

APÓLICE DE SEGURO INDIVIDUAL –SEGURO CRÉDITO PROTEÇÃO TOTAL

O presente produto (de adesão não obrigatória), composto por 3 apólices, de contratação conjunta e vigência simultânea ou sucedânea, de acordo com a idade do segurado em cada momento, é constituído pelas Condições Gerais (CG) (comuns a todas as apólices), Condições Especiais (CE) (por cada uma das apólices), Condições Particulares/Proposta de subscrição (CP), e pelas declarações do Tomador do Seguro/Pessoa Segura/Segurado. O conjunto de apólices contratadas pelo Segurado é adiante designado por “Contrato”.

DEFINIÇÕES: Entende-se, para efeitos do presente Contrato:

Acidente - Acontecimento provocado por causa súbita, externa e violenta, alheia à vontade do Segurado, que lhe produza lesão corporal confirmada clinicamente;

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

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

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

Condições Particulares/Proposta de subscrição - Documento assinado pelos Tomadores do seguro, através do qual declaram preencher as condições de elegibilidade de subscrição do seguro;

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

Contrato de Financiamento – O contrato celebrado entre o Tomador do Seguro e a Entidade Financeira (o Mediador), através do qual aquele se constitui devedor para com esta e onde se estabelecem as condições de utilização e de pagamento do crédito concedido;

Distribuição – Relação entre o valor do prémio total e a parte respeitante a cada garantia;

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

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 franquia relativa, 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 do Segurador;

Período de Requalificação – Período em que, imediatamente após a cessação dos efeitos de um sinistro, não existe direito à prestação do Segurador;

Prestação do Segurador – Importância paga pelo Segurador ao Beneficiário, em caso de sinistro coberto pela apólice;

Segurador – Entidade legalmente autorizada a exercer a atividade seguradora e que subscreve, com o Tomador do Seguro, o contrato de seguro, no caso concreto a Cardif Assurance Vie e Cardif Assurances Risques Divers;

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

Tomador do Seguro – Pessoa que celebra com o Segurador o contrato de seguro e é responsável pelo pagamento dos prémios;

Trabalho por conta de outrem - prestação de uma atividade profissional remunerada, como trabalhador dependente de uma entidade empregadora, sob a autoridade e direção desta, através do estabelecimento de um contrato individual de trabalho, encontrando-se devidamente inscrito na Segurança Social.

Trabalho por conta própria - a prestação de uma atividade profissional remunerada, que não se encontre abrangida pela definição de Trabalho por conta de outrem.

I. CONDIÇÕES GERAIS COMUNS

1. PARTES/SUJEITOS:

Seguradores: Cardif Assurance Vie, com sede em Boulevard Haussemann 1 – Paris e com sucursal em Portugal, sita na Torre Ocidente, R. Galileu Galilei nº 2 10º Piso, 1500-392 Lisboa, NIPC/matricula na Conservatória do Registo Comercial de Lisboa n.º 980 147 913, inscrita na ASF sob o n.º 1138, e Cardif Assurances Risques Divers, com sede em Boulevard Haussemann 1 – Paris e com sucursal em Portugal, sita na Torre Ocidente, R. Galileu Galilei nº 2 10º Piso, 1500-392 Lisboa, NIPC/matricula na Conservatória do Registo Comercial de Lisboa n.º 980 148 243, inscrita na ASF sob o n.º 1139, ambas sujeitas à Supervisão da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões (www.asf.com.pt).

Tomador do Seguro/Segurado: o identificado nas Condições Particulares/Proposta.

Beneficiário Principal e Mediador do Seguro: BNP Paribas Personal Finance, S.A., Sucursal em Portugal, com sede na Torre Ocidente, Rua Galileu Galilei, nº 2 8º Piso, 1500-392 Lisboa, NIPC/matricula na Conservatória do Registo Comercial de Lisboa sob o número 980 677 750, 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 Contrato de 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.

O Beneficiário Principal do presente Contrato corresponde ao Mediador do Seguro, o qual é designado de forma irrevogável pelas partes. Exclusivamente para efeitos da garantia “Período de Convalescência (PC)”, o Beneficiário da prestação do Segurador é o Segurado.

2. OBJECTO DO CONTRATO: O previsto nas Condições Especiais (consoante as coberturas de cada apólice).

3. CONDIÇÕES DE ELEGIBILIDADE: i) Não ter menos de 18 nem mais de 72 anos de idade (inclusive); ii) não ter estado doente ou em situação de invalidez nos últimos 12 meses; iii) assinar

as declarações constantes das Condições Particulares/Proposta, as quais, uma vez assinadas, se pressupõem verdadeiras, salvo prova em contrário.

