

APÓLICE DE SEGURO INDIVIDUAL – SEGURO HOSPITALIZAÇÃO

O presente produto de seguro (de adesão não obrigatória), é constituído pelas Condições Gerais (CG), Condições Especiais (CE), Condições Particulares/Certificado de Subscrição (CS) e pelas declarações do Tomador do Seguro/Pessoa Segura/Segurado, O conjunto das Coberturas contratadas pelo Tomador do Seguro será adiante designado por “Contrato de Seguro” ou apenas “Contrato”.

PLANOS: Para efeitos da celebração do presente Contrato, o Tomador do seguro deverá subscrever, necessariamente, um dos seguintes Planos:

- A) INDIVIDUAL:** cobre apenas o Tomador do seguro;
- B) INDIVIDUAL e FILHOS:** cobre o Tomador do seguro e os seus Filhos;
- C) FAMILIAR:** cobre o Tomador do seguro e o seu Cônjuge;
- D) FAMILIAR e FILHOS:** cobre o Tomador do seguro, o seu Cônjuge, e os Filhos de ambos.

DEFINIÇÕES:

Acidente – Acontecimento provocado por causa súbita, externa e violenta, alheia à vontade da Pessoa Segura/Segurado, que lhe produza lesão corporal confirmada clinicamente;

Apólice – Documento que titula o contrato celebrado entre o Tomador do Seguro e a Seguradora, do qual constam as respetivas Condições Gerais, Especiais e Particulares;

Beneficiário – Pessoa(s) a favor de quem reverte a prestação da Seguradora decorrente do Contrato de Seguro;

Cônjuge – Pessoa que viva com o Tomador do Seguro em situação matrimonial ou outra legalmente equiparada (identificado nas Condições Particulares);

Contrato de Seguro/Contrato – Conjunto das apólices que titulam o seguro;

Condições Particulares/Certificado Subscrição – Documento assinado pelo Tomador do Seguro, através do qual declaram preencher as condições de elegibilidade de subscrição do seguro;

Anexos e Adendas – Documentos anexos ou aditados a este contrato, independentemente do momento da celebração deste e que prevalecem sobre as condições gerais em caso de contradição com as mesmas;

Filhos – os descendentes do Tomador do seguro, ou os legalmente equiparados, que apresentem idade máxima de 23 anos (inclusive) e não desempenhem qualquer atividade profissional remunerada, com um máximo de 3 (identificados nas Condições Particulares);

Franquia – Valor pecuniário ou período de tempo que, em caso de sinistro coberto pela Apólice, poderá não ser assumido pela Seguradora em termos de indemnização; pode ser Absoluta ou Relativa;

Franquia Absoluta – Franquia que é sempre aplicada, independentemente do valor total ou do tempo total de indemnização;

Franquia Relativa – Período em que, imediatamente após o Sinistro, não existe direito à prestação da Seguradora. Se o sinistro ultrapassar o período de franquias relativas, esta não será aplicada;

Período de Carência – Período pré-determinado contado imediatamente após a celebração do Contrato de Seguro, em que ainda não existe direito à prestação da Seguradora.

Período de Requalificação – Período em que, imediatamente após a cessação dos efeitos de um Sinistro, não existe direito à prestação da Seguradora;

Prestação da Seguradora – Importância paga pela Seguradora ao Beneficiário, em caso de sinistro coberto pela Apólice;

Seguradora – Entidade legalmente autorizada a exercer a atividade seguradora e que subscreve, com o Tomador do Seguro, o Contrato de Seguro;

Sinistro – O facto futuro, incerto e independente da vontade do Tomador do Seguro/Segurado/Pessoa Segura que determine o funcionamento das coberturas previstas na Apólice;

Tomador do Seguro – Pessoa que celebra com a Seguradora o Contrato de Seguro e é responsável pelo pagamento dos prémios;

I. CONDIÇÕES GERAIS COMUNS

1. PARTES/SUJEITOS:

SEGURADORA: CARDIF ASSURANCES RISQUES DIVERS, com sede em Boulevard Haussemann 1 – Paris e com sucursal em Portugal, sita na Torre Ocidente, Rua Galileu Galilei, n.º 2 – piso 10B, 1500-392 Lisboa, NIPC/matricula na Conservatória do Registo Comercial de Lisboa n.º 980 148 243, sujeita à supervisão da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões (ASF).

