

Nota Informativa Sobre as Condições Gerais e Especiais

Seguro de Vida Associado aos Contratos de Mútuo - Crédito ao Consumo

Pode(m) aderir na qualidade de Segurado(s) ao Contrato de Seguro subscrito entre o Tomador do Seguro e o Segurador Vida identificado na Proposta de Subscrição, o(s) interveniente(s) do contrato de crédito ao consumo do NOVO BANCO, mediante a aceitação das presentes Condições:

CONTRATO

O Seguro de Vida associado ao Crédito Individual é um contrato de Seguro de Vida celebrado entre o Tomador do Seguro (1º interveniente do Crédito Individual) e o Segurador, em que o(s) Segurado(s) coincide(m) com o (s) interveniente(s) do Contrato de Crédito Individual. O Beneficiário desta apólice é a Instituição de Crédito, constante nas Condições Particulares, com carácter irrevogável.

O Seguro de Vida pode ser subscrito por um ou dois Segurados devendo esta opção constar do contrato de subscrição ao Seguro.

As declarações prestadas pelo Tomador do Seguro e pelo(s) Segurado(s), tanto na Proposta de Subscrição, como nos respetivos questionários exigidos, servem de base ao presente contrato, o qual é incontestável após a sua entrada em vigor. As declarações INTENCIONALMENTE inexatas ou incompletas que alterem a apreciação do risco tornam o Contrato ANULÁVEL, não tendo o Tomador do Seguro, em caso de má-fé, direito a qualquer restituição de prémios.

Sempre que a interpretação do texto o permita, o masculino englobará o feminino e o singular o plural e vice-versa.

QUEM É O BENEFICIÁRIO DESTE CONTRATO?

O Beneficiário da Apólice é a Instituição Financeira, que disponibiliza o crédito ao Tomador do Seguro, benefício que esta expressamente aceita até à data da liquidação do crédito, no máximo até aos 65 anos do Segurado e o Tomador do Seguro revogue o seu direito em alterar.

O QUE FICA GARANTIDO (COBERTURAS)?

Garante o pagamento ao Beneficiário da totalidade do capital Seguro, que corresponde ao valor do saldo em dívida do contrato de crédito ao consumo do NOVO BANCO associado a este seguro, se ocorrer qualquer uma das seguintes situações: Seguro Principal Morte do Segurado.

Seguro Complementar Invalidez Absoluta e Definitiva do Segurado por doença ou acidente.

Seguro Complementar Invalidez Absoluta e Definitiva do Segurado por doença ou acidente.

Definições:

a) O Segurado é considerado em estado de Invalidez Absoluta e Definitiva quando, em consequência de doença ou acidente, fique total e definitivamente incapaz de exercer qualquer atividade remunerada e, simultaneamente, na obrigação de recorrer à assistência permanente de uma terceira pessoa para efetuar cumulativamente os atos elementares da vida corrente e desde que apresente um grau de incapacidade igual ou superior a 85%, de acordo com a "Tabela Nacional de Incapacidade por Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais" oficialmente em vigor no momento do reconhecimento da invalidez.

Entende-se por ato elementar da vida corrente:

- Lavar-se: significa efetuar os atos necessários à manutenção de um nível de higiene correto;

- Alimentar-se: significa tomar as refeições preparadas e servidas à mesa;

- Vestir-se: significa vestir-se e despir-se, tomando em consideração o vestuário usado habitualmente;

- Deslocar-se no local de residência habitual.

O reconhecimento da situação de Invalidez Absoluta e Definitiva (ou do seu grau) deve ser feito com base em sinais médicos objetivos, por um médico do Segurador ou, em caso de divergência com este, por Junta Médica a funcionar como Tribunal Arbitral ou por Tribunal Judicial, prevalecendo aquele sobre quaisquer pareceres ou decisões da Segurança Social, Caixa Geral de Aposentações ou qualquer outro regime facultativo ou obrigatório que os substitua ou complemente. Não é válida a definição de "Grande Inválido" atribuído pela Segurança Social.

b) Entende-se por acidente todo o acontecimento fortuito, súbito e anormal, devido a causa exterior e estranha, à vontade do

Segurado e que neste origine lesões corporais OCORRIDO NA VIGÊNCIA DO CONTRATO.

São equiparados a acidente as intoxicações e o afogamento. As coberturas previstas neste contrato não podem ser determinadas ou causadas por doenças, patologias ou estado de saúde pré-existente à data da celebração do mesmo, caso em que o Segurador fica exonerado da obrigação de pagamento do capital seguro.

CAPITAL SEGURO E A SUA RELAÇÃO COM O CAPITAL EM DÍVIDA NO CONTRATO DE MÚTUO:

O Capital Seguro corresponde em cada momento ao capital em dívida no Contrato de Crédito Individual contraído pelo Tomador do Seguro/Segurado. O Capital Seguro vigora até ao termo do período de vigência do Contrato de Crédito Individual, e no máximo até aos 65 anos do Segurado. Para o cálculo do Capital Seguro não se contabilizam as prestações vencidas e não pagas e os juros e encargos sobre elas incidentes, deduzindo-se as amortizações parciais.

O QUE É NECESSÁRIO PARA SUBSCREVER?

Idade de Subscrição:

Idade de Subscrição: Idade mínima de 18 anos e estar enquadrado na Declaração de Saúde que consta da Proposta de Subscrição. Idade limite de permanência: 65 anos. A soma da idade do Segurado com o prazo do empréstimo não poderá ultrapassar a idade limite de permanência de 65 anos. Em caso de 2 vidas seguras considera-se a idade do mais velho.

QUANDO SE INICIAM AS GARANTIAS DO CONTRATO?

As garantias do Seguro de Vida têm efeito a partir da data de subscrição do Contrato de Financiamento e após aceitação por parte do Segurador.

QUANDO É QUE CESSAM AS GARANTIAS DO CONTRATO?

As garantias terão efeito durante toda a vigência do Contrato de Financiamento, cessando por:

- Por resolução ou liquidação antecipada do Contrato de Financiamento;

- Por ANULABILIDADE do contrato de seguro por falsas declarações, omissões ou declarações inexatas ou incompletas sobre o estado de saúde que alterem a apreciação do risco. Se a responsabilidade destas declarações for atribuída ao Segurado será cancelada a cobertura sobre esta pessoa;

- Por tentativa de suicídio do Segurado para a garantia da Invalidez Absoluta e Definitiva;

- Por Morte ou Invalidez Absoluta e Definitiva do Segurado;

- No final da anuidade em que o Segurado ou um dos Segurados atinja 65 anos.

COMO É CALCULADO O PRÉMIO?

O prémio é único e calculado em função da idade do Segurado, do prazo, do valor do crédito e do facto do Capital Seguro ser idêntico para ambas as coberturas, não havendo lugar a estornos em caso de amortizações parciais do capital financiado. O cálculo do prémio considera a idade real do Segurado (diferença entre a data de adesão ao seguro e a data de nascimento) e o plano inicial de amortizações do empréstimo. A base de cálculo consta do precário em vigor na Instituição de Crédito. No seguro sobre 2 vidas, o prémio corresponde a 95% da soma dos prémios calculados individualmente. Acrescem ainda ao prémio anual os encargos legalmente estabelecidos, nomeadamente o INEM (Instituto Nacional de Emergência Médica), cujo valor é de 2,5%.

COMO PAGAR OS PRÉMIOS?

O prémio é pago de uma só vez e faz parte do capital financiado. O Tomador do Seguro pagará o seu valor de forma fracionada e integrada na prestação mensal de vida no contrato de mútuo.

O QUE SUCEDE CASO SE VERIFIQUE FALTA DE PAGAMENTO?

A falta de pagamento do prémio dentro dos 30 dias posteriores ao seu vencimento, concede ao Segurador, após pré-aviso ao Segurado em carta registada com pelo menos 8 dias de antecedência, a possibilidade de proceder à **RESOLUÇÃO** do contrato. A utilização desta faculdade não prejudica direito do Segurador ao prémio correspondente ao período decorrido

ALTERAÇÕES E DENÚNCIA DO CONTRATO POR INICIATIVA DO TOMADOR DO SEGURO:

1) ALTERAÇÕES do Contrato

As alterações às Condições do Contrato dependem da aceitação recíproca do Tomador do Seguro e do Segurador. As alterações produzem efeito na data aniversária e desde que sejam comunicadas por escrito e recebidas no Segurador com pelo menos 60 dias de antecedência em relação a essa data. Entende-se por data aniversária a que consta das Condições Particulares da Apólice.

Na Anuidade das Condições Particulares

2) DENÚNCIA

O pedido de Denúncia do Contrato terá efeito na anuidade seguinte. **As alterações e o pedido de DENÚNCIA** devem ser solicitadas por escrito e recebidas no Segurador, com pelo menos **30 dias** de antecedência em relação à data de alteração ou Denúncia.

JUSTIFICAÇÃO E RECONHECIMENTO DO DIREITO ÀS IMPORTÂNCIAS SEGURAS

Em caso de Morte do Segurado:

Documentação a entregar ao segurador em caso de sinistro pelo Tomador do Seguro e/ou beneficiários:

- Documento de identificação do Segurado;**
- Certificado de óbito do Segurado;**
- Quando o óbito for motivado por doença – será necessário apresentar o relatório médico sobre as causas e evolução da mesma, incluindo as datas de diagnóstico, exames e tratamentos efetuados;**
- Quando o óbito for motivado por acidente, intervenção de terceiros ou causa desconhecida – será necessário apresentar: cópia autenticada do auto de ocorrência ou de documento de descrição do acidente emitido por entidade competente, cópia do relatório de autópsia médico-legal ou de documento que comprove a sua dispensa e decisão do processo judicial (em caso de intervenção de terceiros).**

Feita a participação do sinistro, bem como entregues todos os documentos complementares que eventualmente sejam solicitados pelo Segurador, este, compromete-se a comunicar ao Segurado e/ou ao Beneficiário, no prazo máximo de trinta (30) dias, se considera ou não o mesmo garantido ao abrigo do contrato. O Capital seguro será pago ao beneficiário designado, o mutuário do contrato de crédito ao consumo, associado a este seguro.

As diferenças verificadas entre as idades declaradas na Proposta de Subscrição e as constantes do documento de identificação dão lugar a correções das importâncias seguras, de acordo com os prémios pagos, tendo em conta a idade exata e as tarifas em vigor à data da emissão da Apólice.