4. CELEBRAÇÃO DO CONTRATO: O presente Contrato tem-se por concluído, nos termos propostos, em caso de silêncio do Segurador durante 14 dias contados da receção da proposta do Tomador do Seguro, feita em impresso próprio do Segurador, devidamente preenchido, acompanhado dos documentos necessários e entregue ou recebido no local indicado pelo Segurador. Esta disposição é aplicável quando o Segurador tenha autorizado a proposta feita de outro modo, nomeadamente através de meios telemáticos, exceto quando o contrato seja celebrado de acordo com o regime das vendas à distância.

5. VIGÊNCIA DO CONTRATO. Início e Duração das Garantias: este contrato vigorará desde a data da respetiva conclusão, até 31 de Dezembro seguinte e, desde essa data, por períodos de um ano, prorrogando-se a partir de então automaticamente por iguais períodos, a menos que alguma das partes notifique a outra, por carta registada com aviso de receção, da intenção de não renovar, pelo menos com 30 dias de antecedência relativamente à data do termo do período inicial de vigência ou da renovação em curso.

6. GARANTIAS: as previstas nas Condições Especiais.

7. EXCLUSÕES GERAIS: ficam excluídos os sinistros decorrentes das seguintes situações: i) sinistro verificado antes da celebração do contrato de seguro; ii) sinistro resultante de afeção/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 Particulares; iv) afeção/situação provocada voluntariamente pelo Tomador/Segurado; v) guerra, guerra civil, insurreição, rebelião, revolução, terrorismo, convulsão social ou alteração da ordem pública; vi) sinistro resultante de reação ou radiação nuclear ou contaminação radioativa; vii) sinistro resultante de tremores de terra ou riscos catastróficos da natureza.

8. CAPITALIS SEGUROS: nos contratos de seguro que cubram as garantias de morte e invalidez, o capital seguro é determinado por referência ao capital em dívida no contrato de financiamento; o contrato de seguro encontra-se ligado ao contrato de financiamento na medida em que a respetiva duração depende da duração do contrato de financiamento, cessando automaticamente quando este cessa. Em caso de ocorrência de um Sinistro, o Segurador pagará o valor previsto nas Condições Especiais ou Particulares nos termos e durante o período aí definido. Este valor não poderá ultrapassar os Capitais Máximos definidos. Não existe repartição dos capitais seguros.

9. ÂMBITO TERRITORIAL: o previsto nas Condições Especiais.

10. PRÉMIO:

10.1. Cálculo do Valor: calculado pelo Segurador com base nas taxas previstas nas Condições Especiais.

10.2. Modalidades de Pagamento: o prémio será liquidado pelo Tomador do Seguro ao Segurador, através de débito direto na conta do Tomador, ou através de outra forma prevista na lei e identificada nas Condições Particulares, nos prazos e com a periodicidade definida nas Condições Particulares. A anulação do débito equivale à falta de pagamento do prémio.

10.3. Critério de ajustamento do prémio: ajustável à mensalidade.

10.4. Em caso de falta de pagamento do prémio por parte do Tomador, o Beneficiário pode fazer-se substituir àquele no cumprimento dessa obrigação, num prazo não superior a 30 dias contados do seu vencimento, sem que a Seguradora possa recusar o seu pagamento ou a cobertura de sinistros ocorridos entre a data do vencimento e a data do pagamento do prémio.

10.5. Falta de Pagamento:

10.5.1. Todas as apólices, quer respeitem a Seguros de Pessoas (relativos à saúde e integridade física das Pessoas Seguras), quer respeitem a Seguros de Danos (relativos a coisas, bens imateriais, créditos e outros direitos patrimoniais): a falta de pagamento do prémio inicial, ou da primeira fração deste, na data do vencimento, determina a resolução automática do contrato a partir da data da sua celebração; a falta de pagamento do prémio de anuidades subsequentes, ou da primeira fração deste, na data do vencimento, impede a prorrogação do contrato; a falta de pagamento de uma fração do prémio no decurso de uma anuidade, determina a resolução automática do contrato na data do vencimento.

10.5.2. Exceção: apólices “Vida” e garantias complementares: a falta de pagamento do prémio na data de vencimento confere ao Segurador o direito à resolução do contrato, com o consequente resgate obrigatório. O Tomador do Seguro não tem a faculdade de repor em vigor o contrato resolvido.