TOMADOR DO SEGURO / SEGURADO / PESSOA SEGURA: A(s) pessoa(s) identificada(s) nas Condições Particulares/Certificado de Subscrição. Nos termos da legislação aplicável, não poderá ser tomador, pessoa segura, segurado ou beneficiário do presente seguro a pessoa, singular ou colectiva, cujo nome conste nas listas públicas de sanções e embargos internacionais, nomeadamente nas listas públicas dos Estados Unidos da América e da União Europeia e nas listas de suspeitos de envolvimento em atividades de branqueamento de capitais, financiamento do terrorismo e corrupção. O tomador, a pessoa segura, o segurado e o beneficiário do presente seguro deverão comunicar qualquer destas circunstâncias à Seguradora antes da contratação do seguro ou de receber qualquer prestação ou benefício no âmbito do presente Contrato de Seguro. As Partes desde já acordam que a Seguradora tem o direito de não aceitar o contrato de seguro caso o tomador, o segurado ou o beneficiário constarem nas listas públicas acima referidas, bem como o

direito de denunciar o contrato de seguro, com efeitos imediatos e sem aviso prévio, caso tome conhecimento superveniente de que o tomador, o segurado ou o beneficiário constam nas listas públicas acima referidas. A Seguradora devolverá ao tomador o valor do prémio não usufruído após a data da denúncia, caso a legislação aplicável o permita.

BENEFICIÁRIO E MEDIADOR DE SEGURO: BNP Paribas Personal Finance, S.A., Sucursal em Portugal, com sede na Torre Ocidente, Rua Galileu Galilei, n.º 2 8º Piso, 1500-392 Lisboa, NIPC/matricula na Conservatória do Registo Comercial de Lisboa, registado junto do Banco de Portugal sob o código n.º 848 (consulta disponível em www.bportugal.pt) e junto da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões sob o número 07023128 (consulta disponível em www.asf.com.pt).

No presente Seguro, o mediador exerce a atividade de distribuição de seguros, na qualidade de agente de seguros, em nome e por conta da Cardif, e a sua atividade passa pela intervenção na celebração do contrato de seguro e/ou prestação de assistência na sua vigência. No âmbito de outros produtos, o mediador trabalha com outras seguradoras (a Pessoa Segura poderá encontrar informação acerca das outras seguradoras com as quais o mediador trabalha em <https://www.cetelem.pt/>) e não tem uma obrigação contratual de exercer a atividade de distribuição de seguros exclusivamente para a Cardif ou para outras seguradoras. O mediador não presta aconselhamento, i.e., não formula recomendações personalizadas à Pessoa Segura. O mediador está autorizado a receber prémios para serem transferidos para a Cardif, mas não tem poderes para celebrar contratos de seguro em seu nome. A remuneração do mediador em contrapartida da atividade de distribuição de seguros consiste numa comissão paga pela Cardif, correspondente a uma percentagem sobre o prémio de seguro pago pelo cliente, a que pode acrescer uma comissão adicional. A Pessoa Segura poderá solicitar informação sobre a remuneração do mediador.

BENEFICIÁRIO DO CONTRATO: o Beneficiário do Contrato é o Tomador do Seguro,

2. OBJECTO DO CONTRATO: o previsto nas Condições Especiais.

3. CONDIÇÕES DE ELEGIBILIDADE DO TOMADOR: i) ter entre 18 e 64 anos de idade (inclusive).

4. CELEBRAÇÃO DO CONTRATO: o Contrato tem-se por celebrado, nos termos propostos, mediante o acordo de vontades das partes. O Contrato consolida-se decorridos 30 dias sobre a data de entrega da apólice, caso o Tomador não haja invocado qualquer desconformidade entre o acordado e o seu conteúdo ou exercido o direito de livre resolução.

5. VIGÊNCIA DO CONTRATO. Início e Duração das Coberturas: o contrato vigora desde as 00 horas do dia seguinte à respetiva celebração (indicada nas Condições Particulares), até 31 de Dezembro seguinte e, desde essa data, por períodos de um ano, renovando-se então automaticamente por iguais períodos, salvo se uma das partes notificar a outra, por escrito, da intenção de não o renovar, pelo menos com 30 dias de antecedência face ao termo inicial ou da renovação em curso.

