam nas Condições Particulares.

ARTIGO 7º - EXCLUSÕES

1. Salvo convenção expressa em contrário nas Condições Particulares da Apólice, excluem-se:

1.1. Acidentes consequentes de acções ou omissões da Pessoa Segura ou do Beneficiário quando decorrentes de uma actuação dolosa ou gravemente negligente, nomeadamente, sempre que o(s) mesmo(s), de forma dolosa ou gravemente negligente, tenha(m) consumido: álcool em excesso (entendendo-se como tal a verificação duma taxa de alcoolémia no sangue superior à legalmente permitida para a condução de veículos automóveis), estupefacientes fora da prescrição médica, substâncias psicotrópicas ou produtos de efeito análogo;

1.2. Acidentes consequentes de acções delituosas ou seja criminosas, negligência grave e quaisquer actos intencionais do Segurado/Pessoa Segura, praticados, sobre si própria tal como o suicídio ou tentativa deste, incluindo actos temerários, apostas desafios e rixas;

1.3. Acidentes consequentes de acções delituosas ou seja criminosas, negligência grave e quaisquer actos intencionais do Tomador de Seguro ou do Beneficiário, dirigidos contra o Segurado/Pessoa Segura, na parte do benefício que àquele respeitar, ou a quem este quiser beneficiar;

1.4. Acidentes que produzam danos meramente psíquicos, excepto quando os mesmos, comprovadamente, decorram de acidente garantido pela presente apólice de seguro;

1.5. Acidentes derivados da prática profissional ou amadora de desportos, nas provas desportivas integradas em campeonatos, torneios, estágios e respectivos treinos;

1.6. Acidentes derivados de uma doença ou estado patológico pré-existente, assim como lesões que sejam consequência de intervenções cirúrgicas ou tratamentos médicos não motivados por um acidente garantido pelo contrato;

1.7. Hérnias de saco formado e reumatismo;

1.8. Hérnias qualquer que seja a sua natureza, lumbagos, varizes e suas complicações, excepto quando, comprovadamente, tenham tido origem no

acidente sofrido pela pessoa segura e desde que garantido pela presente apólice de seguro;

1.9. Roturas ou distensões musculares, que não sejam de origem traumática;

1.10. Defeitos físicos ou doenças que possam agravar o risco de acidente ou as suas consequências;

1.11. As ortóteses;

1.12. Transplantes de membros ou órgãos, cirurgia plástica e danos em próteses pré-existentes, excepto quando, comprovadamente, se tratem de situações decorrentes do acidente sofrido pela pessoa segura e desde que garantido pela presente apólice de seguro;

1.13. S.I.D.A. - Síndrome de Imunodeficiência Adquirida, excepto quando se comprove que a mesma foi transmitida no acidente sofrido pela pessoa segura e desde que garantido pela presente apólice de seguro;

1.14. Todas as situações do foro patológico, bem como acidentes vasculares cerebrais e acidentes cardio-vasculares, salvo quando, comprovadamente, causados por traumatismo físico externo no âmbito do acidente sofrido pela pessoa segura e desde que garantido pela presente apólice de seguro.

2. Algumas das exclusões previstas no número anterior, poderão ser garantidas, mediante o pagamento dos sobreprémios que o Segurador, porventura, venha a estabelecer.

CAPÍTULO II

DURAÇÃO E EFICÁCIA DO CONTRATO DE SEGURO

ARTIGO 8º - INÍCIO DO CONTRATO

Desde que o prémio ou fracção inicial seja pago, o presente contrato produz os seus efeitos a partir das zero horas do dia imediato ao da aceitação da proposta pelo Segurador, salvo se, por acordo entre as partes, for aceite outra data para o início da cobertura, a qual não pode todavia, ser anterior à da recepção da proposta.

ARTIGO 9º - DURAÇÃO DO CONTRATO

1. O contrato pode ser celebrado por período certo e determinado (seguro temporário) ou por um ano a continuar pelos seguintes.

2. Quando for celebrado por um período de tempo determinado o contrato cessa os seus efeitos às vinte e quatro horas do último dia.

3. Quando for celebrado por um ano a continuar pelos seguintes, considera-se o mesmo sucessivamente renovado por períodos anuais, excepto se qualquer das partes o denunciar, por correio registado, com a antecedência mínima de 30 (trinta) dias em relação ao termo da anuidade.