10.6. Alterações à Tarifa: O Segurador reserva-se o direito de alterar as taxas constantes das Condições Especiais, desde que as comunique ao Tomador do Seguro por escrito com pelo menos 60 dias de antecedência sobre a data em que pretende aplicá-las, e desde que o motivo da alteração seja pelo menos um dos seguintes: i) sinistralidade superior à inicialmente prevista; ii) alterações das taxas de encargos legais incidentes sobre os prémios. O Tomador do Seguro poderá resolver o Contrato se não concordar com tal alteração de taxas, através de comunicação ao Segurador por correio registado, com pelo menos 30 dias de antecedência sobre a data em que esta pretende aplicar as novas taxas.

11. DEVERES DAS PARTES CONTRATANTES:

11.1 Do Segurado: i) pagar as indemnizações às quais for obrigado pelo presente Contrato, após confirmação do enquadramento de cada Sinistro no âmbito e Garantias da mesma; ii) guardar sigilo, nos termos da lei, sobre todas as informações que lhe sejam fornecidas pelo Tomador do Seguro, nomeadamente

as referentes à situação de crédito e ao estado de saúde. **11.2. Do Tomador do Seguro/Segurado:** i) declarar com exatidão todas as circunstâncias que conheça e que razoavelmente deva ter por significativas para a apreciação do risco pelo Segurador – declaração inicial de risco; ii) responder com verdade e rigor às questões que lhe sejam colocadas pelo Segurador; iii) o disposto nas alíneas anteriores é igualmente aplicável a circunstâncias cuja menção não seja solicitada em questionário eventualmente fornecido pelo Segurador para o efeito; iv) durante a vigência do contrato, comunicar as alterações do risco respeitantes ao objeto das informações prestadas na declaração inicial de risco; v) disponibilizar-se para efetuar exames médicos que eventualmente lhe sejam solicitados pelo Segurador, quer aquando da celebração do contrato de seguro quer em caso de Sinistro (o Segurado pode, mediante solicitação, aceder aos dados médicos dos exames realizados); vi) fornecer ao Segurador todos 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 ao Segurador a ocorrência de qualquer Sinistro coberto pela Apólice no prazo máximo de 8 dias; viii) durante a execução do Contrato, comunicar ao Segurador, no prazo de 14 dias a contar do conhecimento do facto, todas as circunstâncias que agravem o risco (não aplicável

aos seguros de Vida); ix) contribuir para o não agravamento de qualquer situação susceptível de incrementar as consequências de um sinistro eventualmente ocorrido.

12. OMISSÕES OU INEXACTIDÕES POR PARTE DO TOMADOR/SEGURADO

12.1. Omissões ou inexactidões dolosas: no caso de incumprimento doloso do dever de declaração inicial de risco previsto na cláusula 11.2, o presente contrato é anulável mediante declaração enviada pelo Segurador ao Tomador do Seguro. Não tendo ocorrido sinistro, esta declaração é enviada no prazo de 3 meses a contar do conhecimento do incumprimento. O Segurador não está obrigado 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. O Segurador tem direito ao prémio devido até ao final do prazo acima referido (salvo se tiver concorrido dolo ou negligência grosseira do segurador) ou, no caso de dolo do Tomador do Seguro/Segurado, com o propósito de obter uma vantagem, até ao termo do contrato.

12.2. Omissões ou inexactidões negligentes: no caso de incumprimento negligente do dever de declaração inicial de risco previsto na cláusula 11.2, o Segurador pode, 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) o Segurador 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) o Segurador, 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.