6. COBERTURAS: as previstas nas Condições Especiais.

7. EXCLUSÕES GERAIS: i) sinistro verificado antes da celebração do Contrato de Seguro; ii) sinistro resultante de afecção/situação existente à data da celebração do Contrato de Seguro pelo Tomador do Seguro e do qual tenha o mesmo conhecimento; iii) sinistro verificado durante o período de carência, caso o mesmo seja previsto e/ou definido nas Condições Especiais e/ou Particulares; iv) afecção/situação provocada/criada voluntariamente pelo Tomador do Seguro/Segurado/Pessoa Segura; v) guerra, guerra civil, insurreição, rebelião, revolução, terrorismo, convulsão social ou alteração da ordem pública; vi) sinistro resultante de reacção ou radiação nuclear ou contaminação radioactiva; vii) sinistro resultante de tremores de terra ou riscos catastróficos da natureza; viii) incapacidade, lesão ou doença preexistentes, bem como suas consequências ou agravamentos, excepto se a situação preexistente for conhecida da Seguradora antes da celebração do contrato caso em que será considerada a diferença entre o grau de incapacidade pré-existente e o seu agravamento resultante do acidente; ix) ações ou omissões dolosas ou grosseiramente negligentes praticadas pela Pessoa Segura, Tomador do Seguro ou Beneficiários, bem como por aqueles pelos quais sejam civilmente responsáveis; x) ações 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 a 0,5 gramas por litro; xi) ações ou omissões praticadas pela Pessoa Segura quando participe em distúrbios no trabalho, greves, lockout, tumultos, motins e alterações da ordem pública; xii) tentativa de suicídio; xiii) apostas e desafios; xiv) ações ou omissões que envolvam perigo iminente para a integridade física ou saúde da Pessoa Segura, que não sejam justificados pelo exercício da profissão; xv) acidente ocorrido enquanto a Pessoa Segura conduzir veículo, sem estar legalmente habilitada; xvi) acidente ocorrido enquanto a Pessoa Segura era transportada como passageiro de veículo conduzido por condutor não habilitado, quando essa circunstância for do seu conhecimento e voluntariamente se fizer transportar; xvii) acidente ocorrido enquanto a Pessoa Segura conduzir ou for transportada em veículo em situação de roubo, furto ou furto de uso, quando essa circunstância for do seu conhecimento e voluntariamente se fizer transportar; xviii) consequências de acidentes que consistam em: (i) hérnias de qualquer natureza, varizes e suas complicações, bem como lombalgias; (ii) infecção pelo vírus da síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA); (iii) ataque cardíaco ou acidente vascular cerebral, salvo quando causado por traumatismo físico externo; (iv) perturbações ou danos exclusivamente do foro psíquico; (v) implantação, reparação ou substituição de próteses ou ortóteses que não sejam intra-cirúrgicas; (vi) quaisquer doenças quando não se prove, por diagnóstico médico, que são sua consequência direta; xix) explosão, libertação de calor e irradiações provenientes de cisão de átomos ou radioatividade e ainda os decorrentes de radiações provocadas pela aceleração artificial de partículas; xx) prática desportiva em competições, estágios e respetivos treinos; xxi) pilotagem e utilização de aeronaves, exceto como passageiro de linha aérea regular; xxii) utilização de veículos motorizados de duas ou três rodas e moto-quatro; xxiii) prática das seguintes atividades: desportos terrestres motorizados; artes marciais, luta e boxe; paraquedismo, incluindo a prática de queda livre, parapente e asa delta; saltos ou saltos invertidos com mecanismos de suspensão corporal (ex. bungee jumping); tauromaquia e largadas de touros ou rezes; caça de animais ferozes ou que reconhecidamente sejam considerados perigosos; equitação com corrida e salto; motonáutica e esqui aquático; desportos náuticos praticados sobre prancha; descida de torrentes ou correntes originadas por desníveis nos cursos de água; mergulho com utilização de sistemas auxiliares de respiração (garrafas); caça submarina; desportos praticados sobre a neve e o gelo; alpinismo e escalada; "slide" e "rappel"; espeleologia; xxiv) danos causados por animais que, face à lei vigente, sejam considerados perigosos ou potencialmente perigosos e por animais selvagens, venenosos ou predadores, quando na posse da Pessoa Segura.

8. CAPITAIS SEGUROS: Em caso de ocorrência de um Sinistro, a Seguradora paga o valor previsto nas Condições Especiais, nos termos e durante o período aí definido. Este valor não pode ultrapassar os Capitais Máximos definidos. Não existe repartição dos capitais seguros.

9. ÂMBITO TERRITORIAL: o previsto nas Condições Especiais.

10. PRÉMIO(S):

10.1. Cálculo do Valor: o valor do prémio de seguro, para o conjunto das Coberturas, é o constante das Condições Particulares, de acordo com o Plano subscrito.

10.2. Modalidades de Pagamento: O pagamento do(s) prémio(s) será efectuado através de débito em cartão, a indicar pelo Tomador de Seguro, em alternativa por débito directo, no NIB a indicar, ou através de outro meio de pagamento disponível, desde que legalmente admissível. O Tomador do Seguro pode alterar a modalidade de

pagamento escolhida, de entre as possíveis, com efeitos na renovação do presente contrato.