ARTIGO 10º - RESOLUÇÃO DO CONTRATO

1. Salvo disposição legal ou convenção expressa em contrário, o contrato de seguro pode ser resolvido por qualquer das partes a todo o tempo, havendo justa causa, mediante o envio de correio registado, com antecedência mínima de 30 dias em relação à data em que a resolução produzirá efeitos. Quando o Tomador exerça esta faculdade apenas terá direito ao estorno do prémio pago correspondente ao período não decorrido.

2. Para além dos casos previstos na Lei, o Segurador poderá, a todo o tempo, resolver imediatamente o contrato, mediante aviso ao Tomador do seguro, por correio registado, com a antecedência mínima de 30 (trinta) dias em relação à data a partir da qual se pretenda que a redução ou resolução produzirá efeitos, nos seguintes casos:

2.1. Quando ocorra uma alteração do risco, conforme se dispõe no artigo 12º;

2.2. Quando o Tomador do seguro, o Segurado/Pessoa Segura, o Beneficiário ou pessoa por quem estes sejam civilmente responsáveis, hajam proferido falsas, inexactas, incompletas ou reticentes declarações, por acção ou omissão de factos ou circunstâncias essenciais relativas à ocorrência de um sinistro, suas circunstâncias, causas, natureza ou consequências.

3. Salvo disposição legal em contrário, em caso de actuação intencional ou seja dolosa das entidades ou pessoas referidas em 2.2. do número anterior, o prazo de resolução referido no número 2 deste artigo será reduzido para 10 (dez) dias.

4. Sendo a resolução da iniciativa do Segurador este reembolsará o Tomador do seguro da parte do prémio correspondente ao tempo não decorrido.

5. Quando a resolução for feita por substituição da apólice por outra do Segurador haverá lugar ao estorno do prémio pago calculado "*pro rata temporis*", ou seja pelo tempo não decorrido.

ARTIGO 11º - DECLARAÇÃO INICIAL DO RISCO

1. O Tomador do seguro e/ou o Segurado/Pessoa Segura, estão obrigados antes da celebração do contrato a declarar com exactidão todas as circunstâncias que conheçam e devam ter por significativas para a apreciação do risco por parte do Segurador.

2. Nas declarações acima referidas incluem-se também todas aquelas circunstâncias ou factos, conhecidos ou que o devessem ser, do Tomador do seguro ou do Segurado/Pessoa Segura, mesmo que a sua declaração não seja solicitada em questionário eventualmente fornecido pelo Segurador ou seu representante.

3. Em caso de incumprimento doloso dos deveres referidos nos números anteriores o contrato e/ou o Certificado de Seguro correspondente ao Segurado/Pessoa Segura é anulável pelo Segurador mediante o envio da respectiva declaração ao Tomador do seguro no prazo de três meses a contar do conhecimento do incumprimento. O Segurador não é obrigado a cobrir qualquer sinistro que ocorra antes de ter tido conhecimento do incumprimento em causa ou no decurso do referido prazo.

4. Em caso de anulação do contrato nos termos previstos no número anterior, o Segurador tem direito ao prémio devido até ao termo do prazo referido no número anterior se não tiver concorrido dolo ou negligência grosseira do Segurador ou do seu representante. Em caso de dolo do Tomador do seguro ou do Segurado/Pessoa Segura com o propósito de obter uma vantagem o prémio é devido até ao termo do contrato.

5. Quando o incumprimento dos deveres indicados nos números 1 e 2 for negligente, o Segurador pode, mediante declaração a enviar ao Tomador do seguro, no prazo de três meses a contar do conhecimento:

a) Propor uma alteração ao contrato fixando um prazo não inferior a 14 dias para o envio da aceitação ou, caso a admita, da contraproposta. O contrato cessa os seus efeitos 20 dias após a recepção pelo Tomador do seguro da proposta de alteração caso este nada responda ou a rejeite;

b) Fazer cessar o contrato e/ou o Certificado de Seguro correspondente ao Segurado/Pessoa Segura, demonstrando que, em caso algum, celebra contratos para a cobertura de riscos relacionados com o facto omitido ou declarado inexactamente. O contrato e/ou o Certificado de Seguro correspondente ao Segurado/Pessoa Segura cessa os seus efeitos 30 dias após o envio da declaração de cessação.

6. Em caso de cessação nos termos no número anterior, o prémio é devolvido “*pro rata temporis*” (ou seja pelo tempo decorrido) atendendo à cobertura havida.