13. PARTICIPAÇÃO DE SINISTROS:

13.1. Procedimentos a adotar pelo Tomador/Segurado:

A participação de qualquer Sinistro deverá ser feita pelo Tomador/Segurado ou por quem o represente, junto dos escritórios do Segurador no prazo máximo de 8 dias a contar daquele em que tenha conhecimento, devendo ser utilizados para o efeito os documentos próprios disponibilizados pelo Segurador, acompanhados de documentação comprovativa da situação do Segurado que se entende ser susceptível 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 ao Segurador todas as informações relevantes que este solicite relativas ao Sinistro e às suas consequências. O Tomador do Seguro deverá entregar, sem prejuízo de outra que possa vir a ser solicitada, a seguinte documentação, **em caso de M:** cópia do certificado de óbito e questionário médico (preenchido pelo médico de família ou médico assistente do Segurado); **em caso de IAD:** cópia da comunicação da deliberação da comissão da junta médica emitida pelo Centro Regional de Segurança Social ou da ADSE a que o Segurado terá sido submetida comprovando a situação de invalidez, questionário médico (preenchido pelo médico de família ou médico assistente do Segurado), declaração emitida pela entidade patronal, cópia do auto policial / auto de notícia (caso em que o óbito tenha ocorrido por motivo de acidente) e cópia de toda a documentação clínica relativa ao Segurado relevante para o processo; **em caso de IT:** cópia de todos os certificados de Incapacidade Temporária (Baixas) emitidos pelo médico do Centro de Saúde (ou pela Companhia de Seguros caso se trate de acidente de viação ou de trabalho) ou dos atestados médicos passados por médico particular (caso o Segurado seja funcionário/a público/a), declaração emitida pela entidade patronal (trabalhadores por conta de outrem), cópia da folha guia de pagamento à Segurança Social com data imediatamente anterior à data de início da baixa (trabalhadores por conta própria) e questionário médico (preenchido pelo médico de família ou médico assistente do Segurado); **em caso de H:** cópia da declaração de Hospitalização, cópia da folha guia de pagamento à Segurança Social (trabalhadores por conta própria) com data imediatamente anterior à data de início de hospitalização, cópia do Relatório Hospitalar e da Alta Hospitalar, cópia do Auto Policial / Auto de Notícia da ocorrência (apenas nos casos em que a Hospitalização tenha ocorrido por motivo de acidente) e cópia do cartão de contribuinte da pessoa segura; **em caso de DI:** cópia do Modelo RP 5044-DGSS preenchido e carimbado pela entidade patronal, extrato de remunerações emitido pelos serviços da Segurança Social ou da ADSE, declaração de inscrição no Centro de Emprego e cópia do cartão de contribuinte da pessoa segura; **em caso de (H AC):** Declaração Hospitalar a comprovar a data de início e de fim (alta) do internamento, bem como os motivos que o provocaram; Cópia do Auto Policial/Auto de Notícia da ocorrência (quando exista); Cópia do cartão de cidadão do Segurado (ou outro(s) documento(s) de identificação onde conste o número de identificação pessoal de cidadão e número de identificação fiscal); **em caso de (PC) :** Declaração Médica a atestar que o Segurado, após ter recebido alta hospitalar motivada por acidente, participada ao Segurador ao abrigo do presente Contrato, necessita de ficar, para efeitos de sua recuperação (convalescença), numa situação de repouso absoluto, bem como o período pelo qual terá de ficar nessa situação; Cópia do Auto Policial/Auto de Notícia da ocorrência (quando exista); Cópia do cartão de cidadão do Segurado (ou outro(s) documento(s) de identificação onde conste o número de identificação pessoal de cidadão e número de identificação fiscal). Toda e qualquer despesa provocada com a obtenção dos documentos e/ou informações solicitadas pelo Segurador, que se mostrem essenciais para o enquadramento do sinistro, ficam a cargo do Tomador/Segurado.

13.2. Resposta do Segurador:

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

13.3. Falta de participação do Sinistro:

Na falta de participação do Sinistro, o Segurador pode reduzir a prestação devida atendendo ao dano que lhe seja causado pelo incumprimento dos deveres fixados para o Segurado no número 1 desta cláusula. No caso de, dolosamente, os referidos deveres não serem cumpridos ou serem incorretamente cumpridos, determinando um dano significativo para o Segurador, considera-se perdida a cobertura em causa.

13.4. Pagamento de Indemnizações:

Sempre que entenda haver lugar ao pagamento de uma indemnização, o Segurador fá-lo-á diretamente ao Beneficiário.

13.5. Sub-rogação:

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

13.6. 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, bem como as do Contrato de Financiamento a que este se encontra ligado. Pelo que, até decisão da Seguradora em contrário, deverá continuar a pagar as prestações inerentes aos mesmos.

14. CESSAÇÃO DO CONTRATO E DAS GARANTIAS: o presente contrato cessa nos termos gerais, nomeadamente por caducidade, revogação, denúncia e resolução. As garantias cessarão automaticamente com a ocorrência da primeira das seguintes situações: i) cessação do contrato de seguro; ii) cessação do contrato de financiamento; iii) ultrapassagem da idade máxima para cada garantia, indicada nas Condições Especiais, iv) não pagamento do prémio de seguro respetivo.