Em caso de Invalidez Absoluta e Definitiva do Segurado:

a) Em caso de invalidez o Segurado deve enviar ao Segurador um atestado do médico assistente indicando o início, as causas, a natureza e a evolução do estado de incapacidade. Este atestado, de conta do Segurado, deve ser enviado ao Segurador nos 60 dias que se seguirem à constatação da Invalidez Absoluta e Definitiva. Deve ser junta uma descrição exata da atividade exercida pelo Segurado antes da incapacidade.

b) O facto que justifica a invalidez (a sua causa) terá que se verificar durante a vigência do contrato e/ou durante o período em que a cobertura esteja em vigor para o Segurado e, simultaneamente, terá que ser denunciado ao Segurador no prazo máximo de 60 dias a contar da data da cessação da cobertura, quando esta ocorrer nos termos do previsto nas alíneas a), e) e f) do Artigo 5º. Destas Condições Especiais.

c) O Segurador reserva-se o direito de exigir qualquer justificação complementar e de proceder às investigações que julgar convenientes para a determinação exata do estado do Segurado mandando-o examinar pelos seus médicos se assim o entender. Neste caso, as despesas são de conta do Segurador. O Segurado

deve autorizar o seu médico assistente a fornecer, confidencialmente, ao médico representante do Segurador, toda a informação médica respeitante ao sinistro declarado.

d) A falta de cumprimento por parte do Beneficiário ou do Segurado ao disposto nas alíneas anteriores bem como a falta de verdade nas informações prestadas ao Segurador implicam a perda do direito às importâncias seguras.

e) O Segurador comunicará ao Tomador do Seguro e/ou Segurado se aceita ou não a sua pretensão no mais curto prazo que se seguir à receção dos documentos indicados nas alíneas a) e c).

f) Na falta de acordo qualquer dos interessados poderá promover a resolução da divergência requerendo a Junta Médica, que funcionará como Tribunal Arbitral. A Junta Médica será constituída por três médicos, um nomeado por cada uma das partes e o terceiro, que presidirá com voto de desempate, por acordo entre os nomeados pelas partes ou, na falta de acordo, pelo Instituto Nacional de Medicina Legal - Gabinete da área de residência do Segurado. O Tribunal Arbitral funcionará de acordo com a Lei 31/86 mas os árbitros designados pelas partes terão obrigatoriamente que ser médicos. Em caso de Junta Médica a funcionar como Tribunal Arbitral, o Segurador e o Tomador do Seguro ou Segurado suportarão os honorários e despesas do médico/árbitro que lhes cumpra designar, sendo os do Presidente suportados em partes iguais por ambas as partes. Na falta do Tomador do Seguro ou Segurado as despesas que lhes caberiam serão suportadas pelos Beneficiários por dedução às importâncias a pagar.

g) Os prémios e sobre prémios do Seguro Principal bem como os prémios relativos ao Seguro Complementar de Invalidez Absoluta e Definitiva que eventualmente se vençam no decorrer das discussões devem ser pagos ao Segurador. Se a decisão for no sentido de reconhecer a existência de Invalidez Absoluta e Definitiva, o Segurador restituirá as quantias recebidas e pagará, se for caso disso, as importâncias devidas acrescidas do juro de 3% ao ano, contado desde o fim do prazo indicado em 3.

h) Se a Invalidez proveniente de doença ou acidente for agravada ou resultar de defeito físico de que o Segurado já era portador à data da sua inclusão no Seguro, a responsabilidade do Segurador não poderá exceder a que teria se, a doença ou o acidente, tivesse ocorrido a uma pessoa saudável e normal, sem prejuízo da anulabilidade do seguro de vida por falsas declarações sobre o estado de saúde do Segurado, caso as mesmas se verifiquem.

g) O grau de desvalorização correspondente aos defeitos físicos de que o Segurado já era portador à data da sua inclusão no Seguro, não concorrerá para a fixação do grau de desvalorização a atribuir ao abrigo desta cobertura.

QUAIS OS RISCOS QUE FICAM EXCLUÍDOS?

A cobertura de Morte garantida ao abrigo deste Contrato terá efeito seja qual for a causa da mesma, exceto nos casos em que o falecimento seja provocado por:

a) Ato criminoso de que o Beneficiário / Segurado seja autor material ou moral ou de que tenha sido cúmplice;
b) Suicídio, se este se verificar no primeiro ano de adesão à Apólice, ou no decorrer do primeiro imediato a qualquer aumento de capital;

c) Sinistros como consequência direta ou indireta de ato intencional do Segurado ou praticado com a cumplicidade;

d) Desastres de Aviação, salvo quando o Segurado for passageiro de avião de carreira comercial de transporte de passageiros, devidamente autorizada pela IATA (Associação Internacional do Transporte Aéreo);

e) Ferimentos ou lesões provocadas por participação ativa em atos de sequestro, tumultos, insurreição, motins, rixas, terrorismo ou sabotagem, sempre que o segurado não tenha atuado em legítima defesa ou na tentativa de salvamento de pessoas ou bens.

f) Revolução, guerra civil e guerra com país estrangeiro declarada ou não;

g) Estado de alcoolismo e ingestão de drogas quando não recomendadas clinicamente;

h) Ocorrência de riscos nucleares;

i) Desportos de risco tais como corridas de automóveis, motociclos, caça fora do território Europeu, caça submarina, mergulho, montanhismo, espeleologia, Prática de boxe, qualquer modalidade de luta, Bungee Jumping, motociclismo, espeleologia, pilotagem de aeronaves não ligadas a linhas comerciais e em geral todo o tipo de veículos aéreos, alpinismo, viagens de exploração,

tauromaquia, treino de feras paraquedismo, voo livre, voo sem motor, asa-delta, ultraligeiro, e em geral, qualquer desporto ou atividade recreativa de carácter notoriamente perigoso.

j) Sinistros ocasionados por competições, apostas ou tentativas de alcançar recordes e em geral todos os atos notoriamente perigosos que não sejam justificados por qualquer necessidade profissional ou tentativa de salvamento de pessoas.

QUAL O ÂMBITO TERRITORIAL DO CONTRATO?

O âmbito territorial do presente contrato é extensível a todo o mundo, no entanto as coberturas garantidas ao abrigo da presente Apólice podem ser alvo de restrições em caso de doença ou acidentes motivados por riscos políticos e riscos de guerra.

EM QUE CONSISTEM OS RISCOS POLÍTICOS E DE GUERRA?

Consideram-se "riscos políticos e riscos de guerra" quaisquer consequências, diretas ou indiretas, de tumultos, revoluções, sequestro, guerra civil ou guerra com país estrangeiro, declarada ou não, insurreição, motins, rixas, terrorismo ou sabotagem conforme definido na legislação penal portuguesa em vigor, qualquer que seja o lugar em que se desenrolem os acontecimentos e quaisquer que sejam os protagonistas.

EXISTEM RESTRIÇÕES NOS CASOS EM QUE O SEGURADO FAÇA PARTE DAS FORÇAS ARMADAS?

Se o Segurado fizer ou vier a fazer parte das forças armadas ou assimiladas - formações paramilitares - voluntária ou obrigatoriamente e entrar em operações de guerra ou em hostilidades de qualquer natureza, ficam suspensas as garantias do Contrato desde a data da declaração de guerra ou, na sua falta, desde o início das hostilidades até seis meses após a sua cessação, exceto no caso de convenção especial e pagamento do respetivo sobre o prémio.

PARTICIPAÇÃO NOS RESULTADOS

Esta Apólice não atribui Participação de Resultados ao Tomador do Seguro.

QUAL É O ENQUADRAMENTO FISCAL DO CONTRATO?

Este Contrato é regido pelos Artºs. 12º e 86º do Código do IRS e subalínea ii), alínea a) do nº 5 do Artigo 1º do Código de Imposto de Selo, não recaindo sobre o Segurador qualquer ónus ou encargo em consequência da alteração desse regime.

PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS INFORMATIZADOS:

Os dados recolhidos serão processados e armazenados informaticamente e destinam-se à utilização nas relações contratuais com o Segurador e os seus Subcontratados. As omissões, inexactidões e falsidades, quer no que respeita a dados de fornecimento obrigatório, quer facultativo, são da responsabilidade do Segurado.

ESCLARECIMENTOS:

Qualquer esclarecimento deverá ser comunicado por Escrito ao Segurador, através da Instituição de Crédito, identificada nas Condições Particulares deste Contrato.

LEGISLAÇÃO E FORO

O presente contrato rege-se pela Lei portuguesa. Nos casos omissos no presente contrato, recorrer-se-á à legislação aplicável.

O foro competente para dirimir os litígios emergentes deste contrato é o fixado na lei civil.

Condições Gerais**Seguro de Vida Associado aos Contratos de Mútuo - Crédito ao Consumo**

Pode(m) aderir na qualidade de Segurado(s) ao Contrato de Seguro subscrito entre o Tomador do Seguro e o Segurador Vida identificado na Proposta de Subscrição, o(s) interveniente(s) do contrato de crédito ao consumo, mediante a aceitação das presentes Condições:

1. DEFINIÇÕES

1.1. Para os efeitos do presente Contrato, entende-se por:

- a) Segurador: Segurador Vida identificado na Proposta de Subscrição;
 - b) Tomador do Seguro: a Entidade que celebra o Contrato com o Segurador, sendo responsável pelo pagamento do prémio;
 - c) Segurado/Pessoa Segura: a pessoa sujeita aos riscos, que nos termos acordados, são objeto deste Contrato;
 - d) Beneficiário: a Entidade a favor da qual é celebrado o Contrato, identificado na proposta de subscrição.
 - e) Apólice: documento que titula o Contrato celebrado entre o Tomador do Seguro e o Segurador, de onde constam as respetivas Condições Gerais, Especiais e Particulares acordadas;
 - f) Prémio: é a importância paga pelo Tomador do Seguro ao Segurador como contrapartida das garantias estabelecidas no Contrato.
 - g) Proposta de subscrição – documento a preencher e assinar pelo Tomador de Seguro e Segurado, do qual constem os elementos de informação essenciais para a apreciação do risco proposto e que, se aceite, constituirá a base essencial do contrato.
 - h) Capital Seguro – o valor do saldo em dívida do contrato de crédito ao consumo do NOVO BANCO associado a este seguro.
 - i) Idade Atuarial - A idade de aniversário do Segurado mais próxima da data de celebração do contrato de seguro ou da sua renovação ou seja se a pessoa segura, à data da celebração do contrato de seguro ou da sua renovação, estiver a menos de 6 meses da respetiva data aniversária, considera-se a sua idade real em anos inteiros, acrescida de um ano.
- 1.2. Sempre que a interpretação do texto o permita, o masculino englobará o feminino e o singular o plural e vice-versa.