7. Se antes da cessação ou alteração do contrato e/ou do Certificado de Seguro correspondente ao Segurado/Pessoa Segura ocorrer um sinistro cuja verificação ou consequências tenham sido influenciadas por facto relativamente ao qual tenham havido omissões ou inexactidões negligentes, o Segurador:

- a) Cobre o sinistro na proporção da diferença entre o prémio pago e o prémio que seria devido, caso tivesse tido conhecimento do facto omitido ou declarado inexactamente à data da celebração do contrato;
- b) Não cobre o sinistro, se demonstrar que, em caso algum, teria celebrado o contrato se tivesse conhecimento do facto omitido ou declarado inexactamente, ficando apenas vinculado à devolução do prémio.

ARTIGO 12º - ALTERAÇÃO E AGRAVAMENTO DO RISCO

1. O Tomador do seguro e/ou o Segurado/Pessoa Segura têm o dever de, durante a execução do contrato, no prazo de 14 (catorze) dias, a contar do conhecimento do facto, comunicar por escrito e correio registado, ao Segurador todas as circunstâncias que alterem e agravem o risco, desde que estas, caso fossem conhecidas do Segurador aquando da celebração do contrato, tivessem podido influir na decisão de contratar ou nas condições do contrato.

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

- a) Apresentar ao Tomador do seguro e/ou ao Segurado/Pessoa Segura, proposta de modificação do contrato, que este(s) deve(m) aceitar ou recusar em igual prazo, ou seja de 30 (trinta) dias, 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.

3. Se antes da alteração ou cessação do contrato nos termos previstos no número anterior ocorrer um sinistro cuja verificação ou consequência tenha sido influenciada pelo agravamento do risco, o Segurador:

- a) Cobre o risco, efectuando a prestação convencionada, se o agravamento tiver sido correcta e tempestivamente comunicado antes do sinistro ou antes de decorrido o prazo dos 14 (catorze) dias previsto no número 1;
- b) Cobre parcialmente o risco, reduzindo-se a sua prestação na proporção entre o prémio efectivamente cobrado e aquele que seria devido em função das reais circunstâncias do risco, se o agravamento não tiver sido correcta e tempestivamente comunicado antes do sinistro;
- c) Pode recusar a cobertura do sinistro em caso de comportamento intencional, ou seja doloso do

Tomador do seguro e/ou o Segurado/Pessoa Segura com o propósito de obter(em) uma vantagem, mantendo o Segurador o direito aos prémios vencidos.

4. Nas situações previstas nas alíneas a) e b) do número anterior, sendo o agravamento do risco resultante de facto do Tomador do seguro ou do Segurado/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.

5. Para efeitos do presente contrato, constitui alteração às condições do risco, nomeadamente:

- 5.1. Mudança de residência do Segurado/Pessoa Segura;
- 5.2. Toda a doença ou alteração do estado de saúde, do Segurado, nomeadamente: alterações de visão, de audição, epilepsia, paralisia, diabetes, tuberculose, perturbações cardiovasculares, sanguíneas e psíquicas, afecções da espinal medula, reumatismo agudo ou crónico ou qualquer alteração importante da integridade física;
- 5.3. Prestação de serviço militar;
- 5.4. Qualquer inclusão ou exclusão de Segurados/Pessoas Seguras por esta apólice.

6. As alterações considerar-se-ão tacitamente aceites no caso de alguma das partes não se pronunciar em contrário nos prazos previstos neste artigo.

ARTIGO 13º NULIDADE DO CONTRATO

1. Este contrato considera-se nulo e, consequentemente não produzirá quaisquer efeitos em caso de sinistro, quando por parte do Tomador do seguro ou do Segurado/Pessoa Segura, quer no momento da celebração quer durante a vigência do contrato, não haja interesse digno de protecção legal relativo ao(s) risco(s) coberto(s).

2. No seguro de pessoas, o interesse referido no número anterior respeita à sua saúde ou integridade física.

3. Este contrato considera-se igualmente nulo e de nenhum efeito se aquando da celebração do contrato, o Segurador, o Tomador do seguro ou o Segurado/Pessoa Segura tiver(em) conhecimento que o risco cessou.

4. O Segurador não cobre igualmente sinistros anteriores à data de celebração do contrato ou da adesão da Pessoa Segura ao seguro quando o Tomador do seguro ou Segurado/Pessoa Segura dele tivessem conhecimento nessa data.

5. O contrato de seguro ou o Certificado de Seguro correspondente ao Segurado/Pessoa Segura não produz igualmente efeitos relativamente a um risco futuro que não chegue a existir.