10.3. Critério de ajustamento do prémio: não aplicável.

10.4. Falta de Pagamento do prémio: o não pagamento do prémio inicial, ou da primeira fração deste, na data do vencimento, determina a resolução automática do Contrato desde a data da sua celebração; o não pagamento do prémio de anuidades subsequentes, ou da primeira fração deste, na data do vencimento, impede a prorrogação do Contrato; o não pagamento de uma fração do prémio no decurso de uma anuidade, produz a resolução automática do Contrato na data do respectivo vencimento.

10.5. Alterações à Tarifa: A Seguradora reserva-se o direito de alterar as taxas constantes das Condições Especiais, se as comunicar ao Tomador do Seguro por escrito com pelo menos 60 dias de antecedência sobre a data da sua aplicação, e desde que o motivo da alteração seja um dos seguintes: i) sinistralidade superior à inicialmente prevista; ii) alterações das taxas de encargos legais incidentes sobre os prémios. O Tomador do Seguro pode resolver o Contrato de Seguro se discordar da alteração, por carta registada enviada à Seguradora, com pelo menos 30 dias de antecedência sobre a data da aplicação das novas taxas.

11. CARÊNCIA: período definido nas Condições Especiais, iniciado com a celebração do Contrato, durante o qual a Seguradora não garante qualquer sinistro.

12. FRANQUIA: valor pecuniário ou período de tempo que, em caso de sinistro coberto pela Apólice, pode não ser assumido pela Seguradora em termos de indemnização: (i) relativa (período durante o qual, em caso de sinistro coberto pela Apólice, não haverá lugar ao pagamento do capital seguro; uma vez ultrapassado esse período de tempo, o mesmo é assumido pela Seguradora e há lugar ao pagamento retroactivo do capital seguro); (ii) absoluta (sempre aplicada, independentemente do valor total ou do tempo total de indemnização), encontra-se definida nas Condições Especiais.

13. DEVERES DAS PARTES CONTRATANTES:

13.1 Da Seguradora: i) pagar as indemnizações previstas no presente Contrato, após confirmação do enquadramento do sinistro no âmbito das garantias do mesmo; ii) guardar sigilo, nos termos da lei, de todas as informações que lhe sejam fornecidas pelo Tomador do Seguro, nomeadamente as relativas à situação de crédito e ao estado de saúde.

13.2. Do Tomador do Seguro/Segurado/Pessoa Segura: i) declarar com exactidão todas as circunstâncias que conheça e que razoavelmente deva ter por significativas para a apreciação do risco pela Seguradora – declaração inicial de risco; ii) responder com verdade e rigor às questões que lhe sejam colocadas pela Seguradora; iii) o disposto nas alíneas anteriores é também aplicável a circunstâncias cuja menção não seja solicitada em questionário eventualmente fornecido pela Seguradora para o efeito; iv) na vigência do Contrato, comunicar as alterações do risco relativas ao objecto das informações prestadas na declaração inicial de risco, no prazo de 14 dias contados da data em que tiver conhecimento desse facto (não aplicável aos seguros de vida nem – se o agravamento resultar do estado de saúde do Segurado/Pessoa Segura – às respetivas coberturas complementares de acidente e invalidez por acidente ou doença); v) efectuar exames médicos que lhe sejam solicitados pela Seguradora, quer aquando da celebração do Contrato de Seguro quer em caso de Sinistro (o Segurado/Pessoa Segura pode, a pedido, aceder aos dados médicos dos exames realizados); vi) fornecer à Seguradora os documentos por este julgados necessários para a apreciação do cumprimento das condições de adesão ou da verificação das circunstâncias de um Sinistro; vii) comunicar à Seguradora a ocorrência de qualquer Sinistro coberto pela Apólice no prazo máximo de 8 dias; viii) contribuir para o não agravamento de qualquer situação susceptível de incrementar as consequências de um Sinistro eventualmente ocorrido; ix) informar a Seguradora de outros contratos de seguro com o mesmo objecto do Contrato.

14. OMISSÕES OU INEXACTIDÕES POR PARTE DO TOMADOR DO SEGURO/ SEGURADO/ PESSOA SEGURA:

14.1. Omissões ou inexactidões dolosas: o incumprimento doloso do dever de declaração inicial de risco previsto na cláusula 13.2, torna o contrato anulável mediante declaração enviada pela Seguradora ao Tomador do Seguro. Não tendo ocorrido Sinistro, esta declaração é enviada no prazo de 3 meses a contar do conhecimento do incumprimento. A Seguradora não está obrigada a cobrir o Sinistro que ocorra antes de ter tido conhecimento do incumprimento doloso ou no decurso do prazo de 3 meses, seguindo-se o regime geral da anulabilidade. A Seguradora tem direito ao prémio devido até ao final do prazo acima referido (salvo se tiver concorrido dolo ou negligência grosseira da Seguradora) ou, no caso de dolo do Tomador do Seguro/ Segurado/ Pessoa Segura, com o propósito de obter uma vantagem, até ao termo do Contrato.