14.1. Livre Resolução: o Tomador do Seguro pode, mediante notificação escrita enviada ao Segurador, resolver o contrato sem invocar justa causa nas seguintes situações: i) nos seguros de vida e acidentes pessoais, nos 30 dias imediatos à receção da apólice; ii) nos contratos de seguro celebrados à distância fora do âmbito da alínea i) anterior, nos 14 dias imediatos à data da receção da apólice. O prazo conta-se a partir da celebração do contrato, desde que o Tomador disponha, nessa data, em papel ou outro suporte duradouro, de todas as informações relevantes sobre o seguro. No caso de ao Tomador do Seguro não ser entregue a apólice aquando da celebração do contrato ou enviada no prazo de 14 dias, o Tomador do Seguro pode resolver o contrato, tendo a cessação efeito retroativo e o Tomador direito à devolução da totalidade do prémio pago. No caso de terem 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/receção da notificação da livre resolução.

14.2. Manutenção do Contrato pelos beneficiários em caso de morte, ou pelos herdeiros (aplicável às apólices que cubram o risco de morte): quando o Tomador do Seguro seja pessoa diferente do Segurado, verificando-se a morte do Tomador, pode o beneficiário, ou os herdeiros do Tomador, substituir-se a este no pagamento dos prémios, mantendo-se o contrato em vigor.

15. RESGATE, RENÚNCIA, ADIANTAMENTO E TRANSFERÊNCIA: este contrato não confere os direitos de renúncia ou de resgate, nem é prevista a realização de adiantamentos sobre a apólice, nem a sua transferência, seja em que momento ou circunstância for.

16. INCONTESTABILIDADE: o presente contrato baseia-se nas declarações do Segurador e do Tomador do Seguro/Segurado, sendo entendido que os intervenientes no contrato mencionaram, com inteira veracidade, todos os factos ou circunstâncias que permitem a exata apreciação do risco e que possam influir na aceitação do seguro ou na correta determinação do prémio aplicável. Impende sobre o Tomador do Seguro/Segurado o ónus da prova da veracidade de todas as suas declarações.

17. INVESTIMENTO AUTÓNOMO: o presente contrato não dá lugar a investimento autónomo.

18. TRANSMISSÃO DO CONTRATO: depende do consentimento do Segurador.

19. PARTICIPAÇÃO NOS RESULTADOS: o presente contrato não prevê a atribuição de participação nos resultados.

20. REGIME FISCAL: Nos termos do Código do IRS, os prémios de seguros de saúde, de vida e de acidentes pessoais podem ser objeto de dedução à coleta do imposto, de acordo com limites e condições legais. O Tomador do Seguro deverá inteirar-se das regras fiscais aplicáveis no ano em que o prémio seja pago.

21. RECLAMAÇÕES: todas as reclamações relativas à execução ou interpretação do presente contrato poderão ser dirigidas ao Segurador, sem prejuízo do recurso, para o efeito, à Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões ("ASF"); as reclamações contra o mediador de seguro deverão ser apresentadas junto da ASF, em qualquer caso, sem prejuízo do recurso aos tribunais judiciais ou a organismos de resolução extrajudicial de litígios.

22. LEGISLAÇÃO PORTUGUESA: ao Contrato aplica-se a legislação portuguesa.

23. 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 eletrónico: cnicc@unl.pt e disponível na página www.arbitragemdeconsumo.org. Mais informações em www.consumidor.pt.

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

25. ACESSO AO REGISTO CENTRAL DE SEGUROS: através de pedido efetuado junto da ASF.

26. 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 infra-estruturas (por exemplo: plataformas partilhadas) 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: Melhorar 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 prospectos 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 subscritos ou para os quais recebeu uma cotação, com outros dados que a Seguradora detenha sobre ele (por exemplo, a Seguradora pode identificar se o Segurado tem filhos, mas ainda não possui seguro de proteção 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; Co-seguradoras, 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 proteção 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

26.1 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.

26.2 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 VIDA – V.107.6/251

1. OBJECTO DA APÓLICE: a presente Apólice garante, nos termos e condições estabelecidos, o pagamento de prestações pecuniárias/valor em dívida previstas no Contrato de Financiamento, à data do sinistro.