6. Nos casos previstos nos números anteriores, o Tomador do seguro tem direito à devolução do prémio pago, deduzido das despesas necessárias à celebração do contrato e/ou à emissão do Certificado de Seguro correspondente ao Segurado/Pessoa Segura suportadas pelo Segurador de boa fé.

7. Em caso de má fé do Tomador do seguro e/ou do Segurado/Pessoa Segura, o Segurador de boa fé tem direito a reter o prémio pago.

8. Presume-se a má fé do Tomador do seguro se o Segurado/Pessoa Segura tiver conhecimento, aquando da celebração do contrato de seguro, de que ocorreu o sinistro.

ARTIGO 14º - CADUCIDADE

Salvo convenção expressa em contrário, o contrato caducará automaticamente no termo da anuidade em

que o Segurado/Pessoa Segura complete 70 (setenta) anos de idade.

CAPÍTULO III

PAGAMENTO E ALTERAÇÃO DOS PRÉMIOS

ARTIGO 15º - PAGAMENTO DOS PRÉMIOS

1. O prémio ou fracção inicial é, salvo convenção em contrário nas Condições Particulares, devido na data de celebração do contrato, ficando a eficácia do contrato dependente do respectivo pagamento efectivo do prémio ou fracção inicial.
2. Os prémios ou fracções subsequentes, acertos, parte de um prémio de montante variável ou prémio adicional, são devidos nas datas estabelecidas na apólice ou nas datas indicadas nos respectivos avisos, nos termos previstos nos números seguintes.
3. O Segurador encontra-se obrigado até 30 (trinta) dias antes da data em que o prémio, fracção, acerto, parte de prémio de montante variável ou prémio adicional é devido, a avisar, por escrito, o Tomador do seguro, indicando a data, o valor a pagar, a forma e o lugar de pagamento e as consequências da falta do respectivo pagamento.
4. Nos contratos de seguro cujo pagamento do prémio seja objecto de fraccionamento por prazo inferior ao trimestre, e estejam identificados em documento contratual as datas de vencimento e valor a pagar, bem como as consequências da falta de pagamento do prémio, fracção, acerto, ou adicional, o Segurador pode optar por não proceder ao envio do aviso previsto no número anterior, cabendo-lhe, nesse caso, o ónus da prova da emissão, aceitação e envio ao Tomador do seguro, daquele documento contratual.
5. Nos termos da lei, a falta de pagamento de prémio ou fracção, de acerto, de parte de prémio de montante variável ou de prémio adicional fundado num agravamento superveniente do risco, na data indicada no aviso ou no documento contratual referido no número anterior, determina a não renovação ou a resolução automática e imediata do contrato na data em que o pagamento seja devido.
6. O não pagamento, até a data de vencimento indicado no aviso, do prémio adicional resultante de uma modificação contratual determina a ineficácia da respectiva alteração, subsistindo o contrato com o âmbito e nas condições que vigoravam antes da pretendida modificação, a menos que a subsistência do contrato se revele impossível, caso em que se considera o contrato igualmente resolvido na data do vencimento do prémio adicional não pago.
7. O prémio pode ser pago, nos termos previstos na lei ou nas condições particulares da apólice, por terceiro, interessado ou não no cumprimento da obrigação.
8. Quando aplicável, a cessação do contrato de seguro por efeito do não pagamento do prémio, ou de parte ou fracção deste, de acerto ou adicional, não exonera o Tomador do seguro da obrigação de pagamento do prémio correspondente ao período em que o contrato haja vigorado acrescido de juros de mora desde a data do vencimento.
9. Em caso de sinistro, o Segurador reserva-se o direito, por via de compensação, de cobrar ou descontar na eventual indemnização o pagamento da totalidade do prémio ou das fracções ainda não pagas.
10. O disposto nos números anteriores é aplicável ao Segurado nos Seguros de Grupo Contributivos.

ARTIGO 16º - FRACCIONAMENTO DOS PRÉMIOS

1. Admite-se o fraccionamento do pagamento de prémios de apólices que vigorem por um ano e seguintes, desde que a pedido do Tomador do seguro, com o acordo do Segurador e nos termos das normas vigentes.
2. Em caso de sinistro, o Segurador reserva-se o direito de cobrar ou descontar, por via da compensação, na prestação que lhe couber liquidar o valor das prestações vincendas.

ARTIGO 17º - ALTERAÇÃO DOS PRÉMIOS

1. Não havendo alteração no objecto ou garantias do contrato,

qualquer alteração do prémio apenas poderá efectivar-se no vencimento anual seguinte, mediante comunicação escrita ao Tomador do seguro com uma antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

2. O Tomador do seguro dispõe de um prazo de 14 (catorze) dias após a recepção da comunicação referida no número anterior para, não aceitando o novo prémio, reduzir ou resolver o contrato.