14.2. Omissões ou inexactidões negligentes: o incumprimento negligente do dever de declaração inicial de risco previsto na cláusula 13.2, permite à Seguradora, mediante declaração a enviar ao Tomador do Seguro, no prazo de 3 meses a contar do seu conhecimento: i) propor uma alteração do Contrato, fixando um prazo de 14 dias para o envio da aceitação; ii) fazer cessar o Contrato, se não for possível a cobertura dos riscos relacionados com o facto omitido ou declarado inexatamente.

O Contrato cessa os seus efeitos 30 dias após o envio da declaração de cessação ou 20 dias após a receção pelo Tomador do Seguro da proposta de alteração, caso este nada responda. O prémio é devolvido *pro rata temporis*.

Se antes da cessação ou alteração do contrato ocorrer um sinistro cuja verificação ou consequências tenham sido influenciadas por facto relativamente ao qual tenha havido omissões ou inexactidões negligentes: i) a Seguradora cobre o Sinistro 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 inexatamente; ii) a Seguradora, demonstrando que, em caso algum, teria celebrado o Contrato se tivesse conhecido o facto omitido ou declarado inexatamente, não cobre o Sinistro e fica apenas vinculado à devolução do prémio.

15. PARTICIPAÇÃO DE SINISTROS:

15.1. **Procedimentos a adotar pelo Tomador do Seguro/Pessoa Segura/Segurado:** a participação de qualquer Sinistro deverá ser feita pelo Tomador/Pessoa Segura ou por quem o represente, através dos meios de comunicação que sejam indicados pela Seguradora no prazo máximo de 30 dias a contar daquele em que tenha conhecimento do mesmo, devendo ser utilizados para o efeito os documentos próprios disponibilizados pela Seguradora, acompanhados de documentação comprovativa da situação da Pessoa Segura/Segurado que se entende ser suscetível de fazer acionar as garantias do Contrato.

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

O Tomador do Seguro deverá enviar, entre outra que possa vir a ser solicitada e de acordo com a sua situação em concreto, a seguinte documentação: **em caso de (H AC):** cópia do auto policial / auto de notícia da ocorrência (caso exista); relatório hospitalar (detalhado) e da alta hospitalar, cópia do cartão de cidadão/BI da Pessoa Segura ou outro documento de identificação em sua substituição como por ex. passaporte ou carta de condução; **em caso de (PC):** Declaração médica a atestar que a Pessoa Segura, após ter recebido alta hospitalar, padece de uma incapacidade temporária absoluta para o desempenho de sua atividade, bem como o período previsto da incapacidade; **em caso de (DM):** o(s) documento(s) original(ais) comprovativo(s) das despesas médicas apresentadas a reembolso, bem como a prescrição médica referente a cada despesa apresentada e relação direta com o acidente coberto,

15.2. **Resposta da Seguradora:** a Seguradora dará a sua resposta definitiva no prazo de 30 dias após a receção de todos os documentos supra mencionados. A Seguradora pode solicitar, em casos excecionais, ao Tomador do Seguro/Pessoa Segura/Segurado outro(s) documento(s) ou exame ao estado de saúde que sejam estritamente necessários e imprescindíveis para a correta documentação e análise da situação, sendo da responsabilidade do Tomador do Seguro/Pessoa Segura/Segurado as despesas com a obtenção dos mesmos.

15.3. **Falta de participação do Sinistro:** na falta de participação do Sinistro, a Seguradora pode reduzir a prestação devida atendendo ao dano que lhe seja causado pelo incumprimento dos deveres previstos no número 1 desta cláusula. No caso de, dolosamente, os referidos deveres não serem cumpridos ou serem incorretamente cumpridos, determinando um dano

significativo para a Seguradora, considera-se perdida a cobertura em causa. Não haverá redução ou perda da cobertura se a Seguradora tomar conhecimento por outro meio durante o prazo previsto no número 1 desta cláusula ou se o Tomador do Seguro/ Pessoa Segura/ Segurado prove que não poderia razoavelmente ter participado o sinistro em momento anterior àquele em que o fez.

15.4. **Pagamento de Indemnizações:** o pagamento das indemnizações a que haja lugar é feito pela Seguradora directamente ao Beneficiário da cobertura accionada.

15.5. **Sub-rogação:** a Seguradora, uma vez paga a indemnização, fica sub-rogada até à concorrência da quantia indemnizada, em todos os direitos, ações e recursos do Tomador do Seguro/Pessoa Segura/Segurado contra terceiros responsáveis pelo Sinistro, obrigando-se o Tomador do Seguro/ Pessoa Segura/ Segurado a realizar ou permitir o que necessário for para efectivar esses direitos.