2. GARANTIAS: i) **Morte (M), até aos 80 anos (inclusive);** ii) **Invalidez Absoluta e Definitiva (IAD), até aos 80 anos (inclusive):** situação física irreversível, constatada clinicamente, de acordo com a Tabela Nacional de Incapacidades (TNI) com um grau de invalidez superior a 80%, motivada por causa alheia à vontade do Segurado, e que implique a total impossibilidade, por parte deste, de exercer qualquer atividade profissional remunerada e de efetuar os atos essenciais à sua própria vida normal e corrente sem recorrer, para esse efeito, a uma terceira pessoa; iii) **Incapacidade Temporária para o Trabalho (IT), até aos 65 anos (inclusive):** situação física reversível, constatada clinicamente, motivada por causa alheia à vontade da Pessoa Segura e que implique a total impossibilidade, por parte desta, de exercer a sua profissão; iv) **Hospitalização, para trabalhadores por conta própria (H), até aos 65 anos (inclusive):** Situação física reversível, constatada clinicamente, motivada por doença ou acidente alheia à vontade do Segurado, encontrando-se o mesmo internado numa instituição hospitalar, e que implique a total impossibilidade por parte deste de exercer a sua atividade profissional

3. CONDIÇÕES DE ELEGIBILIDADE ESPECÍFICAS: (M) e (IAD): As previstas nas Condições Gerais e ainda o preenchimento de questionário médico ou realização de exames médicos, se solicitado pelo Segurador. **(IT) e (H):** encontrar-se a desenvolver uma atividade profissional remunerada, devidamente comprovada, à data da subscrição do Contrato.

4. ÂMBITO TERRITORIAL: a presente Apólice é válida independentemente do local onde ocorra o Sinistro.

5. EXCLUSÕES ESPECÍFICAS: Para além das exclusões gerais, encontram-se especialmente excluídos os sinistros resultantes de:

5.1. (M) e (IAD): suicídio ou tentativa de suicídio; consumo de álcool, estupefacientes ou outras drogas não prescritas, ou em doses não prescritas, por qualquer médico; participação voluntária do segurado em desafios, disputas ou rixas suscetíveis de pôr a sua integridade física em risco, salvo em situação de legítima defesa ou tentativa de salvamento de pessoas ou bens; prática de qualquer desporto a nível profissional ou de risco particularmente elevado (p. ex.: alpinismo, pára-quedismo, artes marciais, desportos de inverno, boxe, tauromaquia, espeleologia, caça grossa e outros de semelhante nível de periculosidade), bem como a participação em competições de veículos motorizados ou aeronaves; utilização de veículos motorizados de duas rodas, como condutor ou passageiro, sem uso de capacete de proteção; condução de qualquer veículo motorizado, sem habilitação legal para o efeito.

5.2 (IT) e (H): As previstas para Morte e Invalidez Absoluta e Definitiva; parto, gravidez ou interrupção voluntária ou espontânea da gravidez; sinistros resultantes de situações de incapacidade temporária verificada menos de 6 meses após a última prestação mensal paga pela Seguradora referente a um outro sinistro ocorrido com o mesmo Segurado, exceto recidiva (recaída) ou acidente; não se encontrar a desenvolver qualquer atividade profissional remunerada, devidamente comprovada, nos 12 meses anteriores à data do sinistro.

6. IDADES MÁXIMAS PARA COBERTURA DE SINISTROS: (M) e (IAD): 80 anos de idade (inclusive); **(IT)**

e (H): 65 anos de idade (inclusive).

7. FUNCIONAMENTO DAS GARANTIAS/CAPITAL SEGURO: Uma vez aceite um sinistro participado ao abrigo da presente apólice, o Segurador pagará: **em caso de (M) e (IAD)**, o capital em dívida no âmbito do Contrato de Financiamento, que o Tomador do Seguro tiver perante a Entidade Financeira à data de ocorrência do Sinistro; **em caso de (IT)**, o reembolso mensal da prestação estabelecida no Contrato de Financiamento, enquanto de manter a situação de incapacidade, até um máximo de 12 mensalidades por sinistro e 36 por contrato; **e em caso de (H)**, o reembolso mensal da prestação estabelecida no Contrato de Financiamento, enquanto de manter a situação de Hospitalização, até um máximo de 1 mensalidade por sinistro e por contrato;

As garantias não abrangem (i) as prestações adicionais que sejam devidas para além de uma prestação mensal por cada mês de financiamento e (ii) o pagamento do valor residual e/ou da última prestação do contrato (se esta última prestação for em montante superior às prestações mensais regulares).

8. MÁXIMOS DE INDEMNIZAÇÃO: (M) e (IAD): não aplicável; **(IT):** 12 mensalidades por sinistro e 36 por contrato; **(H):** 1 mensalidade por sinistro e por contrato.