CAPÍTULO IV

CAPITAIS SEGUROS E SINISTROS

ARTIGO 18º - CAPITAIS SEGUROS

Os capitais ou importâncias garantidas são as que se encontram fixadas nas Condições Particulares da apólice e constituem o limite máximo de indemnização ou prestação a cargo do Segurador, por cobertura e período de vigência do contrato, correspondendo, em cada momento, pelo menos aos capitais mínimos obrigatórios.

ARTIGO 19º - REPOSIÇÃO AUTOMÁTICA DOS CAPITAIS SEGUROS

Após a ocorrência de um sinistro, que origine o pagamento de indemnizações ou prestações ao abrigo das coberturas de Despesas de tratamento e repatriamento e de Incapacidade temporária absoluta e total, o(s) respectivo(s) capital(is) seguro(s) será(ão) automaticamente reposto(s), sem prejuízo do pagamento, pelo tomador de seguro, do prémio complementar correspondente a esta reposição.

ARTIGO 20º - OBRIGAÇÕES DO TOMADOR DO SEGURO E/OU DO SEGURADO/Pessoa SEGURA

Verificando-se, durante a vigência do contrato, qualquer sinistro susceptível de fazer funcionar as garantias do contrato, o Tomador do seguro e o Segurado/Pessoa Segura, sob pena de responderem por perdas e danos, obrigam-se a:

1. Tomar todas as providências para evitar o agravamento das consequências do acidente.
2. Comunicar os acidentes ao Segurador no prazo de 48 (quarenta e oito) horas e confirmados pelo Comando da Corporação, por escrito, em impresso próprio fornecido pelo Segurador, no prazo máximo de 8 (oito) dias a contar da data da sua ocorrência, efectuando a sua descrição, tão pormenorizada quanto possível, indicando dia, hora, local, causas, consequências, testemunhas presenciais, eventual responsável, autoridades que dele tomaram conhecimento e quaisquer outros elementos considerados relevantes. Existindo vários seguros cobrindo o mesmo risco, esta comunicação deverá ser efectuada aos respectivos Seguradores com indicação do nome das restantes.
3. Promover o envio, até 8 (oito) dias após o Segurado/Pessoa Segura ter sido clinicamente assistida, dos exames auxiliares de diagnóstico e respectivos relatórios, do relatório médico onde conste o seu diagnóstico, a natureza e localização das lesões, os dias eventualmente previstos para Incapacidade Temporária Absoluta e Total, bem como a indicação da possível Invalidez Permanente.
4. Comunicar até 8 (oito) dias após a sua verificação, a cura das lesões, promovendo o envio do relatório médico, devidamente fundamentado, onde conste, além da data da alta, o número de dias em que houve Incapacidade Temporária Absoluta e Total e a percentagem de Invalidez Permanente eventualmente constatada.

5. Entregar, para reembolso a que houver lugar, a documentação original e todos os documentos justificativos das Despesas de tratamento e repatriamento efectuadas e abrangidas pelo contrato.

6. Cumprir as prescrições médicas, sob pena de o Segurador apenas responder pelas consequências do acidente que presumivelmente se verificariam se aquelas prescrições tivessem sido observadas.

7. Sujeitar-se a exame por médico designado pelo Segurador, sempre que este o requeira.

8. Autorizar os médicos e Unidades Hospitalares, a que tenha recorrido, a prestarem todas as informações/elementos que sejam solicitados pelo Segurador, bem como a facultar os relatórios clínicos e quaisquer outros documentos referentes ao sinistro participado, com a finalidade de documentar o processo.

9. Enviar ao Segurador, se do acidente resultar a morte do Segurado/Pessoa Segura, em complemento da participação do acidente, a certidão do óbito e o relatório da autópsia.

10. Apresentar todos os documentos justificativos das Despesas de Tratamento e Repatriamento e, quando contratada, das Despesas de Funeral realizadas, sem qualquer rasura ou omissão, sob pena de não serem aceites, no prazo máximo de 90 (noventa) dias a contar da data da realização da despesa. Os documentos terão de observar os seguintes requisitos cumulativos:

10.1 Ser passados em papel timbrado;

10.2 Ser identificados com o nome do Segurado/Pessoa Segura a que digam respeito;

10.3 Obedecer às normas legais, nomeadamente, de natureza fiscal;

10.4 Discriminar pormenorizadamente os serviços prestados, tais como o número de dias de hospitalização, descrição da intervenção cirúrgica efectuada, anestesia, exames auxiliares, e dos bens consumidos acompanhados da respectiva prescrição;

10.5 No caso de aquisição de medicamentos, possuir, ainda, fotocópia das receitas médicas comprovativas da prescrição dos referidos medicamentos.