15.6. A participação de um Sinistro não suspende, nem isenta o Tomador do Seguro de continuar a cumprir, pontualmente, com as obrigações resultantes do presente Contrato. Pelo que, até decisão da Seguradora em contrário, deverá continuar a pagar as prestações inerentes ao mesmo.

16. **CESSAÇÃO DO CONTRATO E DAS COBERTURAS:** o Contrato cessa nos termos gerais, nomeadamente por caducidade, revogação, denúncia e resolução. As coberturas cessam automaticamente com a ocorrência da primeira das seguintes situações: i) cessação do Contrato de Seguro; ii) ultrapassagem da idade máxima para cada cobertura, indicada nas Condições Especiais; iii) atingido o capital máximo de indemnização previsto para cada cobertura.

16.1. **LIVRE RESOLUÇÃO:** o Tomador do Seguro pode, por notificação escrita enviada à Seguradora, resolver o Contrato sem invocar justa causa nos 30 dias após a data da recepção da Apólice. O prazo conta-se a partir da celebração do contrato, desde que o Tomador do Seguro disponha, nessa data, em papel ou outro suporte duradouro, de todas as informações relevantes sobre o seguro. Caso não seja entregue ao Tomador do Seguro a apólice aquando da celebração do Contrato ou no prazo de 30 dias, este pode resolver o Contrato, tendo a cessação efeito retroactivo e o Tomador do Seguro direito à devolução da totalidade do Prémio pago. Se tiverem sido entregues/recebidas quaisquer quantias a título de pagamento do serviço, ficam as partes obrigadas à restituição das mesmas no prazo de 30 dias a contar do envio/recepção da notificação da livre resolução.

17. **Resgate, Renúncia, Adiantamento e Transferência:** o Contrato não confere os direitos de renúncia ou de resgate, nem é prevista a realização de adiantamentos sobre a Apólice, nem a sua transferência, seja em que momento ou circunstância for.

18. **Incontestabilidade:** o Contrato baseia-se nas declarações da Seguradora e do Tomador do Seguro/ Pessoa Segura/ Segurado, sendo entendido que os intervenientes no Contrato mencionaram, com inteira veracidade, todos os factos ou circunstâncias que permitem a exacta apreciação do risco e que possam influir na aceitação do seguro ou na correcta determinação do Prémio aplicável.

19. **Investimento Autónomo:** o Contrato não dá lugar a investimento autónomo.

20. **Transmissão do Contrato:** depende do consentimento da Seguradora.

21. **Participação nos Resultados:** o Contrato não prevê a atribuição de participação nos resultados.

21. **Regime Fiscal:** Nos termos do Código do IRS, os prémios de seguros de saúde, de vida e de acidentes pessoais podem ser objecto de dedução à colecta do imposto, de acordo com limites e condições legais. O Tomador do Seguro deverá informar-se das regras fiscais aplicáveis no ano em que o Prémio seja pago.

22. **Reclamações:** as reclamações relativas à execução ou interpretação do Contrato podem ser dirigidas à Seguradora, sem prejuízo do recurso, para o efeito, à Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões (ASF); as reclamações contra o Mediador de Seguros podem ser igualmente apresentadas junto da ASF. Em qualquer caso, sem prejuízo do recurso aos tribunais judiciais ou a Entidades de Resolução Alternativa de Litígios.

23. **Legislação Aplicável:** ao Contrato aplica-se a legislação portuguesa.

24. **Resolução Alternativa de Litígios:** Em caso de litígio, o consumidor pode recorrer a uma entidade de resolução alternativa de litígios de consumo. Considera-se competente para dirimir um litígio de consumo, a entidade de resolução alternativa de litígios de consumo do local da celebração do Contrato. Caso não exista entidade de resolução alternativa de litígios com competência no local da celebração do Contrato, o

consumidor pode recorrer ao Centro Nacional de Informação e Arbitragem de Conflitos de Consumo, sito em Lisboa, com o endereço electrónico: cniacc@unl.pt e disponível na página www.arbitragemdeconsumo.org. Mais informações em www.consumidor.pt.

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

26. Acesso ao registo central de contratos de seguros de vida e de acidentes pessoais com beneficiários em caso de morte do da Pessoa Segura/ Segurado: através de pedido efetuado junto da ASF.

27. Dados Pessoais: Como parte da relação de seguro, e como o responsável pelo tratamento de dados, a Seguradora é obrigada a obter dados pessoais do Segurado, que estão protegidos pelo Regulamento Geral (EU) 2016/679 do Parlamento e do Conselho, que aprovou o Regime Geral sobre Protecção de Dados (RGPD).