ARTIGO 2º - GARANTIAS DO CONTRATO

2.1. Ao abrigo do presente contrato, o Segurador garante, em caso de **Morte** do Segurado ocorrida durante a vigência da Apólice, o pagamento do capital seguro ao Beneficiário designado. Quando ao abrigo do presente contrato fiquem garantidos dois Segurados (no caso do seguro ser sobre duas vidas), a ocorrência da morte de um dos Segurados determina a cessação automática do contrato.

2.2. As coberturas previstas neste contrato não podem ser determinadas ou causadas por doenças, patologias ou estado de saúde pré-existente à data da celebração do mesmo, caso em que o Segurador fica exonerado da obrigação de pagamento do capital seguro.

ARTIGO 3º - INCONTESTABILIDADE/DECLARAÇÃO INICIAL DE RISCO

3.1. **Incontestabilidade:** Decorridos 2 (dois) anos sobre a celebração do contrato, o Segurador não se pode prevalecer de eventuais omissões ou inexatidões negligentes prestadas pelo Tomador do Seguro ou Segurado na Declaração Inicial do Risco. O disposto no número anterior é unicamente aplicável à cobertura do risco de morte, não sendo portanto aplicável à cobertura de invalidez absoluta e definitiva complementar do seguro de vida.

3.2. Declaração Inicial do Risco

O Tomador do Seguro e Segurado estão obrigados no momento em que propõem a adesão ao Seguro, a declararem com inteira veracidade todos os factos ou circunstâncias que permitam a exata apreciação do risco ou possam influir na aceitação da referida adesão ou na correta determinação do prémio aplicável. A declaração em causa deve incluir os factos e circunstâncias que não sejam expressamente solicitados em questionário eventualmente fornecido para o efeito pelo Segurador. As declarações prestadas pelo Tomador do Seguro e Segurado (ou pelos Segurados, no caso do seguro ser sobre duas vidas), na proposta de subscrição e respetivos questionários exigidos e/ou Declaração de Saúde servem de base ao presente Contrato, o qual é incontestável após a sua entrada em vigor, sem prejuízo do estabelecido nos Artigos infra.

ARTIGO 4º - OMISSÕES OU INEXATIDÕES DOLOSAS DO TOMADOR DO SEGURO OU DO SEGURADO

4.1. **Caso se verifiquem omissões ou inexatidões dolosas na**

Declaração Inicial do Risco efetuada pelo Tomador do Seguro ou pelo Segurado nos termos previstos no número 2 do artigo 3º, o contrato é anulado pelo Segurador mediante o envio de declaração nesse sentido ao Tomador do Seguro, no prazo de três (3) meses a contar do conhecimento do incumprimento.

4.2. **Caso ocorram sinistros, quer antes do Segurador ter tido conhecimento do incumprimento doloso, quer ainda no prazo referido no número anterior, os mesmos não ficam cobertos pelo contrato.**

4.3. **Sem prejuízo do disposto nos números anteriores, o Segurador tem direito ao prémio devido até ao final do prazo referido no número 1, ou, nos casos em que o dolo do Tomador do Seguro / Segurado tenha o propósito de obter uma vantagem, até ao termo do contrato.**

ARTIGO 5º - OMISSÕES OU INEXATIDÕES NEGLIGENTES DO TOMADOR DO SEGURO OU DO SEGURADO

5.1. **Caso se verifiquem omissões ou inexatidões negligentes na Declaração Inicial do Risco efetuada pelo Tomador do Seguro ou pelo Segurado nos termos previstos no número 1 do artigo 4º, o Segurador pode:**

- a) **Propor uma alteração ao contrato, fixando um prazo, não inferior a catorze (14) dias para o Tomador do Seguro / Segurado se pronunciar;**
- b) **Anular o contrato, caso se comprove que o Segurador em caso algum teria celebrado o contrato se tivesse conhecido o facto omitido ou declarado inexatamente.**

5.2. **De acordo com o definido no número anterior, o contrato cessa os seus efeitos vinte (20) dias após o envio da proposta de alteração por parte do Segurador, se o Tomador do Seguro / Segurado não concordar com a mesma, ou trinta (30) dias após o envio da declaração de cessação prevista na alínea b).**

5.3. **Ocorrendo a cessação do contrato, o prémio é devolvido tendo em conta o período de tempo ainda não decorrido até à data de vencimento.**

5.4. **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 omissão ou inexatidão negligente, o Segurador:**

- a) **Garante o sinistro na proporção da diferença entre o prémio pago e o prémio que seria devido, caso, aquando da celebração do contrato, tivesse conhecimento do facto omitido ou declarado inexatamente;**
- b) **Não garante o sinistro, demonstrando que em caso algum teria celebrado o contrato se tivesse conhecido o facto omitido ou declarado inexatamente.**

ARTIGO 6º - INÍCIO, DURAÇÃO DO CONTRATO E EFEITO DA COBERTURA

O presente Contrato tem o seu início às zero horas da data estipulada nas Condições Particulares da Apólice. A cobertura deste Contrato não pode ser outorgada antes das zero horas do dia imediato àquele em que o Segurado preencher as condições de admissão expressas no ponto 5 destas Condições Gerais. A duração do Contrato é a indicada nas Condições Particulares.

ARTIGO 7º. CONDIÇÕES DE ADMISSÃO E EFETIVAÇÃO DO SEGURO

7.1. Para a realização deste seguro a pessoa a segurar deverá preencher na sua totalidade e assinar, conjuntamente com o Tomador do Seguro, a proposta de subscrição do seguro da qual fará constar os elementos relativos à sua identificação civil e fiscal bem como o beneficiário, de acordo com as garantias do Contrato.

7.2. Será necessária a apresentação de Exames Médicos para todas as pessoas cujo estado de saúde tenha sofrido qualquer alteração importante devida a Doença ou Acidente ou a qualquer outro facto que influa na apreciação do risco coberto.

7.3. A pessoa a segurar que, à data do início deste seguro, se encontrar na situação de baixa por doença, só será admitido no Seguro quando regressar ao serviço e desde que satisfaça as Condições de Admissão constantes dos demais números desta cláusula.

7.4. Para uma completa apreciação do risco, o Segurador deverá

ter em consideração a análise dos Questionários e dos Exames Médicos exigidos, bem como a atividade profissional e extraprofissional do Segurado. Perante a análise dos elementos disponíveis, o Segurador poderá:

- a) Aceitar a pessoa a segurar sem reservas, o que se materializa pela emissão das Condições Particulares da apólice;
- b) Aceitar a pessoa a segurar, com reservas ou condições específicas e/ou com agravamento do prémio. Sempre que o Segurador, no uso do direito que lhe assiste, contra propuser a aceitação com a condição prevista na alínea b), o seguro só se considera em vigor depois do Tomador do Seguro expressar, por escrito, a aceitação da contraproposta.

ARTIGO 8º - ALTERAÇÃO AO CONTRATO

8.1. As alterações às Condições do Contrato dependem da aceitação recíproca do Tomador do Seguro e do Segurador.

8.2. As alterações produzem efeito na data aniversária e desde que sejam comunicadas por escrito e recebidas no Segurador com pelo menos 60 dias de antecedência em relação a essa data.

Entende-se por data aniversária a que consta das Condições Particulares da Apólice.

Artigo 9º - CAPITAL SEGURO

9.1. O Capital Seguro consta nas Condições Particulares e está relacionado com o capital em dívida do contrato de mútuo ao qual se encontra associado.

9.2. O critério de ajustamento do Capital Seguro ao capital em dívida e consequentemente, do valor do prémio, consta das Condições Particulares e faz parte dos deveres de informação pré-contratuais a prestar ao Tomador do Seguro.

ARTIGO 10º - PRÉMIO DO CONTRATO

10.1. Os prémios devidos serão calculados de acordo com as tarifas em vigor no Segurador à data da subscrição, acrescidos dos encargos legalmente obrigatórios.

10.2. O valor do prémio é calculado única e exclusivamente com base no capital seguro ao abrigo da Apólice e coberturas inscritas pelo Tomador do Seguro.

ARTIGO 11º - PAGAMENTO DO PRÉMIO

11.1. O prémio, acrescido dos encargos legalmente estabelecidos, é devido pelo Tomador do Seguro de forma antecipada, por uma só vez.

11.2. O prémio, será pago através da conta bancária indicada na proposta de subscrição.

ARTIGO 12º - FALTA DE PAGAMENTO DO PRÉMIO

12.1. A falta de pagamento do prémio dentro dos 30 dias posteriores ao seu vencimento, concede ao Segurador nos termos legais, a faculdade de proceder à RESOLUÇÃO da Apólice, mediante o envio de uma comunicação dirigida simultaneamente, quando distintos, ao Tomador do Seguro e ao Segurado com pelo menos 8 dias de antecedência em relação à data efeito, sem prejuízo do estabelecido em 14.4.

12.2. A utilização da faculdade concedida no número anterior, não prejudica o direito do Segurador ao prémio correspondente ao período decorrido.

ARTIGO 13º - REPOSIÇÃO DO CONTRATO EM VIGOR

13.1. O Tomador do Seguro pode repor em vigor, nas condições originais, uma Apólice resolvida por falta de pagamento, dentro do prazo de seis (6) meses a contar da data da resolução, mediante o pagamento dos prémios em atraso e respetivos juros de mora.

13.2. O Segurador reserva-se o direito de, neste caso, subordinar a revalidação da Apólice ao resultado favorável de um exame médico do Segurado (ou dos Segurados, no caso do seguro ser sobre duas vidas).

As despesas dos exames médicos são por conta do Tomador do Seguro.

13.3. Qualquer revalidação, solicitada em data posterior ao período indicado, dará origem a uma nova Apólice a qual será efetuada de acordo com as bases técnicas aprovadas oficialmente.

ARTIGO 14º - BENEFICIÁRIOS

14.1. O Beneficiário irrevogável deste contrato é a Entidade a favor da qual é celebrado o contrato de crédito ao consumo, identificado na proposta de subscrição.

14.2. A renúncia do Tomador do Seguro em alterar a cláusula beneficiária assim como, nesse caso, a aceitação do Beneficiário consta na proposta de subscrição.

14.3. Sendo a cláusula beneficiária irrevogável, será necessário o prévio acordo do Beneficiário para que se proceda ao exercício de qualquer outro direito ou faculdade de modificar as condições contratuais que tenham incidência sobre os direitos do Beneficiário, exceto em caso de falsas declarações.

14.4. Sendo a cláusula beneficiária irrevogável o Segurador comunicará, simultaneamente, ao Beneficiário e ao Segurado a falta de pagamento do prémio e respetivas consequências.

14.5. Sendo a cláusula beneficiária irrevogável o Segurador comunicará, simultaneamente, ao Beneficiário e ao Tomador do Seguro a resolução do contrato por qualquer motivo.

ARTIGO 15º - CESSAÇÃO DAS COBERTURAS

15.1. As coberturas garantidas ao abrigo do presente contrato cessam para o Segurado (ou Segurados, no caso do seguro ser sobre duas vidas), na data em que:

- a) O Contrato seja resolvido por qualquer das partes - Segurador ou Tomador do Seguro;
- b) Forem pagas as prestações garantidas ao abrigo do presente contrato;
- c) No termo da anuidade em que o Segurado completar a idade limite de permanência para a cobertura.

ARTIGO 16º - RISCOS EXCLUÍDOS

A cobertura de Morte garantida ao abrigo deste Contrato terá efeito seja qual for a causa da mesma, exceto nos casos em que o falecimento seja provocado por:

- a) Ato criminoso de que o Beneficiário / Segurado seja autor material ou moral ou de que tenha sido cúmplice;
- b) Suicídio, se este se verificar no primeiro ano de adesão à Apólice, ou no decorrer do primeiro imediato a qualquer aumento de capital;
- c) Sinistros como consequência direta ou indireta de ato intencional do Segurado ou praticado com a cumplicidade;
- d) Desastres de Aviação, salvo quando o Segurado for passageiro de avião de carreira comercial de transporte de passageiros, devidamente autorizada pela IATA (Associação Internacional do Transporte Aéreo);
- e) Ferimentos ou lesões provocadas por participação ativa em atos de sequestro, tumultos, insurreição, motins, rixas, terrorismo ou sabotagem, sempre que o segurado não tenha atuado em legítima defesa ou na tentativa de salvamento de pessoas ou bens.
- f) Revolução, guerra civil e guerra com país estrangeiro declarada ou não;
- g) Estado de alcoolismo e ingestão de drogas quando não recomendadas clinicamente;
- h) Ocorrência de riscos nucleares;
- i) Desportos de risco tais como corridas de automóveis, motociclos, caça fora do território Europeu, caça submarina, mergulho, montanhismo, espeleologia, Prática de boxe, qualquer modalidade de luta, Bungee Jumping, motociclismo, espeleologia, pilotagem de aeronaves não ligadas a linhas comerciais e em geral todo o tipo de veículos aéreos, alpinismo, viagens de exploração, tauromaquia, treino de feras paraquedismo, voo livre, voo sem motor, asa-delta, ultraligeiro, e em geral, qualquer desporto ou atividade recreativa de carácter notoriamente perigoso.
- j) Sinistros ocasionados por competições, apostas ou tentativas de alcançar recordes e em geral todos os atos notoriamente perigosos que não sejam justificados por qualquer necessidade profissional ou tentativa de salvamento de pessoas.

ARTIGO 17º - ÂMBITO TERRITORIAL

17.1. O âmbito territorial do presente contrato é extensível a todo o mundo.

17.2. As coberturas garantidas ao abrigo da presente apólice suspendem-se no caso de deslocação do segurado para países em situação de riscos políticos e riscos de guerra, ficando, neste caso, as coberturas destes riscos sujeitas ao disposto nos números seguintes:

17.2.1. Para efeitos da presente apólice, consideram-se “riscos políticos e riscos de guerra” quaisquer consequências, diretas ou indiretas, de tumultos, revoluções, sequestro, guerra civil ou guerra com país estrangeiro, declarada ou não, insurreição, motins, rixas, terrorismo ou sabotagem conforme definido na legislação penal portuguesa em vigor, qualquer que seja o lugar em que se desenrolem os acontecimentos e quaisquer que sejam os protagonistas.

17.2.2. Se o Segurado fizer ou vier a fazer parte das forças armadas ou assimiladas - formações paramilitares - voluntária ou obrigatoriamente e entrar em operações de guerra ou em hostilidades de qualquer natureza, ficam suspensas as garantias do Contrato desde a data do início da intervenção do segurado nessa operação militar até ao termo dessa intervenção, exceto no caso de convenção especial e pagamento do respetivo sobre prémio.

17.2.3. De igual modo, as consequências dos riscos políticos ou de guerra não serão garantidas se as mesmas se verificarem em territórios ou países em conflito declarado (guerra civil ou com país estrangeiro) ou em relação aos quais as autoridades competentes desaconselham formalmente a deslocação ou estada devido a atividades políticas ou militares exceto no caso de convenção especial e pagamento do respetivo sobre prémio. Para o efeito, considera-se autoridade competente o Ministério dos Negócios Estrangeiros ou uma autoridade similar à do país em que o Tomador do Seguro tem a sua residência habitual.

17.2.4. No caso do segurado pretender deslocar-se para país em situação de risco político ou de guerra e pretender a manutenção das coberturas deste seguro, deve previamente comunicar à seguradora a deslocação que pretende efetuar e o período da mesma, devendo a seguradora no prazo de 30 dias responder se recusa a cobertura ou se a aceita e em que condições, valendo a falta de resposta da seguradora por aceitação.

17.2.5. Se após o seu regresso, o segurado se deslocar de novo para o país ou território, a cobertura das consequências associadas aos riscos políticos ou de guerra não ficará garantida pela Apólice, enquanto os referidos países ou territórios se mantiverem na condição de país em guerra ou não recomendado pelas autoridades competentes, exceto no caso de convenção especial e pagamento do respetivo sobre prémio.

17.2.6. Aquando da celebração do contrato, o Tomador de Seguro e/ou Segurado deverá indicar na Proposta de Subscrição, o tempo máximo das deslocações que pretende efetuar ao estrangeiro.

17.2.7. As Condições Particulares podem estender as coberturas do Contrato a alguns dos países ou regiões que se enquadrem nos pontos anteriormente referidos, mediante indicação expressa das Condições em que essa extensão de cobertura é aceite pelo Segurador.

17.2.8. As Condições Especiais das coberturas complementares podem estabelecer, quanto a estas, um âmbito territorial mais restrito.

17.3. O Tomador do Seguro tem direito a receber a parte do prémio já pago, calculada em "pró-rata", relativa ao período em que se verificou a suspensão de garantias. A liquidação desta importância será efetuada pelo Segurador junto do Tomador do Seguro através de crédito em conta bancária sediada no **NOVO BANCO**.

ARTIGO 18º - LIQUIDAÇÃO DAS IMPORTÂNCIAS SEGURAS

18.1. Documentação a entregar ao segurador em caso de sinistro pelo Tomador do Seguro e/ou beneficiários:

- Documento de identificação do Segurado;
- Certificado de óbito do Segurado;
- Quando o óbito for motivado por doença – será necessário apresentar o relatório médico sobre as causas e evolução da mesma, incluindo as datas de diagnóstico, exames e tratamentos efetuados;
- Quando o óbito for motivado por acidente, intervenção de terceiros ou causa desconhecida – será necessário apresentar: cópia autenticada do auto de ocorrência ou de documento de descrição do acidente emitido por entidade competente, cópia do relatório de autópsia médico-legal ou de documento que comprove a sua dispensa e decisão do processo judicial (em caso de intervenção de terceiros).

18.2. Feita a participação do sinistro, bem como entregues todos os documentos complementares que eventualmente sejam solicitados pelo Segurador, este, compromete-se a comunicar ao Segurado e/ou ao Beneficiário, no prazo máximo de trinta (30) dias, se considera ou não o mesmo garantido ao abrigo do contrato.

18.3. O Capital seguro será pago ao beneficiário designado, o mutuário do contrato de crédito ao consumo, associado a este seguro.

18.4. As diferenças verificadas entre as idades declaradas na Proposta de Subscrição e as constantes do documento de identificação dão lugar a correções das importâncias seguras, de

acordo com os prémios pagos, tendo em conta a idade exata e as tarifas em vigor à data da emissão da Apólice.

ARTIGO 19º - PARTICIPAÇÃO NOS RESULTADOS

Esta modalidade não atribui Participação nos Resultados.

ARTIGO 20º - RESOLUÇÃO DO CONTRATO

20.1. Com a ressalva do estabelecido em 14.5. e 14.6., o presente Contrato poderá ser resolvido pelo Tomador do Seguro, na data aniversária, sujeito ao aviso prévio de pelo menos 30 dias.

20.2. O Contrato poderá também ser resolvido pela Seguradora nas condições referidas em 12.1..

21º - LIVRE RESOLUÇÃO

21.1. Quando o contrato for celebrado por uma duração igual ou superior a um (1) ano, o Tomador do Seguro, sendo pessoa singular, dispõe de um prazo de trinta (30) dias a contar da receção da Apólice para poder resolver o contrato sem invocar justa causa, sem prejuízo do disposto no número seguinte.

21.2. O prazo previsto para a livre resolução/renúncia conta-se a partir da data de celebração do contrato, desde que o Tomador do Seguro, nessa data, disponha, em papel ou noutro suporte duradouro, de todas as informações relevantes que tenham de constar da apólice.

21.3. A resolução do contrato, nos termos acima definidos, deve ser comunicada ao Segurador por escrito, em suporte de papel ou outro meio duradouro disponível e acessível ao Segurador.

21.4. A resolução do contrato, nos termos acima definidos, tem efeito retroativo, tendo porém o Segurador direito ao:

- Valor do Prémio relativo ao período de tempo já decorrido, na medida em que tenha suportado o risco;
- Montante das despesas razoáveis que o Segurador tenha efetuado com exames médicos sempre que esses valores sejam imputados contratualmente ao Tomador do Seguro.

ARTIGO 22º - DOMICÍLIO

Para efeitos deste Contrato será considerado domicílio do Tomador do Seguro o indicado nas Condições Particulares e/ou, em caso de mudança, qualquer outro que, em carta registada com aviso de receção, tenha sido comunicado ao Segurador.

O Tomador do Seguro que fixar a sua residência fora de Portugal deve designar domicílio em território português para os efeitos do presente Contrato.

ARTIGO 23º - DIREITO DE RENÚNCIA

O Direito de Renúncia poderá ser exercido de acordo com a lei em vigor.

ARTIGO 24º - ARBITRAGEM

24.1. Em caso de litígio entre o Tomador do Seguro, o Segurado e/ou o Beneficiário e o Segurador no que respeite à verificação dos riscos garantidos pelo presente contrato ou à determinação do montante das indemnizações, poderão as partes promover a resolução da divergência requerendo a Junta Médica, que funcionará como Tribunal Arbitral.

24.2. A Junta Médica será constituída por três médicos, um nomeado por cada uma das partes e o terceiro, que presidirá com voto de desempate, por acordo entre os nomeados pelas partes ou, na falta de acordo, pelo Instituto Nacional de Medicina Legal-Gabinete da área de residência do Segurado.

24.3. O Tribunal Arbitral funcionará de acordo com a Lei 31/86, devendo os árbitros designados pelas partes ser obrigatoriamente médicos.

24.4. Havendo lugar ao recurso a uma Junta Médica, o Segurador e o Tomador do Seguro ou Segurado suportarão os honorários e despesas do médico/árbitro que lhes cumpra designar, sendo os do Presidente suportados em partes iguais por ambas as partes. Na falta do Tomador do Seguro ou Segurado, as despesas que lhes caberem serão suportadas pelos Beneficiários por dedução às importâncias a pagar.

Artigo 25º - LEGISLAÇÃO E FORO

25.1. O presente contrato rege-se pela Lei portuguesa.

25.2. Nos casos omissos no presente contrato, recorrer-se-á à legislação aplicável.

25.3. O foro competente para a resolução de qualquer litígio emergente deste contrato é o Definido na Lei Civil.

Condições Especiais**Seguro de Vida Associado aos Contratos de Mútuo - Crédito ao Consumo**

Em complemento ao Seguro Principal (Seguro em caso de Morte), conforme acordado e por expressamente referido nas **CONDIÇÕES PARTICULARES**, pode ser coberto o risco adiante definido nos termos dos respetivos Artigos.

O Seguro Complementar de Invalidez Absoluta e Definitiva forma um todo com o Seguro Principal, sem o qual não pode subsistir e esta cobertura rege-se pelas **CONDIÇÕES GERAIS** do Seguro Principal e complementarmente por estas Condições Especiais.

ARTIGO 1º - GARANTIAS

Se um Segurado vier a invalidar-se absoluta e definitivamente em consequência de doença ou acidente, ficará garantido por este seguro complementar o pagamento antecipado do capital do Seguro Principal, de acordo com o previsto no artigo 9º das respetivas Condições Gerais. As garantias do Seguro Complementar de Invalidez Absoluta e Definitiva são aplicáveis se a Invalidez se verificar antes da data do vencimento do Contrato ou antes do fim da anuidade em que o Segurado atinja os 65 anos de idade.

O pagamento do capital acima referido, implica o cancelamento do respetivo contrato.

ARTIGO 2º - DEFINIÇÃO DE INVALIDEZ ABSOLUTA E DEFINITIVA (IAD)

O Segurado é considerado em estado de Invalidez Absoluta e Definitiva quando, em consequência de doença ou acidente, fique total e definitivamente incapaz de exercer qualquer atividade remunerada e, simultaneamente, na obrigação de recorrer à assistência permanente de uma terceira pessoa para efetuar cumulativamente os atos elementares da vida corrente e desde que apresente um grau de incapacidade igual ou superior a 85%, de acordo com a "Tabela Nacional de Incapacidade por Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais" oficialmente em vigor no momento do reconhecimento da invalidez.

Entende-se por ato elementar da vida corrente:

- Lavar-se: significa efetuar os atos necessários à manutenção de um nível de higiene correto;

- Alimentar-se: significa tomar as refeições preparadas e servidas à mesa;

- Vestir-se: significa vestir-se e despir-se, tomando em consideração o vestuário usado habitualmente;

- Deslocar-se no local de residência habitual.

O reconhecimento da situação de Invalidez Absoluta e Definitiva (ou do seu grau) deve ser feito com base em sinais médicos objetivos, por um médico do Segurador ou, em caso de divergência com esta, por Junta Médica a funcionar como Tribunal Arbitral nos termos e condições definidos na alínea f) do Artigo nº 4 destas **CONDIÇÕES ESPECIAIS** ou por Tribunal Judicial, prevalecendo aquele sobre quaisquer pareceres ou decisões da Segurança Social, Caixa Geral de Aposentações ou qualquer outro regime facultativo ou obrigatório que os substitua ou complementa.

ARTIGO 3º - EXIGIBILIDADE DAS IMPORTANCIAS SEGURAS

Feita a participação do sinistro, bem como entregues todos os documentos complementares que eventualmente sejam solicitados pelo Segurador, este, compromete-se a comunicar ao Segurado e/ou ao Beneficiário, no prazo máximo de trinta (30) dias, se considera ou não o mesmo garantido ao abrigo do contrato.

ARTIGO 4º - JUSTIFICAÇÃO E RECONHECIMENTO DO DIREITO ÀS IMPORTANCIAS SEGURAS

a) Em caso de invalidez o Segurado deve enviar ao Segurador um atestado do médico assistente indicando o início, as causas, a natureza e a evolução do estado de incapacidade. Este atestado, de conta do Segurado, deve ser enviado ao Segurador nos 60 dias que se seguirem à constatação da Invalidez Absoluta e Definitiva. Deve ser junta uma descrição exata da atividade exercida pelo Segurado antes da incapacidade.

b) O facto que justifica a invalidez (a sua causa) terá que se verificar durante a vigência do contrato e/ou durante o período em que a cobertura esteja em vigor para o Segurado e, simultaneamente, terá que ser denunciado ao Segurador no prazo máximo de 60 dias a contar da data da cessação da cobertura, quando esta ocorrer nos termos do previsto nas alíneas a), e) e f) do Artigo 5º. Destas Condições Especiais.

c) O Segurador reserva-se o direito de exigir qualquer justificação complementar e de proceder às investigações que

julgar convenientes para a determinação exata do estado do Segurado mandando-o examinar pelos seus médicos se assim o entender. Neste caso, as despesas são de conta do Segurador. O Segurado deve autorizar o seu médico assistente a fornecer, confidencialmente, ao médico representante do Segurador, toda a informação médica respeitante ao sinistro declarado.

d) A falta de cumprimento por parte do Beneficiário ou do Segurado ao disposto nas alíneas anteriores bem como a falta de verdade nas informações prestadas ao Segurador implicam a perda do direito às importâncias seguras.

e) O Segurador comunicará ao Tomador do Seguro e/ou Segurado se aceita ou não a sua pretensão no mais curto prazo que se seguir à receção dos documentos indicados nas alíneas a) e c).

f) Na falta de acordo qualquer dos interessados poderá promover a resolução da divergência requerendo a Junta Médica, que funcionará como Tribunal Arbitral. A Junta Médica será constituída por três médicos, um nomeado por cada uma das partes e o terceiro, que presidirá com voto de desempate, por acordo entre os nomeados pelas partes ou, na falta de acordo, pelo Instituto Nacional de Medicina Legal - Gabinete da área de residência do Segurado. O Tribunal Arbitral funcionará de acordo com a Lei 31/86 mas os árbitros designados pelas partes terão obrigatoriamente que ser médicos. Em caso de Junta Médica a funcionar como Tribunal Arbitral, o Segurador e o Tomador do Seguro ou Segurado suportarão os honorários e despesas do médico/árbitro que lhes cumpra designar, sendo os do Presidente suportados em partes iguais por ambas as partes. Na falta do Tomador do Seguro ou Segurado as despesas que lhes caberiam serão suportadas pelos Beneficiários por dedução às importâncias a pagar.

g) Os prémios e sobre prémios do Seguro Principal bem como os prémios relativos ao Seguro Complementar de Invalidez Absoluta e Definitiva que eventualmente se vençam no decorrer das discussões devem ser pagos ao Segurador. Se a decisão for no sentido de reconhecer a existência de Invalidez Absoluta e Definitiva, o Segurador restituirá as quantias recebidas e pagará, se for caso disso, as importâncias devidas acrescidas do juro de 3% ao ano, contado desde o fim do prazo indicado em 3.

h) Se a Invalidez proveniente de doença ou acidente for agravada ou resultar de defeito físico de que o Segurado já era portador à data da sua inclusão no Seguro, a responsabilidade do Segurador não poderá exceder a que teria se, a doença ou o acidente, tivesse ocorrido a uma pessoa saudável e normal, sem prejuízo da anulabilidade do seguro de vida por falsas declarações sobre o estado de saúde do Segurado, caso as mesmas se verifiquem.

g) O grau de desvalorização correspondente aos defeitos físicos de que o Segurado já era portador à data da sua inclusão no Seguro, não concorrerá para a fixação do grau de desvalorização a atribuir ao abrigo desta cobertura.

ARTIGO 5º - TERMO DA COBERTURA

Para cada Segurado esta cobertura cessa os seus efeitos:

a) Por extinção da Apólice ou do Contrato do Seguro Principal;

b) Se o Segurado tentar suicidar-se;

c) Se o Segurado provocar ou agravar de qualquer maneira a sua invalidez;

d) Se o Segurado for mobilizado para tomar parte em operações de guerra, policiamento ou em repressões de atos de terrorismo;

e) Na idade termo da cobertura conforme definido nas Condições Particulares da Apólice;

f) Se o contrato for efetuado sobre duas vidas, esta cobertura cessa para o primeiro Segurado que atingir os 65 anos de idade ou qualquer outra idade inferior a esta conforme definido nas Condições Particulares da apólice, ficando em vigor para o outro Segurado enquanto este não atingir as idades termo indicadas.

ARTIGO 6º - RISCOS EXCLUÍDOS

Os Riscos Excluídos do Seguro Complementar de Invalidez Absoluta e Definitiva são os mesmos que os apresentados nas **CONDIÇÕES GERAIS** do Seguro de Vida Temporário Anual Renovável, ou seja, são os seguintes:

a) Ato criminoso de que o Beneficiário /Segurado seja autor material ou moral ou de que tenha sido cúmplice;

b) Suicídio, se este se verificar no primeiro ano de adesão à Apólice, ou no decorrer do primeiro imediato a qualquer aumento de capital;

c) Sinistros como consequência direta ou indireta de ato

intencional do Segurado ou praticado com a cumplicidade;

d) Desastres de Aviação, salvo quando o Segurado for passageiro de avião de carreira comercial de transporte de passageiros, devidamente autorizada pela IATA (Associação Internacional do Transporte Aéreo);

e) Ferimentos ou lesões provocadas por participação ativa em atos de sequestro, tumultos, insurreição, motins, rixas, terrorismo ou sabotagem, sempre que o segurado não tenha atuado em legítima defesa ou na tentativa de salvamento de pessoas ou bens.

f) Revolução, guerra civil e guerra com país estrangeiro declarada ou não;

g) Estado de alcoolismo e ingestão de drogas quando não recomendadas clinicamente;

h) Ocorrência de riscos nucleares;

i) Desportos de risco tais como corridas de automóveis, motocicletas, caça fora do território Europeu, caça submarina, mergulho, montanhismo,

espeleologia, Prática de boxe, qualquer modalidade de luta, Bungee Jumping, motociclismo, espeleologia, pilotagem de aeronaves não ligadas a linhas comerciais e em geral todo o tipo de veículos aéreos, alpinismo, viagens de exploração, tauromaquia, treino de feras paraquedismo, voo livre, voo sem motor, asa-delta, ultraligeiro, e em geral, qualquer desporto ou atividade recreativa de carácter notoriamente perigoso.

j) Sinistros ocasionados por competições, apostas ou tentativas de alcançar recordes e em geral todos os atos notoriamente perigosos que não sejam justificados por qualquer necessidade profissional ou tentativa de salvamento de pessoas.

ARTIGO 7º - DISPOSIÇÕES FINAIS

Em todos os casos não previstos nestas CONDIÇÕES ESPECIAIS, aplicam-se as CONDIÇÕES GERAIS do Seguro Principal e/ou a legislação em vigor.

Condições Gerais e Especiais do Seguro de Proteção ao Crédito

O(s) Interviente(s) do contrato de crédito ao consumo do NOVO BANCO, aderem na qualidade de Pessoas Seguras ao Contrato de Seguro subscrito entre o Tomador do Seguro e a Seguradora identificada nas Condições Particulares, mediante a aceitação das presentes Condições:

COBERTURAS

Incapacidade Temporária Absoluta para o trabalho por Acidente ou Doença (ITA), Desemprego Involuntário (DI), Hospitalização (H) e Salários em Atraso (SA)

1. DEFINIÇÕES

Para efeitos do presente contrato de seguro entende-se por:

Sinistro - A verificação, total ou parcial, do evento futuro, incerto e independente da vontade do Tomador do Seguro ou da Pessoa Segura que desencadeia o acionamento das coberturas do risco previstas no presente contrato de seguro;

Prestação do Segurador - A importância (indenização ou entrega de capital) paga pelo Segurador ao Beneficiário em caso de Sinistro da Pessoa Segura;

Contrato de Crédito - O contrato identificado na primeira página do presente documento, através do qual a Pessoa Segura se constituiu devedora do Tomador do Seguro e onde se estabelecem as condições de utilização e de pagamento do crédito concedido;

Capital Seguro - O valor máximo da prestação a pagar pelo Segurador por Sinistro ou agregado de Sinistros ou anuidade de seguro, consoante o que for estabelecido nas Condições Particulares;

IAD - Estado que se verifica sempre que a Pessoa Segura tenha a necessidade permanente de recorrer à assistência de uma terceira pessoa para efetuar os atos ordinários da vida corrente, não sendo possível qualquer melhoria do estado de saúde de acordo com os conhecimentos médicos à data da confirmação clínica desta invalidez pelos médicos do Segurador, que valerá como data do Sinistro;

Acidente - Acontecimento provocado por causa súbita, externa e violenta, alheia à vontade da Pessoa Segura, que lhe produza lesão corporal confirmada por um médico;

Doença - Alteração involuntária e anormal do estado de saúde da Pessoa Segura, clinicamente comprovada, não causada por Acidente;

ITA - Impossibilidade física total, clinicamente comprovada, de a Pessoa Segura exercer, temporariamente, a sua atividade profissional, em consequência de ter sofrido um Acidente ou ter contraído uma Doença;

H - Situação que implique o internamento hospitalar da Pessoa Segura, por um período superior a determinado número de dias, gerando uma situação de ITA;

SA - Situação que ocorre sempre que a um trabalhador por conta de outrem não seja, comprovadamente, efetuado o pagamento pontual da retribuição mensal que lhe é devida por força do seu contrato de trabalho mantendo-se, no entanto, o trabalhador vinculado a esse mesmo contrato;

Desemprego Total - Situação decorrente da inexistência total e involuntária de emprego da Pessoa Segura, encontrando-se esta inscrita no Centro de Emprego;

DI - Situação de Desemprego Total devido a: (i) despedimento coletivo; (ii) despedimento por extinção de postos de trabalho justificada por motivos económicos ou de mercado, tecnológicos ou estruturais, relativos à entidade empregadora; (iii) despedimento promovido unilateralmente pela entidade empregadora e (iv) despedimento promovido unilateralmente pelo trabalhador com invocação de justa causa;

Franquia Relativa - Período pré determinado contado imediatamente após o Sinistro, em que ainda não existe direito à Prestação do Segurador. Se o período de incapacidade ultrapassar o período de Franquia Relativa, esta não será aplicada.

Período de Requalificação - Período em que, imediatamente após a cessação dos efeitos de um Sinistro, não existe direito à Prestação do Segurador.

Período de Carência - Prazo que decorre entre a data de inclusão de cada pessoa na Apólice e a data de entrada em vigor das garantias.

2. OBRIGAÇÕES DAS PARTES

Entre outros deveres previstos no presente contrato e na lei:

a) o Tomador do Seguro obriga-se a prestar ao Segurador com prontidão todas as informações por este solicitadas e relacionadas com o presente contrato;

b) o Segurador obriga-se a: (i) prestar, a pedido da Pessoa Segura, todas as informações necessárias para a efetiva

compreensão do presente contrato; (ii) facultar o acesso aos dados médicos de exames porventura realizados;

c) a Pessoa Segura obriga-se a prestar ao Segurador todas as informações e documentos que este lhe solicite, relacionadas com o presente contrato, independentemente do momento da solicitação.

3. OMISSÕES OU INEXATIDÕES

3.1. A Pessoa Segura e o Tomador do Seguro estão obrigados a declarar, antes da adesão ao presente contrato, com exatidão, todas as circunstâncias que conheçam e razoavelmente devam ter por significativas para a apreciação do risco pelo Segurador, ainda que a sua menção não seja solicitada em questionário eventualmente fornecido pelo Segurador para esse efeito.

3.2. Em caso de incumprimento doloso deste dever, o Segurador poderá anular a adesão, mediante envio de declaração ao Tomador do Seguro.

3.3. Se o Segurador tiver conhecimento da omissão ou inexactidão antes de ocorrer qualquer Sinistro:

a) tem 3 (três) meses para enviar esta declaração;

b) não é obrigado a cobrir qualquer Sinistro ocorrido durante esse período;

c) tem direito a receber o prémio devido até ao final deste prazo, a não ser que tenha igualmente ocorrido dolo ou negligência grosseira do Segurador ou do seu representante.

3.4. Se o Segurador apenas tiver conhecimento da omissão ou inexactidão após a ocorrência de um Sinistro, o Segurador não está obrigado a cobrir esse Sinistro, podendo optar por anular o contrato.

3.5. Em caso de dolo da Pessoa Segura ou do Tomador do Seguro com o propósito de obter uma vantagem, o prémio é devido até ao termo do presente contrato.

3.6. Em caso de incumprimento com negligência do dever referido em 3.1, o Segurador pode:

a) no prazo de 3 (três) meses a contar do seu conhecimento e por declaração a enviar à Pessoa Segura, fazer cessar a adesão demonstrando que, em caso algum, aceita adesões para a cobertura de riscos relacionados com o facto omitido ou declarado inexactamente, cessando a adesão 30 (trinta) dias após o envio da declaração de cessação; ou

b) propor uma alteração ao contrato, devendo a Pessoa Segura aceitar ou apresentar uma contraproposta no prazo de 14 (catorze) dias a contar da receção da proposta de alteração, cessando a adesão se, decorridos 20 (vinte) dias sobre a receção da proposta de alteração, a Pessoa Segura nada responder ou a rejeitar.

3.7. Cessando a adesão nos termos previstos em 3.6, o prémio é devolvido proporcionalmente ao período do contrato não decorrido.

3.8. Caso ocorra um Sinistro antes da cessação ou alteração do contrato nos termos previstos em 3.6 e esse Sinistro tiver sido influenciado por facto relativamente ao qual tenha havido omissão ou inexactidão negligente, o Segurador:

a) cobre o Sinistro na proporção da diferença entre o prémio pago e o prémio que seria devido caso, aquando da adesão, conhecesse o facto omitido ou declarado inexactamente;

b) não cobre o Sinistro, mediante a demonstração de que em caso algum teria aceite a adesão caso conhecesse o facto omitido ou declarado inexactamente, devolvendo o prémio.

4. INÍCIO E DURAÇÃO DA COBERTURA

4.1. Sem prejuízo da verificação do preenchimento das condições de elegibilidade em caso de Sinistro e do prévio pagamento do prémio, a cobertura dos riscos inicia-se, relativamente a cada Pessoa Segura, a partir das 0 (zero) horas do dia seguinte àquele no qual a Pessoa Segura se constituiu devedora perante o Tomador do Seguro, conforme estabelecido no respetivo Contrato de Crédito, e que não pode ser anterior à data da assinatura deste último.

4.2. As garantias cessam automaticamente relativamente a cada Pessoa Segura na primeira das seguintes datas:

a) Em caso de duração integral do Contrato de Crédito nos termos acordados, na data de vencimento da última Prestação Pecuniária devida ao abrigo do mesmo, seja ela constituída só por juros, ou só por capital, ou por juros e capital;

b) Em caso de liquidação antecipada do Contrato de Crédito ou rescisão deste, na data em que tal liquidação ou rescisão venha a ocorrer;

c) Na data da morte ou IAD da Pessoa Segura;

d) Na data em que a Pessoa Segura atinja a idade máxima de 65 (sessenta e cinco) anos;

e) Na data da reforma ou pré-reforma da Pessoa Segura;

f) Na data em que a Pessoa Segura atinja os limites máximos de indemnização para o conjunto das coberturas.

4.3. Sem prejuízo do disposto em 4.2, o Tomador do Seguro poderá denunciar a presente adesão através de carta registada expedida:

a) com 30 (trinta) dias de antecedência relativamente à data pretendida para os efeitos da denúncia, no caso de o Contrato de Crédito ter uma duração inferior a 5 (cinco) anos;

b) com 90 (noventa) dias de antecedência relativamente à data pretendida para os efeitos da denúncia, no caso de o Contrato de Crédito ter uma duração igual ou superior a 5 (cinco) anos, se tal denúncia for admissível tendo em conta a natureza do vínculo ou a finalidade prosseguida pelo contrato de seguro.

4.4. Salvo em caso de pagamento antecipado do prémio, a cessação antecipada da adesão dará lugar ao estorno ao Tomador do Seguro do prémio pago proporcionalmente ao período do contrato não decorrido, desde que não tenha havido ainda pagamento de qualquer Prestação do Segurador decorrente de Sinistro.

5. PERÍODO DE CARÊNCIA DE FRANQUIA RELATIVA E REQUALIFICAÇÃO

As garantias objeto deste contrato estão sujeitas a:

a) Um Período de Carência 60 (sessenta) dias;

b) Um Período de Franquia Relativa de 30 (trinta) dias para as coberturas ITA e DI, de 7 (sete) dias para a cobertura de H e de 90 (noventa) dias para SA;

c) um Período de Requalificação de 6 (seis) meses de trabalho ativo. Não é aplicável quando se trate de: (i) dois Sinistros de coberturas diferentes; (ii) um Sinistro de ITA por Doença e outro por Acidente; (iii) um Sinistro por ITA por Doença e uma recaída pela mesma patologia e (iv) dois Sinistros de ITA por Acidente.

6. DESIGNAÇÃO BENEFICIÁRIA

O Tomador do Seguro é o Beneficiário irrevogável deste contrato, não podendo a Pessoa Segura revogar ou alterar a presente designação beneficiária.

7. CONDIÇÕES DE ELEGIBILIDADE DA PESSOA SEGURA

O tomador do seguro pode solicitar a inclusão de pessoas desde que o seja através de declaração de adesão totalmente preenchida, e que, nesta data:

a) Tenham idade compreendida entre os 18 (dezoito) anos e os 64 (sessenta e quatro) anos;

b) Sejam titulares de um Contrato de Crédito com prazo de duração não superior a 120 (cento e vinte) meses e uma prestação não superior a € 1.700,00 (mil e setecentos euros);

c) Estejam a desempenhar regularmente, no mínimo de 16 (dezasseis) horas semanais, uma atividade profissional nos últimos 12 (doze) meses, não tendo conhecimento de uma possível situação de desemprego.

8. ADESÃO E EXCLUSÃO DE PESSOAS SEGURAS

8.1. A adesão de novas Pessoas Seguras considera-se efetuada nos termos constantes da declaração de adesão devidamente assinada pelo Tomador do Seguro, se, decorridos 30 (trinta) dias após a receção da mesma pelo Segurador, este não tiver notificado o proponente da recusa ou da necessidade de recolher informações essenciais à avaliação do risco, ficando, porém, a respetiva adesão condicionada ao recebimento do prémio.

8.2. A adesão considera-se igualmente efetuada, quando tenham sido solicitadas informações adicionais, se o Segurador não notificar o proponente da recusa no prazo de 30 (trinta) dias após a prestação dessas informações, ainda que através do Tomador do Seguro.

9. CÁLCULO DOS PRÉMIOS E MODO DE PAGAMENTO

9.1. O valor do prémio é o que resulta da aplicação de uma taxa ao montante financiado nos termos do Contrato de Crédito.

9.2. O prémio é único, devendo ser pago pelo Tomador do Seguro ao Segurador.

9.3. O valor do prémio referido no número anterior inclui taxas e impostos à taxa legal em vigor. Qualquer alteração ao enquadramento fiscal aplicável refletir-se-á automaticamente nesse

mesmo valor.

9.4. A cobertura de riscos depende do prévio pagamento do prémio.

10. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

10.1. Em caso de Sinistro, a Pessoa Segura ou quem tenha interesse legítimo no acionamento do seguro deve participar o Sinistro ao Segurador no prazo de 8 (oito) dias imediatos àquele em que tenha conhecimento do Sinistro, sob pena de redução da Prestação do Segurador atendendo ao dano que o incumprimento deste dever lhe cause. A Pessoa Segura deve, nomeadamente, participar ao Segurador qualquer sinistro respeitante às coberturas de ITA, DI, H ou SA logo que tenha indícios de que o período de Franquia Relativa indicado no presente contrato irá ser excedido. Em caso de Sinistro, a Pessoa Segura poderá contactar o Segurador através do telefone 217954666.

10.2. Em caso de violação dolosa do dever referido em 10.1 que cause dano significativo ao Segurador, a Pessoa Segura perde o direito à cobertura.

10.3. A Pessoa Segura deve, na participação, explicitar todas as circunstâncias da verificação do Sinistro, as eventuais causas da sua ocorrência e as respetivas consequências.

10.4. Uma vez comunicado o Sinistro ao Segurador, sem prejuízo do disposto em 10.6, a Pessoa Segura ou quem tenha interesse legítimo no acionamento do seguro receberá um formulário de participação de Sinistro que deverá devolver ao Segurador, totalmente preenchido e acompanhado de todos os elementos e documentos relevantes relativos ao Sinistro e às suas consequências que lhe forem solicitados.

10.5. O Segurador enviará o formulário de participação de Sinistro à Pessoa Segura apenas em caso de regularidade da situação da Pessoa Segura em face das condições do presente contrato.

10.6. A fraude ou tentativa de fraude perpetrada pelo Tomador do Seguro, pela Pessoa Segura ou por qualquer pessoa atuando sob a sua responsabilidade, iliba o Segurador de quaisquer responsabilidades relativamente ao Sinistro em questão, conferindo-lhe o direito à resolução do contrato e, sem prejuízo das disposições penais aplicáveis, ao direito a indemnização por perdas e danos.

10.7. Impende sobre a Pessoa Segura ou sobre quem tenha interesse legítimo no acionamento do seguro a prova da veracidade da reclamação sobre a existência do Sinistro, bem como a prova de preenchimento das condições de elegibilidade relativamente à cobertura em causa.

10.8. A verificação de um Sinistro não desobriga a Pessoa Segura da obrigação de efetuar o pagamento total das prestações devidas por conta do Contrato de Crédito.

10.9. As despesas com a obtenção dos documentos comprovativos e necessários à regularização dos Sinistros correm por conta da Pessoa Segura ou de quem tenha interesse legítimo no acionamento do seguro.

10.10. A liquidação de cada Sinistro aprovado para pagamento é efetuada após a receção, pelo Segurador, da documentação necessária para a análise de cada processo, quer da parte da Pessoa Segura, quer da parte do Tomador do Seguro.

10.11. Constituem, ainda, obrigações da Pessoa Segura, sob pena de responder por perdas e danos:

a) Comunicar ao Segurador, até 15 (quinze) dias após a sua verificação, a cura das lesões, promovendo o envio de uma declaração médica donde conste, além da data da alta, o período total verificado de ITA;

b) Cumprir as prescrições médicas;

c) Sujeitar-se a exames médicos designados pelo Segurador;

d) Autorizar o médico assistente a prestar todas as informações que sejam solicitadas pelo Segurador;

10.12. No caso de comprovada impossibilidade de a Pessoa Segura cumprir qualquer das obrigações previstas na presente cláusula, transferem-se tais obrigações para quem as possa cumprir.

11. LIVRE RESOLUÇÃO

O presente contrato não é suscetível de livre resolução.

12. LEI APLICÁVEL E FORO

O presente contrato é regido pela lei portuguesa sendo o foro competente para a resolução de quaisquer litígios emergentes do mesmo o fixado na lei civil, podendo, em alternativa, as partes recorrer à arbitragem nos termos da lei geral da arbitragem e inexistindo qualquer meio específico de resolução extrajudicial de litígios.

INCAPACIDADE TEMPORÁRIA ABSOLUTA (ITA)**13. ÂMBITO/GARANTIAS COBERTAS**

13.1. Em caso de ITA por Acidente e/ou Doença da Pessoa Segura ocorrida durante a vigência da adesão e que se prolongue por um período superior a 30 (trinta) dias consecutivos, o Segurador pagará mensalmente ao Beneficiário o valor correspondente à Prestação Pecuniária devida por conta do Contrato de Crédito por cada mês de duração da situação de Sinistro, com o limite máximo mensal de € 1.700,00 (mil e setecentos euros), independentemente do valor mensal da Prestação Pecuniária. O reembolso continuará a ser feito até que a Pessoa Segura volte a trabalhar ou até que seja atingido o limite máximo de 12 (doze) meses por Sinistro ou 36 (trinta e seis) meses por agregado de Sinistros. No último pagamento, o montante a indemnizar será de 1/30 da Prestação Pecuniária por cada dia de duração da situação de Sinistro.

13.2. Sem prejuízo do período de Franquia Relativa, o período de ITA inicia-se a partir do dia imediato àquele em que é comprovado o início da ITA para o trabalho através de certificado de incapacidade.

13.3. A presente secção incide sobre Sinistros ocorridos dentro e fora do território nacional.

14. EXCLUSÕES

14.1. Ficam excluídas das garantias do presente contrato as situações que, direta ou indiretamente, resultem de:

- Guerra, declarada ou não, invasão, ato de inimigo estrangeiro, hostilidades ou operações bélicas, guerra civil, insurreição, rebelião ou revolução, bem como os causados acidentalmente por engenhos explosivos ou incendiários;
- Levantamento militar ou ato do poder militar legítimo ou usurpado;
- Explosão, libertação de calor e radiações provenientes da cisão ou fusão de átomos ou radioatividade, e contaminações inerentes, e ainda os decorrentes de radiações provocadas pela aceleração artificial de partículas;
- Greves, tumultos ou alterações da ordem pública;
- Atos de terrorismo, vandalismo, maliciosos ou de sabotagem;
- Tremores de terra, terramotos, erupções vulcânicas, maremotos, assim como deslizamento, derrocadas ou afundamentos de terrenos e outros fenómenos geológicos e, bem assim, qualquer acontecimento catastrófico relacionado com as forças inevitáveis da natureza;
- Atos ou omissões dolosos do Tomador do Seguro ou da Pessoa Segura, ou de pessoas por quem sejam civilmente responsáveis.

14.2. Ficam excluídas das garantias da presente subsecção, para além das situações referidas em 14.1, as situações que, direta ou indiretamente, resultem de:

- Afeções existentes à data de início das garantias da Apólice;
- Anomalias congénitas, incapacidades físicas ou mentais e defeitos físicos existentes à data do início das garantias da Apólice;
- Afeções originadas diretamente da consequência de alcoolismo (tanto em processos agudos como crónicos), de toxicomania ou de estupefacientes ou outras drogas não prescritas por médico;
- Afeções que derivem da intervenção da Pessoa Segura em apostas, desafios ou rixas, salvo se, neste último caso, a Pessoa Segura tenha atuado em legítima defesa ou na tentativa de salvamento de pessoas ou bens;
- Afeções provocadas intencionalmente pela Pessoa Segura ou tentativa de suicídio;
- Parto, gravidez ou interrupção voluntária ou involuntária de gravidez;
- Acidentes provocados por condução de veículos a motor pela Pessoa Segura, sem estar legalmente habilitada;
- Afeções originadas por Psicopatologias de qualquer natureza, bem como doenças sem comprovação clínica;
- Acidentes decorrentes da prática profissional de desportos e, ainda, no âmbito do desporto amador, as provas desportivas integradas em campeonatos e respetivos treinos, desportos de Inverno, boxe, karaté e outras artes marciais, páraquedismo, tauromaquia e outros desportos análogos na sua perigosidade;
- Tratamentos de estética e cosmética, exceto se diretamente resultantes de qualquer Doença ou Acidente.

15. OBRIGAÇÕES EM CASO DE SINISTRO

15.1. No que respeita especificamente à cobertura de ITA e

sem prejuízo do disposto em 10 supra, constitui obrigação da Pessoa Segura, sob pena de responder por perdas e danos, promover o envio ao Segurador, dentro dos prazos referidos em 10 supra, da seguinte documentação:

- Fotocópia do boletim de baixa com as datas mencionadas;
 - Última declaração de IRS e comprovativo de descontos para a Segurança Social ou regime contributivo equiparado (para os trabalhadores por conta própria);
- 15.2. É ao médico assistente que compete prever e declarar que o período de ITA é superior ao período de Franquia Relativa indicado no presente contrato.

DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO (DI)**16. ÂMBITO/GARANTIAS COBERTAS**

Em caso de a Pessoa Segura se encontrar em situação de DI durante a vigência da adesão e que se prolongue por um período superior a 30 (trinta) dias consecutivos, o Beneficiário receberá do Segurador o valor correspondente à Prestação Pecuniária em dívida por conta do Contrato de Crédito no momento do Sinistro, por cada mês de duração da situação de Sinistro, com o limite máximo mensal de € 1.700,00 (mil e setecentos euros), independentemente do valor mensal da Prestação Pecuniária. O reembolso continuará a ser feito até que a Pessoa Segura volte a trabalhar ou até que seja atingido o limite máximo de 6 (seis) meses por Sinistro ou 36 (trinta e seis) meses por agregado de Sinistros. No último pagamento, o montante a indemnizar será de 1/30 da Prestação Pecuniária por cada dia de duração da situação de Sinistro.

17. EXCLUSÕES

Sem prejuízo das demais exclusões estipuladas em 14.1 antecedente, excluem-se do âmbito das coberturas de DI os seguintes casos:

- Caducidade do contrato de trabalho por a Pessoa Segura ter atingido a reforma ou pré reforma;
- Revogação do contrato de trabalho por acordo das partes;
- Resolução do contrato de trabalho pelo trabalhador, sem justa causa;
- Denúncia do contrato de trabalho, no período experimental;
- Trabalhadores no estrangeiro com contratos de trabalho não vinculados à legislação portuguesa;
- Despedimento com justa causa;
- Caducidade de contrato de trabalho a termo;
- Desemprego resultante de atividade sazonal.

18. OBRIGAÇÕES EM CASO DE SINISTRO

No que respeita especificamente à cobertura de DI e sem prejuízo do disposto em 10 supra, constitui obrigação da Pessoa Segura, sob pena de responder por perdas e danos, participar, por escrito, ao Segurador a situação de DI, logo que haja indícios de que o período de Franquia Relativa irá ser excedido e no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados a partir da data do evento, indicando a data do seu início e causas através do preenchimento do impresso "Participação de Sinistro" referido em 10.4 supra, acompanhado da seguinte documentação assim que a mesma se encontrar disponível:

- Fotocópia do modelo oficial entregue e preenchido pela Entidade Patronal;
- Fotocópia do contrato de trabalho ou de outro documento comprovativo da data em que iniciou a sua atividade;
- Fotocópia do comprovativo do requerimento de prestações de desemprego (documento emitido pelo Centro de Emprego);
- Fotocópia da carta de despedimento ou de outro documento comprovativo da cessação do contrato de trabalho com indicação da respetiva causa;
- Declaração do Centro de Emprego comprovando a respetiva inscrição (este documento deverá ser reclamado junto do Centro de Emprego 30 (trinta) dias após a data de início da situação de desemprego e deverá ser renovado mensalmente).

HOSPITALIZAÇÃO (H)**19. ÂMBITO/GARANTIAS COBERTAS**

19.1. Sendo a Pessoa Segura trabalhador por conta própria, a garantia de DI será substituída pela garantia de H.

19.2. O prolongamento de uma situação de Sinistro por um período superior a 7 (sete) dias consecutivos determina a liquidação do valor correspondente a uma Prestação Pecuniária.

19.3. Caso a Pessoa Segura continue em situação de Sinistro para além de 30 (trinta) dias, inclusive, será efetuado o

reembolso mensal da Prestação Pecuniária até ao limite máximo de 12 (doze) meses por Sinistro ou 36 (trinta e seis) meses por agregado de Sinistros por agregado de Sinistros, exceto se a Pessoa Segura voltar a trabalhar, caso em que cessa o âmbito da presente cobertura.

19.4. O limite máximo mensal de indemnização desta cobertura é de € 1.700,00 (mil e setecentos euros), independentemente do valor mensal da Prestação Pecuniária.

19.5. A presente secção incide sobre Sinistros ocorridos dentro e fora do território nacional.

20. EXCLUSÕES

Ficam excluídas da presente subsecção as situações referidas em 14.

21. OBRIGAÇÕES EM CASO DE SINISTRO

21.1. No que respeita especificamente à cobertura de H e sem prejuízo do disposto em 10 supra, constitui obrigação da Pessoa Segura, sob pena de responder por perdas e danos, promover o envio ao Segurador, dentro dos prazos referidos em 10 supra, da seguinte documentação assim que a mesma se encontrar disponível:

- a) Fotocópia do boletim de baixa com as datas mencionadas;
- b) Última declaração de IRS e comprovativo de descontos para a Segurança Social ou regime contributivo equiparado (para os trabalhadores por conta própria);
- c) Fotocópia de declaração médica na qual conste o diagnóstico, a natureza das lesões e o tempo provável de H.

21.2. É ao médico assistente que compete prever e declarar que o período de H é superior ao período de Franquia Relativa indicado no presente contrato.

SALÁRIOS EM ATRASO (SA)

22. ÂMBITO/GARANTIAS COBERTAS

22.1. Em caso de a Pessoa Segura se encontrar em situação de SA durante a vigência da adesão e que se prolongue por um período superior a 90 (noventa) dias consecutivos, o Beneficiário receberá do Segurador o valor correspondente à

Prestação Pecuniária em dívida por conta do Contrato de Crédito no momento do Sinistro, por cada mês de duração da situação de Sinistro, com o limite máximo mensal de € 1.700,00 (mil e setecentos euros), independentemente do valor mensal da Prestação Pecuniária. O reembolso continuará a ser feito até que a Pessoa Segura volte a receber o seu salário pontualmente e na íntegra ou até que seja atingido o limite máximo de 6 (seis) meses por Sinistro ou por agregado de Sinistros. No último pagamento, o montante a indemnizar será de 1/30 da Prestação Pecuniária por cada dia de duração da situação de Sinistro.

22.2. A presente subsecção incide sobre Sinistros ocorridos dentro e fora do território nacional.

23. EXCLUSÕES

Ficam excluídas da presente subsecção as situações referidas em 17 antecedente.

24. OBRIGAÇÕES EM CASO DE SINISTRO

No que respeita especificamente à cobertura de SA e sem prejuízo do disposto em 10 supra, constitui obrigação da Pessoa Segura, sob pena de responder por perdas e danos, participar, por escrito, ao Segurador a situação de SA, logo que haja indícios de que o período de Franquia Relativa irá ser excedido e no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados a partir da data do evento, indicando a data do seu início e causas através do preenchimento do impresso "Participação de Sinistro" referido em 10.4 supra acompanhado da seguinte documentação assim que a mesma se encontrar disponível:

- a) Fotocópia do Modelo GB018 (modelo oficial entregue e preenchido pela Entidade Patronal);
- b) Fotocópia do contrato de trabalho ou de outro documento comprovativo da data em que iniciou a sua atividade;
- c) Declaração do Centro de Emprego comprovando a respetiva inscrição (este documento deverá ser reclamado junto do Centro de Emprego 30 (trinta) dias após a data de início da situação de salários em atraso e deverá ser renovado mensalmente).