ARTIGO 21º - PRÉ-EXISTÊNCIA DE DOENÇA OU ENFERMIDADE

Salvo convenção expressa em contrário, se as consequências de um acidente forem agravadas por doença ou enfermidade anterior à data daquele, a responsabilidade do Segurador não poderá exceder a que teria se o acidente tivesse ocorrido a uma pessoa não portadora dessa doença ou enfermidade.

ARTIGO 22º - PAGAMENTO DAS INDEMNIZAÇÕES OU PRESTAÇÕES

1. O Segurador obriga-se a pagar as indemnizações ou prestações devidas, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a recepção de todos os elementos e documentos justificativos e esclarecimentos, conforme se dispõe no artigo 20º.

2. Os pagamentos a fazer pelo Segurador são efectuados em Portugal e em moeda portuguesa. No caso de despesas efectuadas em moeda estrangeira, a conversão em Euros é feita à taxa média de câmbio de venda, para divisas, no dia da realização da despesa médica.

CAPÍTULO V

DISPOSIÇÕES FINAIS

ARTIGO 23º - PLURALIDADE DE SEGUROS

1. O Tomador do seguro ou Segurado/Pessoa Segura ficam obrigados a participar ao Segurador, sob pena de responderem por perdas e danos, a existência de outros seguros com o mesmo objecto e garantia.

2. A omissão fraudulenta da informação referida no número anterior exonera os Seguradores das respectivas prestações.

3. O Tomador do seguro e/ou Segurado/Pessoa Segura fica(m) sempre obrigado(s), em caso de sinistro a comunicar ao Segurador, se recebeu, por via de outro contrato de seguro, montante(s) a título de despesas médicas ou outras garantias a fim de evitar repetição de pagamento sob pena de ficar obrigado à respectiva devolução.

ARTIGO 24º - DESIGNAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS

1. Cabe ao Tomador do seguro e/ou ao Segurado/Pessoa Segura proceder à designação ou à modificação do beneficiário das prestações conferidas pelo contrato.

2. As comunicações referidas no número anterior só produzirão efeitos a partir da data da sua recepção pelo Segurador e constarão, obrigatoriamente, da apólice.

ARTIGO 25º - SUBROGAÇÃO

O Segurador fica subrogado, relativamente às Despesas de Tratamento e Repatriamento, bem como às Despesas de Funeral, até à concorrência das indemnizações pagas por si, em todos os direitos, acções e recursos do Tomador do seguro e/ou do Segurado/Pessoa Segura, contra terceiros responsáveis pelo sinistro, obrigando-se aqueles a praticar o que necessário for para o exercício desses direitos, sob pena de responder(em) por perdas e danos ou omissões que prejudiquem a sub-rogação.

ARTIGO 26º - COMUNICAÇÕES E NOTIFICAÇÕES

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

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

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

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

ARTIGO 27º - ARBITRAGEM

1. Sem prejuízo de posterior recurso aos Tribunais, em caso de litígio emergente deste contrato que as partes acordem poder ser dirimido através de arbitragem particular, será constituída uma comissão formada por dois árbitros, um indicado pelo Tomador do seguro e outro pelo Segurador.

2. Se não houver acordo entre os árbitros, desempatará um terceiro por eles nomeado, caso não cheguem a acordo na escolha do terceiro árbitro, será a nomeação requerida nos termos da Lei.

3. Cada parte suportará as despesas e honorários do árbitro por si indicado, sendo as despesas e honorários do árbitro do desempate igualmente repartidas entre ambos.

4. Caso se tratem de divergências de natureza clínica, os árbitros terão de ser, obrigatoriamente, médicos.

ARTIGO 28º - LEI APLICÁVEL AO CONTRATO

1. A lei aplicável a este contrato é a lei portuguesa.

2. Podem ser apresentadas reclamações no âmbito do presente contrato aos serviços do Segurador identificados no contrato e, bem assim, ao Instituto de Seguros de Portugal (www.isp.pt).

ARTIGO 29º - FORO

O foro competente para dirimir as questões emergentes do presente contrato é o fixado na lei civil.