9. CARÊNCIA: (IT) e (H): 30 dias; Não aplicável às restantes Garantias.

10. FRANQUIAS: (IT): 30 dias (Relativa); **(H):** 7 dias (Absoluta).

11. REQUALIFICAÇÃO: após o último pagamento mensal referente a um Sinistro abrangido pela garantia de (IT), existirá um Período de Requalificação de 6 meses, durante o qual não será aceite, relativamente ao mesmo Segurado, nenhum sinistro abrangido pela mesma garantia.

12. PRÉMIOS:

12.1. Taxas: o valor mensalmente devido pelo Tomador do seguro é calculado de acordo com a tabela abaixo e constante das Condições Particulares. Sobre o valor apurado, acrescem as taxas e impostos legalmente aplicáveis.

12.2. Relação entre o prémio e o capital seguro por Garantia:

Risco	Duração Financiamento	Taxa Comercial (taxa aplicada à mensalidade)		Distribuição (Relação entre o valor do prémio total e a parte respeitante a cada garantia)	
		Entre os 18 e 65 anos	Entre os 66 e 80 anos	Entre os 18 e 65 anos	Entre os 66 e 80 anos
M	0-12 Meses	0,5314%	1,9212%	25,6166%	97,0874%
	13-24 Meses	1,0183%	3,1791%	30,2609%	97,0874%
	25-36 Meses	1,5071%	3,9376%	36,4575%	97,0874%
	37-48 Meses	2,0037%	4,5723%	41,9366%	97,0874%
	49-60 Meses	2,5119%	5,1676%	46,6802%	97,0874%
	61-72 Meses	3,0313%	5,7499%	50,7823%	97,0874%
	73-84 Meses	3,5595%	6,3274%	54,3326%	97,0874%

	85-96 Meses	4,0952%	6,9044%	57,4231%	97,0874%
	97-108 Meses	4,6399%	7,4854%	60,1421%	97,0874%
	109-120 Meses	5,1959%	8,0747%	62,5605%	97,0874%
IAD	0-12 Meses	0,0159%	0,0576%	0,7685%	2,9126%
	13-24 Meses	0,0305%	0,0954%	0,9078%	2,9126%
	25-36 Meses	0,0452%	0,1181%	1,0937%	2,9126%
	37-48 Meses	0,0601%	0,1372%	1,2581%	2,9126%
	49-60 Meses	0,0754%	0,1550%	1,4004%	2,9126%
	61-72 Meses	0,0909%	0,1725%	1,5235%	2,9126%
	73-84 Meses	0,1068%	0,1898%	1,6300%	2,9126%
	85-96 Meses	0,1229%	0,2071%	1,7227%	2,9126%
	97-108 Meses	0,1392%	0,2246%	1,8043%	2,9126%
	109-120 Meses	0,1559%	0,2422%	1,8768%	2,9126%
IT	0-12 Meses	1,4957%		72,1037%	
	13-24 Meses	2,2843%		67,8816%	
	25-36 Meses	2,5493%		61,6708%	
	37-48 Meses	2,6819%		56,1301%	
	49-60 Meses	2,7615%		51,3188%	
	61-72 Meses	2,8146%		47,1520%	
	73-84 Meses	2,8526%		43,5429%	
	85-96 Meses	2,8811%		40,3997%	
	97-108 Meses	2,9034%		37,6333%	
	109-120 Meses	2,9212%		35,1721%	
H	0-12 Meses	0,0313%		1,5112%	
	13-24 Meses	0,0320%		0,9496%	
	25-36 Meses	0,0322%		0,7780%	
	37-48 Meses	0,0323%		0,6752%	
	49-60 Meses	0,0323%		0,6007%	
	61-72 Meses	0,0324%		0,5422%	
	73-84 Meses	0,0324%		0,4944%	
	85-96 Meses	0,0324%		0,4545%	
	97-108 Meses	0,0324%		0,4204%	
	109-120 Meses	0,0324%		0,3907%	

12.1. Taxas: o valor mensalmente devido pelo Tomador do seguro é calculado de acordo com a tabela abaixo e constante das Condições Particulares. Sobre o valor apurado, acrescem as taxas e impostos legalmente aplicáveis.