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

Os dados pessoais recolhidos pela Seguradora são necessários para:

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

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

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

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

c) Para atender a interesses legítimos

A Seguradora usa os dados pessoais do Segurado para implementar e desenvolver os contratos de seguro, melhorar sua gestão de risco e defender direitos legais, incluindo: Comprovativo de pagamento do prémio ou contribuição; Prevenção de fraudes; Gestão de IT, incluindo de infraestruturas (por exemplo: plataformas compartilhadas) e continuidade de negócios e segurança de IT; Estabelecer modelos estatísticos individuais, com base na análise do número e ocorrência de perdas, por exemplo, para ajudar a definir a pontuação de risco de seguro do Segurado; Estabelecer estatísticas agregadas, testes e modelos para pesquisa e desenvolvimento, a fim de melhorar a gestão de risco do grupo de empresas da Seguradora ou para melhorar os produtos e serviços existentes ou criar novos; Implementação de campanhas de prevenção, por exemplo, criação de alertas relacionados a desastres naturais ou riscos de tráfego ou rodoviários; Formação dos colaboradores da Seguradora através da gravação de chamadas telefónicas recebidas e efetuadas pelos seus call centers; Personalização da oferta da Seguradora para o Segurado e de outras entidades do BNP Paribas através de: Melhoria da qualidade dos contratos de seguro; Anúncio dos contratos de seguro que correspondam a situação e perfil do segurado. Podendo ser alcançado através de: Segmentar os prospetos e clientes da Seguradora; Análise dos hábitos e preferências do Tomador nos vários canais de comunicação que a Seguradora disponibiliza (e-mails ou mensagens, visitas aos sites da Internet da Seguradora, etc.); e, Combinar os dados dos contratos de seguro do Segurado já subscreitos ou para os quais recebeu uma cotação, com outros dados que a Seguradora detenha sobre ele (por exemplo, a Seguradora pode identificar se o Segurado tem filhos, mas ainda não possui seguro de proteção familiar); Organizar competições de prémios, lotarias e campanhas promocionais.

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

Para cumprir as finalidades acima mencionadas, a Seguradora só divulga os dados pessoais do Titular da Apólice para os seguintes indivíduos e entidades: Equipa encarregue da gestão dos contratos do segurado; Intermediários e parceiros para gestão de contratos de seguro; Cosseguradoras, resseguradoras e fundos de garantia; Partes interessadas no contrato de seguro, tais como: Detentores de contratos,

assinantes e segurados, bem como seus representantes; Cessionários do contrato e beneficiários da sub-rogação; Pessoas responsáveis por incidentes, vítimas, seus representantes e testemunhas. Instituições de Segurança Social quando envolvem reclamações de seguro ou quando a Seguradora fornece benefícios complementares aos benefícios sociais; Entidades do Grupo BNP Paribas (por exemplo, o Tomador do Seguro pode beneficiar de toda a gama de produtos e serviços do Grupo); Provedores de serviços; Parceiros bancários, comerciais e de seguros; Autoridades financeiras ou judiciais, árbitros e mediadores, agências estatais ou órgãos públicos, mediante solicitação e na medida permitida por lei; Certos profissionais regulamentados, como profissionais de saúde, advogados, notários, curadores e auditores.

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

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

Se o Segurado desejar receber mais informações sobre o processamento dos seus dados pessoais pelo Segurado, poderá consultar o aviso de “proteção de dados” diretamente disponível no seguinte endereço <http://www.bnpparibascardif.pt/>

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

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

1. Em primeiro lugar, o correspondente de protecção de dados local da Seguradora enviando um e-mail em: pt.encarregadoprotecaodados@cardif.com, ou um correio normal em:

BNP Paribas CARDIF

Rua Galileu Galilei, Torre Ocidente, 10º B

1500-392 Lisboa

2. O encarregado de proteção de dados (DPO) do Grupo BNP Paribas enviando um e-mail para: dpo.portugal@bnpparibas.com, ou através de correio normal em:

BNP Paribas

Torre Ocidente – Rua Galileu Galilei, nº2 – 13ºPiso, 1500-392 Lisboa

27.1 Apresentação de Participação de Sinistro: Nomeadamente, ao apresentar uma reclamação, o Tomador do Seguro pode por vezes ser obrigado a fornecer à Seguradora dados relativos ao estado da sua saúde. O Tomador do Seguro aceita formalmente que os dados sobre o estado de sua saúde possam ser processados pela Seguradora somente para fins de gestão do contrato de seguro.

27.2 Preenchimento de Declaração de Boa Saúde: Ao adotar a política, o Segurado poderá às vezes ser obrigado a fornecer à Seguradora dados sobre o estado de sua saúde, por exemplo, ao preencher uma declaração de boa saúde, um questionário médico ou ao realizar formalidades médicas. O Tomador do Seguro aceita formalmente que os dados sobre o estado da sua saúde possam ser processados pela Seguradora somente para fins de conclusão do contrato de seguro.

II. CONDIÇÕES ESPECIAIS

APÓLICE NÃO VIDA – HOSPITALIZAÇÃO ACIDENTAL (H AC), PERÍODO DE CONVALESCENÇA (PC) E DESPESAS MÉDICAS (DM).

1. OBJECTO DO CONTRATO: o presente Contrato garante, em caso de sinistro, o pagamento de prestações pecuniárias convencionadas, de modo a fazer face a despesas em que a Pessoa Segura tenha que incorrer em consequência de um sinistro.

2. COBERTURAS: i) **HOSPITALIZAÇÃO ACIDENTAL (H AC):** a Seguradora garante, nos termos e com os limites máximos estabelecidos, o pagamento

de uma prestação pecuniária convencionada em consequência de hospitalização (internamento) da Pessoa Segura, por um período superior a 24 horas, numa qualquer Unidade Hospitalar reconhecida pelas entidades públicas competentes, desde que motivada por Acidente; ii) **PERÍODO DE CONVALESCENÇA (PC) – NÃO APLICÁVEL AOS FILHOS** – : a Seguradora garante, nos termos e com os limites máximos estabelecidos, o pagamento de uma prestação pecuniária convencionada, quando à Pessoa Segura (exceto Filhos), após ter recebido alta hospitalar na sequência de um sinistro de Hospitalização Acidental, aceite nos termos do Contrato, seja clinicamente determinado um período superior a 24 horas de incapacidade temporária absoluta; iii) **DESPESAS MÉDICAS (DM)**: a Seguradora garante, nos termos e com os limites máximos estabelecidos, o reembolso das seguintes despesas medicas prescritas por médico, que a Pessoa Segura incorra na sequência de um sinistro de Hospitalização Acidental aceite nos termos do Contrato: i) despesas relativas a honorários médicos e internamento hospitalar; ii) assistência medicamentosa, de enfermagem e de fisioterapia; iii) meios completos de diagnóstico; iv) próteses e ortóteses, que forem necessários em consequência de acidente; v) transporte para tratamento clínico regular, desde que a gravidade das lesões obrigue à utilização de meios clinicamente adequados.

3. ÂMBITO TERRITORIAL: ainda que a ocorrência do sinistro possa ter ocorrido fora do território português, a cobertura de Hospitalização Acidental é válida quando o internamento ocorrer em Portugal. Para efeitos da Cobertura de Despesas Médicas, o Contrato garante apenas o reembolso de despesas efectuadas em território português.

4. EXCLUSÕES ESPECÍFICAS:

4.1. (PC): a cobertura de (PC) não se aplica aos Filhos; para efeitos de **(DM)**: para além das exclusões gerais, encontram-se especificamente excluídas as seguintes Despesas Médicas: despesas sem prescrição médica ou tenham sido prescritas por profissionais que não estejam devidamente habilitados para o efeito.

5. IDADES MÁXIMAS PARA COBERTURA DE SINISTRO: 65 anos (inclusive), para o Tomador e o Cônjuge; 23 anos (inclusive), para os Filhos.

6. FUNCIONAMENTO DAS COBERTURAS / CAPITALS SEGUROS: o valor a pagar pela Seguradora, uma vez aceite um sinistro, será: **em caso de (H AC)**: 75€ por cada dia de Hospitalização, com um limite máximo de 180 dias de indemnização por sinistro e por Contrato; caso a Hospitalização tenha sido causada por acidente rodoviário (excepto se resultarem da utilização de veículos motorizados de 2 ou 3 rodas ou moto-quatro) o montante de indemnização será de 100€ por cada dia de indemnização, ao invés dos 75€; **em caso de (PC)**: 50€ por cada dia de Convalescença, com um limite máximo de 60 dias de indemnização por Sinistro e por Contrato; **em caso de (DM)**: as Despesas Médicas cobertas até um limite máximo de 2.000€ por Sinistro e 4.000€ por Contrato.

Sem prejuízo dos capitais máximos de indemnização estabelecidos para cada Cobertura, a Seguradora garante um capital máximo por Sinistro (acidente) de 5000€, para o conjunto de todas as Coberturas.

7. FRANQUIAS:

- **Temporal**: para efeitos de (H AC), 24horas (relativa); para efeitos de (PC), 24horas (absoluta); para efeitos de (DM), 72horas de Hospitalização (absoluta).

- **Pecuniária**: para efeitos de (DM), 20€ por Sinistro.