12.2. Relação entre o prémio e o capital seguro por Garantia:

Risco	Duração Financiamento	Taxa Comercial	Distribuição
		(taxa aplicada à mensalidade)	(Relação entre o valor do prémio total e a parte respeitante a cada garantia)
Entre os 66 e 80 anos			
H AC	0-12 Meses	0,4630%	38,0688%
	13-24 Meses	0,3998%	25,1711%
	25-36 Meses	0,3346%	19,6600%
	37-48 Meses	0,2923%	16,6449%
	49-60 Meses	0,2635%	14,7706%
	61-72 Meses	0,2429%	13,5118%
	73-84 Meses	0,2277%	12,6218%
	85-96 Meses	0,2159%	11,9695%
	97-108 Meses	0,2066%	11,4786%

12.3. Regime e Pagamento dos Prémios: prémio mensal, pago ao Segurador na modalidade prevista nas Condições Gerais e nos prazos e com a periodicidade prevista nas Condições Particulares.

APÓLICE DE ACIDENTES PESSOAIS – A.23.8/391

1. OBJECTO DA APÓLICE: a presente Apólice garante o pagamento de prestações pecuniárias previstas no Contrato de Financiamento.

2. GARANTIAS: i) **Hospitalização Acidental (H AC), entre os 66 e os 80 anos (inclusive):** Situação física reversível, constatada clinicamente, motivada por acidente alheia à vontade do Segurado, encontrando-se o mesmo internado numa instituição hospitalar, e que implique a total impossibilidade por parte deste de exercer a sua atividade profissional; ii) **Período de Convalescência (PC), entre os 66 e os 80 anos (inclusive):** Caso ao Segurado, após ter recebido alta hospitalar na sequência de um sinistro de Hospitalização Acidental, participada ao abrigo da presente Apólice, seja clinicamente prescrita a necessidade de tratamento médico com vista à sua recuperação, o Segurador garante ao Segurado, de modo a fazer face a despesas em que tenha que incorrer em consequência do sinistro, uma indemnização de acordo com o estabelecido nestas Condições Especiais.

3. CONDIÇÕES DE ELEGIBILIDADE ESPECÍFICAS: não aplicável.

4. ÂMBITO TERRITORIAL: a presente Apólice é válida independentemente do local onde ocorra o Sinistro.

5. EXCLUSÕES ESPECÍFICAS: Para além das exclusões gerais aplicáveis, encontram-se especialmente excluídos os sinistros resultantes de: i) Ato ilegal ou crime praticado pelo Segurado; ii) Consumo de álcool, estupefacientes ou outras drogas não prescritas por qualquer médico; iii) Doença causada direta ou indiretamente por HIV ou outras doenças relacionadas, incluindo SIDA, reconhecidas pela organização mundial de saúde; iv) Consequência de crise epilética, delirium tremens, rutura de aneurisma, enfarte do miocárdio, embolia cerebral ou hemorragia meningea; v) Acidente resultantes de lesões ou reações causadas por esforço, choque emocional, substâncias tóxicas, medicamentos, estupefacientes ou radiações; vi) Participação em rixas ou lutas com terceiros, salvo se atuando em legítima defesa ou em socorro de alguém em perigo; vii) Atividades perigosas tais como manuseamento de explosivos ou armas de fogo; Participações em crimes ou ofensas à sociedade; viii) acidente de aviação, quando a viagem não seja efetuada através de uma companhia aérea devidamente licenciada para o efeito; Acidente de viação que não seja reportado às autoridades policiais.

6. IDADES MÍNIMAS E MÁXIMAS PARA COBERTURA DE SINISTRO: encontram-se a coberto da presente apólice, os sinistros ocorridos entre os 66 anos e os 80 anos de idade (inclusive) do Segurado.

7. FUNCIONAMENTO DAS GARANTIAS: Uma vez aceite um sinistro participado ao abrigo da presente apólice, o Segurador pagará: **em caso de H AC:** o reembolso mensal da prestação estabelecida no Contrato de Financiamento, enquanto se mantiver a situação de Hospitalização, até um máximo de 1 mensalidade por sinistro e por contrato. A garantia não abrange (i) as prestações adicionais que sejam devidas para além de uma prestação mensal por cada mês de financiamento e (ii) o pagamento do valor residual e/ou da última prestação do contrato (se esta última prestação for em montante superior às prestações mensais regulares); **e em caso de (PC):** um montante fixo de 30 Euros, por cada dia em que o Segurado se mantiver numa situação de Convalescência.

8. MÁXIMOS DE INDEMNIZAÇÃO: (H AC): 1 mensalidade, por sinistro e por contrato; **(PC):** 450 Euros, i.e. o equivalente a 15 dias de Convalescência, por sinistro e contrato.

9. CARÊNCIA: não aplicável;

10. FRANQUIAS: (H AC) – 7 dias (Relativa);

11. REQUALIFICAÇÃO: não aplicável.

12. PRÉMIOS: