BPI VIDA E PENSÕES
Grupo CaixaBank

SEGURO BPI MAIS VIDA

CONDIÇÕES GERAIS

APÓLICE DE SEGURO

Entre a BPI Vida e Pensões – Companhia de Seguros, S.A., com sede na Avenida Praia da Vitoria, n.º 71, 3.º andar, 1050-183 Lisboa, adiante designada por Seguradora e o Tomador do Seguro identificado nas Condições Particulares, estabelece-se o presente contrato de seguro contributivo que se regula pelas presentes Condições Gerais, pelas Condições Especiais, se aplicáveis, e pelas Condições Particulares acordadas, de harmonia com as declarações constantes da proposta que lhe serviu de base e que dela faz parte integrante.

O presente contrato é, também, integrado, no que respeita a cada Pessoa Segura, pelo Boletim de Adesão e Certificado de Seguro respeitante a cada adesão, bem como pelos demais documentos exigidos para avaliação do risco, nomeadamente questionários clínicos, declarações de saúde e exames médicos.

CAPÍTULO I
DEFINIÇÃO OBJETO E ÂMBITO

ARTIGO 1.º - DEFINIÇÕES

1.1. Para efeitos do presente contrato entende-se por:

APÓLICE: documento escrito que inclui as condições do contrato de seguro acordadas entre as partes, nomeadamente as Condições Gerais, as Condições Especiais, se aplicável, as Condições Particulares / Certificado de Seguro e todos os demais documentos emitidos que completem ou alterem estas condições.

BENEFICIÁRIO: a pessoa, singular ou coletiva, a favor de quem reverte o Capital Seguro no caso de se verificar um risco coberto pela apólice.

CAPITAL SEGURO: capital que será pago ao Beneficiário ou à Pessoa Segura no caso de se verificar um risco coberto pela apólice.

CONDIÇÕES PARTICULARES: Conjunto de cláusulas que adaptam o contrato de seguro à situação concreta, identificando nomeadamente as coberturas, os valores do capital seguro, o início e a duração do contrato, o prémio, o Tomador do Seguro, a Pessoa Segura, os Beneficiários e eventuais exclusões ou agravamentos.

DOENÇA: toda e qualquer alteração involuntária do estado de saúde, estranha à vontade da Pessoa Segura e não causada por acidente, que se revele por sinais manifestos e seja atestada como tal por autoridade médica competente.

IDADE ATUARIAL: Idade da Pessoa Segura em anos inteiros, considerando a data aniversária mais próxima, isto é, se estiver a menos de seis meses do próximo aniversário, considera-se como Idade Atuarial a idade atual acrescida de um ano.

MÉDICO: Licenciado por uma Faculdade de Medicina autorizado a exercer a profissão em Portugal. Excluem-se todas as especialidades não reconhecidas pela Ordem dos Médicos portuguesa.

NÚCLEO FAMILIAR: Pessoas designadas pela Pessoa Segura como filhos, incluindo filhos biológicos e adotados, legalmente reconhecidos sem a necessidade de viver na mesma residência com idade não superior a 21 anos.

PESSOA A SEGURAR: candidato a Pessoa Segura.

PESSOA SEGURA: a pessoa, residente em território nacional, que se tenha proposto aderir e tenha sido aceite pela Seguradora, cuja vida ou integridade física se segura e que se encontra sujeita aos riscos que, nos termos acordados, são objeto deste contrato.

PRÉMIO: preço pago à Seguradora pela contratação do seguro.

PROPOSTA DE SEGURO: documento fornecido pela Seguradora e preenchido pela Pessoa a Segurar, com a informação necessária para a Seguradora iniciar o processo de análise de risco.

QUESTIONÁRIO: questionário a responder pela Pessoa a Segurar, no qual são apresentados os dados necessários para a avaliação do risco pela Seguradora, incluindo as circunstâncias cuja menção não seja solicitada expressamente no mesmo.

SEGURADORA: BPI Vida e Pensões – Companhia de Seguros, S.A., legalmente autorizada a exercer a atividade seguradora, adiante designada por BPI Vida e Pensões.

TOMADOR DO SEGURO: a entidade que celebra o contrato com a Seguradora.

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

ARTIGO 2.º - ÂMBITO DO CONTRATO

2.1. O presente contrato cobre o risco de morte, designado cobertura principal, e, de acordo com o módulo contratado, o risco relativo às seguintes coberturas complementares:

a) Doença Grave 50: Invalidez Absoluta e Definitiva, Invalidez Total e Permanente e Doenças Graves 50% do capital seguro;

b) Doença Grave 100: Invalidez Absoluta e Definitiva, Invalidez Total e Permanente e Doenças Graves 100% do capital seguro;

c) Adicional: Para ambos os módulos, poderá ser incluída a cobertura de Doenças Graves para os filhos.

2.2. A Seguradora garante o pagamento do Capital Seguro, no caso de se verificar um evento a que respeite o risco coberto, se abrangido pela cobertura ou pelas coberturas contratadas e desde que não se verifique nenhuma causa de exclusão.

ARTIGO 3.º - ÂMBITO TERRITORIAL

3.1. Salvo convenção em contrário constante das Condições Particulares ou no Certificado de Seguro, os riscos estão cobertos em qualquer parte do mundo, considerando que:

a) As deslocações efetuadas para zonas geográficas consideradas de alto risco político ou de guerra deverão ser sempre comunicadas à Seguradora, previamente ao início da viagem, para avaliação e aceitação do risco. São consideradas zonas geográficas de risco qualquer país ou região que se encontre em conflito político ou social;

b) A estadia fora do território nacional que tiver duração superior ou igual a 60 dias obriga, previamente ao início de qualquer deslocação, à comunicação à Seguradora para avaliação e aceitação do risco, quando o local de destino não se enquadrar numa das seguintes áreas geográficas: União Europeia, Reino Unido, Suíça, Canadá, Estados Unidos da América, Japão e Oceânia.

ARTIGO 4.º - BENEFICIÁRIOS

4.1. Em caso de morte da Pessoa Segura, os Beneficiários do presente contrato são os designados na apólice ou, na falta dessa designação, os Herdeiros Legais da Pessoa Segura.

4.2. Nos restantes casos, é Beneficiário a própria Pessoa Segura, salvo convenção em contrário constante das Condições Particulares.

4.3. No caso de a apólice constar como garantia de um empréstimo concedido pelo Banco BPI, este é o Beneficiário da parte do Capital Seguro que corresponde ao valor em dívida do empréstimo em causa, à data do sinistro. O valor remanescente, se existir, será pago aos Herdeiros Legais em caso de morte e à Pessoa Segura nas restantes situações

4.4. A cláusula beneficiária pode, a qualquer momento, ser revogada ou alterada pela Pessoa Segura, através de documento escrito, exceto quando tenha renunciado expressamente a esse direito.

4.5. A designação, revogação ou alteração de beneficiário só se torna eficaz quando seja recebida pela Seguradora.

4.6. O direito previsto no parágrafo 4.3 cessa no momento em que os Beneficiários adquirem o direito ao pagamento das importâncias seguras.

4.7. A cláusula beneficiária é irrevogável sempre que tenha havido aceitação expressa do benefício por parte do Beneficiário ou renúncia expressa da Pessoa Segura ou do Tomador do Seguro em a alterar, bem como quando conste da Proposta de Seguro ou em declaração posterior que o Beneficiário é credor privilegiado.

4.8. Sendo a cláusula beneficiária irrevogável, será necessário o prévio acordo escrito do Beneficiário para o exercício de qualquer direito emergente do contrato ou da faculdade de modificar as condições contratuais.

CAPÍTULO II
COBERTURAS

ARTIGO 5.º - COBERTURAS

5.1. De acordo com o módulo de subscrição contratado, são disponibilizadas as seguintes coberturas:

5.2. Morte – A Seguradora garante o pagamento do Capital Seguro aos Beneficiários, em caso de morte da Pessoa Segura nos termos previstos nas presentes Condições Gerais e nas Condições Particulares, desde que ocorra durante a vigência da apólice e no máximo até aos 70 anos de Idade Atuarial, não se verificando nenhuma causa de exclusão;

5.3. Invalidez Absoluta e Definitiva (IAD) – A Seguradora garante o pagamento do Capital Seguro aos Beneficiários, em caso de Invalidez Absoluta e Definitiva da Pessoa Segura nos termos previstos nas presentes Condições Gerais e nas Condições Particulares, desde que ocorra durante a vigência da apólice e no máximo até aos 70 anos de Idade Atuarial, não se verificando nenhuma causa de exclusão.

5.4. Para os efeitos previstos no presente contrato, considera-se existir Invalidez Absoluta e Definitiva quando são verificados cumulativamente os seguintes requisitos:

a) A Pessoa Segura apresente uma limitação funcional permanente e irrecuperável, para o exercício de qualquer atividade remunerada, igual ou superior a 75% de acordo com a TNI – Tabela Nacional de Incapacidades vigente à data do sinistro;

b) A Pessoa Segura necessite de forma indispensável do apoio de uma terceira pessoa para a sua subsistência funcional; e

c) Ser reconhecida previamente pelo Instituto da Segurança Social ou pelo Tribunal de Trabalho, em Portugal.

5.5. Invalidez Total e Permanente (ITP) – A Seguradora garante o pagamento do Capital Seguro aos Beneficiários, em caso de Invalidez Total e Permanente da Pessoa Segura, nos termos previstos nas presentes Condições Gerais e nas Condições Particulares, desde que ocorra durante a vigência da apólice e no máximo até aos 65 anos de Idade Atuarial, não se verificando nenhuma causa de exclusão.

5.6. Para os efeitos previstos no presente contrato, considera-se existir Invalidez Total e Permanente quando são verificados cumulativamente os seguintes requisitos:

a) A Pessoa Segura apresenta uma limitação total e permanente, sem qualquer possibilidade de recuperação, para exercer a sua profissão ou qualquer outra compatível com os seus conhecimentos e aptidões, igual ou superior a 60% de acordo com a TNI – Tabela Nacional de Incapacidades -vigente à data do sinistro, não sendo considerados no seu cálculo quaisquer defeitos físicos pré-existentes à admissão da Pessoa Segura;

b) A Pessoa Segura apresente uma completa impossibilidade física, clinicamente comprovada, de exercer a sua profissão há mais de 180 dias consecutivos, sendo alargado para 2 anos nos casos de alienação mental ou perturbações psíquicas; e

c) Ser reconhecida previamente pela Instituição da Segurança Social ou pelo Tribunal do Trabalho, em Portugal.

5.7. Doenças Graves – A Seguradora garante o pagamento do Capital Seguro aos Beneficiários, em caso de manifestação da Pessoa Segura uma das seguintes doenças, se esta ocorrer durante a vigência da apólice e no máximo até aos 65 anos de Idade Atuarial:

a) acidente vascular cerebral: qualquer acidente vascular cerebral de que resultem sequelas neurológicas com duração superior a 24 horas e incluindo enfarte do tecido cerebral, hemorragia e embolização de origem extracraniana. Terá de provar-se a existência de uma deficiência neurológica permanente;

b) ataque cardíaco: necrose de uma porção do músculo cardíaco como consequência de um fornecimento inadequado de sangue a uma área importante. O diagnóstico tem que ser baseado na história de dor torácica típica, nas alterações novas do eletrocardiograma e no aumento do valor de enzimas cardíacas;

c) cancro: tumor maligno caraterizado por um crescimento descontrolado com dispersão de células malignas bem como invasão de tecidos. Inclui leucemia, que não leucemia linfocitária crónica, mas exclui tumores não invasivos localizados, *in situ*, tumores na presença de qualquer vírus de imunodeficiência humana e qualquer cancro de pele que não seja melanoma maligno, tumor estromal gastrointestinal, doença maligna da próstata e carcinoma papilar da tiroide, exceto que tenham progredido para a classificação T2N0M0;

d) doença coronária que exija intervenção cirúrgica: a submissão a intervenção cirúrgica

para corrigir estreitamento ou bloqueio de duas ou mais artérias coronárias com excertos de bypass em pessoas com sintomas de angina incapacitantes, mas com exclusão de técnicas não cirúrgicas como angioplastias por balão ou resolução de uma obstrução por laser;

e) doença de Alzheimer: diagnóstico inequívoco por um especialista em neurologia de doença de Alzheimer em estado avançado, baseado nos critérios clínicos standard em vigor. Da doença deverá resultar uma incapacidade permanente para realizar de forma independente três ou mais atividades da vida diária: tomar banho, vestir-se, alimentar-se, higiene pessoal, continência urinária e fecal, mover-se e andar;

f) doença de Parkinson: diagnóstico inequívoco por um especialista em neurologia de doença de Parkinson em estado avançado, baseado nos critérios clínicos standard em vigor, sendo este estado clínico incontrolável com medicação. Da doença deverá resultar uma incapacidade permanente para realizar de forma independente três ou mais atividades da vida diária: tomar banho, vestir-se, alimentar-se, higiene pessoal, continência urinária e fecal, mover-se e andar;

g) esclerose múltipla: diagnóstico inequívoco por um especialista em neurologia da doença, na sequência de mais do que um episódio de sintomas neurológicos bem definidos com sinais persistentes de envolvimento dos nervos óticos, do tronco cerebral e da espinal medula, em conjunto e concomitância de afetação das funções motora, sensorial e de coordenação;

h) insuficiência renal: doença renal terminal devida a uma qualquer causa, com a vida dependente de diálise peritoneal regular ou hemodiálise;

i) transplante de órgão vital: a submissão, como recetor a transplante de coração, pulmões, fígado, pâncreas, rim ou medula óssea.

5.8. Doenças Graves para filhos - A Seguradora garante o pagamento do Capital Seguro à Pessoa Segura em caso de manifestação a uma pessoa do Núcleo Familiar de uma das doenças elencadas nas alíneas abaixo, se esta ocorrer durante a vigência da apólice e no máximo até aos 21 anos de Idade Atuarial de cada pessoa designada. A cobertura cessa em caso de sinistro com qualquer uma das pessoas designadas.

a) Cancro com risco de vida: qualquer doença maligna caracterizada pelo crescimento descontrolado e pela disseminação de células malignas que invadem tecidos de diferentes tipos de histológicos. O diagnóstico deve ser apoiado por provas histológicas ou, no caso cancros sistémicos, por provas citológicas, mas exclui cancro Pré-maligno, displasia cervical NIC-1, NIC-2, NIC-3, leucemia que não tenha causado anemia clinicamente relevante, tumores não invasivos, in situ, qualquer cancro de pele que não seja melanoma maligno que tenha causado invasão para além da epiderme, tumor estromal gastrointestinal, doença maligna da próstata e carcinoma papilar da tiroide, exceto que tenham progredido para a classificação T2N0M0, doença de Hodgkin e não-Hodgkin, exceto se progredido pelo estágio 2 de Ann Arbor, evidência de células cancerosas ou de material genética canceroso detetado apenas por ensaios moleculares ou bioquímicos sem lesoes de diagnostico tecidular e cancros com malignidade limítrofe ou baixo potencial maligno;

b) Transplante de órgãos principais: caracterizado por um transplante efetuado na pessoa designada como recetor de um transplante de coração (Transplante de coração inteiro), pulmão, fígado, rim, pâncreas (excluindo apenas o transplante de ilhéus de Langerhans) ou medula óssea. O órgão a transplantar deve ser sempre de um doador humano e deverá ser apresentado relatório médico do centro de transplantação;

c) Meningite: Diagnóstico de inflamação das meninges do cérebro, geralmente associada a infeções virais ou bacterianas. A doença pode assumir uma forma primária, pós-infeciosa ou para-infeciosa. O déficit neurológico deve provocar uma incapacidade permanente e irreversível da pessoa designada para caminhar 200 metros numa superfície plana sem ajuda, ou alimentar-se a si próprio após a preparação de uma refeição, ou comunicar através da fala. A meningite resultante de uma infeção por VIH não está coberta.

d) Insuficiência Renal: Doença renal em fase terminal manifestada por uma insuficiência crónica e irreversível da função de ambos os rins, em resultado da qual será necessária uma diálise peritoneal regular ou hemodiálise e/ou um transplante renal, confirmada por um nefrologista. A insuficiência renal reversível ou

temporária que se resolve após algum tempo de tratamento não está coberta.

e) Paralisia: Perda total e permanente da função de dois ou mais membros em consequência de um acidente ou de uma doença da coluna vertebral, sendo que membro, neste caso, significa um braço ou uma perna completos. O carácter total e permanente da paralisia deve ser confirmado por um neurologista especializado. A paralisia parcial dos membros não está coberta.

f) Cegueira: redução irreversível clinicamente comprovada da visão em ambos os olhos em consequência de doença aguda ou acidente. A acuidade visual do olho menos afetado deve ser inferior a 1/50. A cegueira deve ser certificada de forma inequívoca por um relatório de um oftalmologista. Encontram-se excluídos da cobertura os casos em que um dispositivo ou implante for suscetível de provocar uma recuperação parcial ou total da visão.

g) Surdez (perda de audição): Perda total e irreversível da audição de ambos os ouvidos, com um limiar auditivo superior a 90 decibéis, em consequência de doença ou acidente, sendo necessário comprovação médica com exames audiométricos e de limiar sonoro. Encontram-se excluídos da cobertura os casos em que um dispositivo ou implante for suscetível de permitir a recuperação parcial ou total da audição.

h) Epilepsia: Perturbação paroxística transitória da função cerebral que se pode manifestar como uma deficiência episódica ou perda da consciência, perturbações sensoriais ou psiquiátricas, com diagnóstico efetuado e o electroencefalograma patológico comprovado por um neurologista.

h1) Mais de um ataque grave com convulsões tónico-clónicas que envolvam todos os músculos voluntários e perda simultânea de consciência por mês durante mais de 2 anos, apesar de ser adequadamente tratado com medicamentos. Os ataques devem ser documentados por um neurologista ou por um médico de família, caso contrário deve ser documentada uma hospitalização.

h2) Mais de um ataque grave com convulsões tónico-clónicas que envolvam todos os músculos voluntários e perda simultânea de consciência em qualquer período de 3 meses durante mais de 2 anos, apesar de estar a ser adequadamente tratado com medicamentos. Os ataques devem ser documentados por um neurologista ou por um médico de família, caso contrário deve ser documentada uma hospitalização.

i) Vírus da hepatite: infeção pelo vírus da hepatite, com exceção da hepatite A, que deverá ser medida por um aumento dos níveis enzimáticos (GPT/GOT) para níveis quatro vezes superiores ao padrão, mantendo-se, pelo menos, seis meses após o fim do tratamento e estar presente no momento da apresentação do pedido.

O pedido também é válido se, após o diagnóstico de hepatite viral, tiver sido efetuada uma terapêutica com interferão, mas que não tenha curado a doença, e se o vírus ainda estiver presente um ano após o fim da terapêutica.

j) Doença cardíaca crónica adquirida: doença diagnosticada e tratada por um médico cardiologista com um tratamento adequado e efetuado durante mais de 6 meses não resultando na cura da doença e se o doente tiver sido classificado na classe II ou superior da classificação NYHA (New York Heart Association) no início do tratamento e no momento do pedido ainda se encontrar na classe II ou superior. Encontram-se excluídas da cobertura as doenças cardíacas crónicas adquiridas causadas por abuso de álcool ou de drogas, doenças cardíacas crónicas adquiridas exclusivamente com base em defeitos do septo e doenças cardíacas crónicas adquiridas, se a pessoa designada tiver sido diagnosticada como sofrendo de febre reumática com envolvimento cardíaco no início do contrato.

5.9. As coberturas não são cumulativas, extinguindo-se a responsabilidade da Seguradora no momento em que se verifique o risco subjacente a uma das coberturas, procedendo-se ao pagamento do Capital Seguro ao Beneficiário ou à Pessoa Segura.

5.10. O pagamento de indemnização para a cobertura de Doenças Graves a 50%, implica uma redução de 50% do capital das restantes coberturas da Pessoa Segura.

A cobertura de Doenças Graves para os filhos é um capital adicional à cobertura principal extinguindo-se a responsabilidade da Seguradora no momento em que se verifique o risco subjacente a uma das pessoas designadas no Núcleo Familiar.

5.11. Para efeitos do pagamento do Capital Seguro, no âmbito da cobertura de IAD e ITP, considera-se como data de reconhecimento por parte da Seguradora a data em que todos os documentos necessários à instrução do processo são entregues e validados pela Seguradora, e não a data de reconhecimento da invalidez pelo Instituto da Segurança Social em Portugal ou outro regime facultativo ou obrigatório que o substitua.

ARTIGO 6.º - EXCLUSÕES

6.1. Ficam excluídos de todas as coberturas deste contrato os riscos devidos a:

a) ato intencional da Pessoa Segura ou do Beneficiário;

b) suicídio ou tentativa de suicídio da Pessoa Segura, sempre que ocorra nos primeiros dois anos a contar do início de vigência do contrato ou nos dois anos que imediatamente se seguirem à data de qualquer reposição em vigor;

c) outros atos praticados pela Pessoa Segura, intencionalmente ou com negligência grave, designadamente atos temerários, apostas, desafios e quaisquer outras ações praticadas sobre si própria;

d) ato criminoso ou contrário à ordem pública de que a Pessoa Segura, Tomador do Seguro ou o Beneficiário sejam autores materiais ou morais ou de que sejam cúmplices, como tal declarado em sentença transitada em julgado, ainda que sem condenação efetiva;

e) ação ou omissão da Pessoa Segura quando acuse consumo de produtos tóxicos, estupefacientes, ou outras drogas (sem prescrição médica), esteroides, anabolizantes ou substâncias análogas, bem como quando lhe for detetado um grau de alcoolémia igual ou superior àquele que, em caso de condução sob o efeito do álcool, determine a prática de contraordenação; cataclismos da natureza, como por exemplo ventos ciclónicos, sismos, deslizamentos ou derrocadas, erupções vulcânicas e raios. Em geral, qualquer evento inesperado, súbito e anormal, provocado exclusivamente por forças naturais.

6.2. Está igualmente excluída das coberturas do presente contrato, a morte, invalidez ou doença grave que resultem de situações físicas emergentes de acidente já ocorrido ou de doença pré-existente, à data do preenchimento da Proposta de Seguro, declarada ou não na mesma, ou do seu tratamento ou evolução, bem como as consequências de qualquer lesão causada por tratamento não relacionado com doença ou acidente coberto pelo presente contrato.

6.3. Salvo convenção em contrário nas Condições Particulares, ficam ainda excluídos de todas as coberturas do presente contrato, os riscos devidos a:

a) acidente de aviação, exceto se a Pessoa Segura for passageiro de linhas comerciais devidamente autorizadas;

b) prática das seguintes atividades:

b1) Alpinismo, escalada, montanhismo e espeleologia;

b2) Pilotagem de aeronaves e desportos aéreos, incluindo balonismo, asa delta, paraquedismo, parapente, queda livre, *sky surfing, base jumping* e saltos ou saltos invertidos com mecanismo de suspensão corporal (*bungee jumping*);

b3) Desportos de inverno, incluindo, *bobsleigh*, saltos e prática de esqui, *snowboard*, *snowblade*, hóquei sobre o gelo;

b4) Descida em *rappel* ou *slide*, descida de correntes originadas por desníveis nos cursos de água (*rafting, canyoning*, canoagem) e *parkour*;

b5) Prática de caça de animais ferozes, caça submarina, imersões submarinas com auxiliares de respiração e tauromaquia;

b6) Artes marciais e desportos de combate;

b7) Prática desportiva em corridas ou competições de velocidade e respetivos treinos, para veículos de qualquer natureza, providos ou não de motor, ou em quaisquer outras competições ou empreendimentos de carácter temerário.

c) consequências diretas ou indiretas da transmutação do átomo ou de partículas atómicas, radiação nuclear ou contaminação radioativa;

d) assaltos, distúrbios laborais, greves, rebelião, tumultos e quaisquer outras alterações de ordem pública;

e) atos de terrorismo, tal como considerados pela legislação penal portuguesa, incluindo aqueles em que tenha havido utilização de armas químicas, biológicas ou nucleares, sabotagem, sequestro, insurreição e revolução;

f) guerra civil, invasão e guerra declarada ou não contra país estrangeiro, hostilidades entre nações estrangeiras, quer haja ou não declaração

de guerra, e atos bélicos provenientes direta ou indiretamente dessas hostilidades;

g) participação em missões de Paz em países terceiros, se a Pessoa Segura estiver integrada em forças armadas, paramilitares ou em qualquer outra organização;

h) atividade profissional ou voluntária de bombeiro e atividades profissionais relacionadas com segurança ou utilização e manipulação de materiais perigosos;

i) atividades profissionais de Empresário em Nome Individual (ENI), relacionadas com atividades de risco, segundo os critérios de aceitação de risco da Seguradora;

j) deslocação temporária ou permanente para países ou regiões em que ocorra epidemia declarada pelas autoridades de saúde;

6.4. Em caso de serviço militar, a garantia do presente contrato ficará suspensa em relação à Pessoa Segura que cumpre as suas obrigações militares, durante o período correspondente, não sendo, por conseguinte, cobertos os riscos neste período. As coberturas garantidas pelo presente contrato podem ser estendidas aos casos de exclusão previstos neste artigo, mediante convenção especial, que exigirá sempre a aceitação da Seguradora e pagamento de eventual sobreprémio que esta venha a estabelecer.

6.5. Esta apólice não proporciona qualquer cobertura ou benefício, na medida em que esta cobertura, benefício, negócio subjacente, ou atividade viole qualquer lei ou regulamento da ONU, da União Europeia ou qualquer outra lei ou regulamento que, sendo aplicável na ordem jurídica portuguesa, preveja Sanções Económicas ou Comerciais.

ARTIGO 7.º - CESSAÇÃO DAS COBERTURAS

As coberturas garantidas ao abrigo deste contrato cessam por:

a) Cessação ou anulação da apólice nos termos do presente contrato;

b) Pagamento de indemnização nos termos do presente contrato;

c) Limite de Idade Atuarial, cessando no final da anuidade do seguro na qual a Pessoa Segura perfaça:

c1) 70 anos de Idade Atuarial – as coberturas de Morte, IAD; e

c2) 65 anos de Idade Atuarial – as coberturas de ITP e Doenças Graves.

c3) 21 anos de idade atuarial – cobertura de Doenças Graves para filhos.

CAPÍTULO III
RISCO

ARTIGO 8.º - INCONTESTABILIDADE E DECLARAÇÃO DO RISCO

8.1. O presente contrato tem por base as declarações efetuadas pelo Tomador do Seguro e pela Pessoa a Segurar, quando não coincidam na mesma pessoa, na Proposta de Seguro, na Declaração de Saúde e nos Questionários aplicáveis e o resultado dos exames médicos efetuados, de acordo com o aplicável e não poderá, após sua aceitação, ser resolvido pela Seguradora, salvo nos casos previstos na lei e nas presentes condições.

8.2. O Tomador do Seguro e a Pessoa Segura, quando não coincidam na mesma pessoa, devem informar a Seguradora, antes do início do contrato, de todos os factos que sejam ou que devam ser do seu conhecimento, e que possam ser relevantes para a apreciação do risco, independentemente de serem ou não solicitados nos documentos / processos de avaliação de risco referidos no ponto anterior, mesmo que a proposta tenha sido preenchida por terceiros e por si apenas assinada.

8.3. Em caso de incumprimento doloso do dever de declaração inicial de risco:

a) O presente contrato é anulável mediante declaração enviada pela Seguradora à Pessoa Segura. Não tendo ocorrido sinistro, a declaração deve ser enviada no prazo de três meses a contar do conhecimento daquele incumprimento;

b) A Seguradora não está obrigada a cobrir o sinistro que ocorra antes de ter tido conhecimento do incumprimento doloso referido na alínea anterior ou no decurso do prazo aí previsto, seguindo-se o regime geral da anulabilidade;

c) A Seguradora tem direito ao prémio devido até ao final do prazo referido na alínea a), salvo se tiver concorrido dolo ou negligência grosseira da Seguradora ou do seu representante;

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

8.4. Em caso de incumprimento com negligência do dever de declaração inicial de risco:

a) A Seguradora pode, mediante declaração a enviar ao Tomador do Seguro e / ou Pessoa Segura, no prazo de três meses a contar do seu conhecimento, propor uma alteração do contrato, fixando um prazo, não inferior a 14 dias, para o envio da aceitação ou, caso a admita, da contraproposta ou fazer cessar o contrato, demonstrando que, em caso algum, celebra contratos para a cobertura de riscos relacionados com o facto omitido ou declarado inexatamente.

b) Se, antes da cessação ou da alteração do contrato, ocorrer um sinistro cuja verificação ou consequências tenham sido influenciadas por facto relativamente ao qual tenha havido omissões ou inexatidões negligentes a Seguradora cobre o sinistro na proporção da diferença entre o prémio pago e o prémio que seria devido, caso, aquando da celebração do contrato, tivesse conhecido o facto omitido ou declarado inexatamente ou, 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 vinculada à devolução do prémio.

8.5. A Seguradora comunicará à Pessoa Segura e ao Tomador do Seguro a anulação, a alteração ou a cessação do contrato, previstos nos números anteriores, de acordo com o definido na lei.

8.6. Em caso de inexatidão da declaração inicial do risco devida a negligência do Tomador do Seguro e/ou da Pessoa Segura, quando não coincidam na mesma pessoa, o presente contrato pode ser anulável ou modificado por iniciativa da Seguradora.

8.7. Caso a Seguradora opte pela modificação do contrato, enviará ao Tomador do Seguro uma proposta de alteração. O Tomador do Seguro dispõe de 20 dias, após o envio da proposta, para aceitar ou recusar a proposta de modificação, findo o qual se entende aprovada a modificação nos termos propostos.

8.8. A Seguradora não cobre qualquer sinistro ocorrido até à aceitação das novas condições pelo Tomador do Seguro.

ARTIGO 9.º - ALTERAÇÃO DO RISCO

9.1. O contrato pode ser modificado caso exista uma alteração superveniente do risco que o diminua ou agrave:

a) Se existir uma diminuição inequívoca e duradora do risco que seja do conhecimento da Seguradora, a mesma será refletida no prémio de seguro.

b) Se existir um agravamento inequívoco e duradouro do risco que seja do conhecimento da Seguradora, esta pode propor a modificação do contrato no prazo de 30 dias, contados a partir do momento em que teve conhecimento de tal evolução. O Tomador do Seguro dispõe de 30 dias, contados a partir da data da comunicação pela Seguradora, para aceitar ou recusar a modificação proposta, findo o qual se entende aprovada a modificação nos termos propostos.

9.2. Se a Seguradora ou o Tomador do Seguro optarem pela cessação do presente contrato, não haverá lugar a qualquer estorno de prémio.

9.3. Entre o momento da modificação do risco e o da sua extinção ou aplicação de novas condições, a Seguradora não cobre qualquer sinistro.

9.4. Filhos nascidos após a contratação da apólice poderão ser incluídos na cobertura de Doenças Graves para filhos após seis meses a contar da data de nascimento do filho.

9.6. Filhos nascidos antes da contratação da apólice só poderão ser incluídos no momento da subscrição da mesma e não poderão ser incluídos posteriormente durante a vigência da apólice.

ARTIGO 10.º - AGRAVAMENTO DO RISCO

10.1. Relativamente às coberturas complementares, nos termos da legislação aplicável, o Tomador do Seguro e a Pessoa Segura, quando não coincidam na mesma pessoa, têm o dever de, durante a vigência do contrato, no prazo de 14 dias a contar do conhecimento do facto, comunicar à Seguradora todas as circunstâncias suscetíveis de agravar o risco, que não resultem de agravamento do estado de saúde, nomeadamente os factos relacionados com a atividade profissional ou extraprofissional declarada ou das suas práticas desportivas, a mudança do local do seu exercício, bem como deslocações e estadias para fora do país de residência declarado.

10.2. No prazo de 30 dias a contar do momento em que tenha conhecimento do agravamento do risco, a Seguradora pode:

a) Apresentar proposta de modificação do contrato, que deve ser aceite ou recusada pelo Tomador do Seguro em igual prazo. A falta de res-

posta no prazo indicado implica a aceitação da modificação nos termos propostos;

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

10.3. Se ocorrer um sinistro antes da alteração ou da cessação do contrato, cuja verificação ou consequência tenha sido influenciada pelo agravamento do risco, a Seguradora:

a) Cobre o risco se o agravamento tiver sido corretamente comunicado antes do sinistro ou antes do fim do prazo de 14 dias supra referido, exceto se demonstrar que não celebra contratos que cubram riscos com as caraterísticas resultantes desse agravamento;

b) Cobre parcialmente o risco, sendo a indemnização reduzida na proporção entre o prémio pago e aquele que seria devido em função das reais circunstâncias do risco, se o agravamento não tiver sido corretamente comunicado antes do sinistro, exceto se demonstrar que não celebra contratos que cubram riscos com as caraterísticas resultantes desse agravamento;

c) Recusa a cobertura se o Tomador do Seguro ou a Pessoa Segura tiverem agido com dolo com o propósito de obter uma vantagem, mantendo o direito aos prémios vencidos.

CAPÍTULO IV
INÍCIO, DURAÇÃO E CESSAÇÃO DO CONTRATO

ARTIGO 11.º - INÍCIO, DURAÇÃO, TRANSMISSÃO E NULIDADE DO CONTRATO

11.1. O presente contrato e respetivas coberturas produzem os seus efeitos a partir do dia e hora constante das Condições Particulares, desde que verificada a boa cobrança do primeiro prémio. O contrato vigora pelo prazo de um ano, prorrogando-se sucessivamente por iguais períodos, até o final do prazo indicado nas Condições Particulares da apólice, salvo se for denunciado por qualquer das partes, nos termos definidos nas presentes Condições Gerais, ou se não for pago o prémio.

11.2. O presente contrato é nulo sempre que se verifiquem as circunstâncias que, por força da lei, determinem a sua nulidade.

11.3. O Tomador do Seguro pode transmitir a sua posição contratual no presente contrato, com o acordo da Seguradora, sem necessidade do consentimento da Pessoa Segura.

11.4. Em caso de morte do Tomador do Seguro, durante a vigência do contrato, não sendo este Pessoa Segura, a Pessoa Segura ocupará o seu lugar.

ARTIGO 12.º - CONDIÇÕES DE SUBSCRIÇÃO

12.1. Pode propor-se a Pessoa Segura o candidato (Pessoa a Segurar), que preencha a Proposta de Seguro, responda aos Questionários aplicáveis, bem como preste outras informações necessárias à avaliação do risco quando exigido pela Seguradora.

12.2. A Proposta de Seguro considera-se aceite após notificação formal por parte da Seguradora ou após o termo do prazo legalmente previsto para o efeito, de acordo com o ponto seguinte.

12.3. A Proposta de Seguro considera-se aceite se a Seguradora não tiver notificado o Tomador do Seguro ou a Pessoa a Segurar da recusa ou da necessidade de informações adicionais essenciais à avaliação do risco decorridos 30 dias após a sua receção, ou já tendo estas sido solicitadas, o Tomador do Seguro ou a Pessoa a Segurar não tenham sido notificadas da recusa, no prazo de 30 dias após a prestação dessa informação.

12.4. Se da apreciação global do risco resultarem exclusões ou agravamentos, o Tomador do Seguro dispõe de 15 dias, a contar da data de receção da respetiva comunicação, para aceitar as condições contratuais. Terminado este prazo, não existindo resposta, a Proposta de Seguro não será aceite pela Seguradora.

12.5. Podem propor-se a Pessoa Segura todos os candidatos entre os 18 e os 64 anos de Idade Atuarial no início do contrato.

12.6. Após a aceitação por parte da Seguradora serão emitidas as Condições Particulares. Este documento e um exemplar das Condições Gerais serão disponibilizados ao Tomador do Seguro.

12.7. As condições aceites pela Seguradora, nos termos dos artigos anteriores, constarão no documento por esta emitido.

ARTIGO 13.º - TERMO E CESSAÇÃO DO CONTRATO

13.1. O presente contrato pode cessar por caducidade, denúncia, resolução ou revogação, desde que respeitados os limites previstos na lei.

13.2. A caducidade verifica-se quando:

a) Se verificar o pagamento do Capital Seguro ao abrigo das coberturas contratadas;

b) Se atingir o termo do período de vigência, nos termos definidos no artigo 7.º Cessação das Coberturas; ou

c) Se verificar a morte da Pessoa Segura.

13.3. A denúncia, que corresponde à vontade de qualquer uma das partes de não renovar automaticamente o presente contrato, efetua-se nas seguintes condições:

a) Nos casos previstos na lei, o Tomador do Seguro pode denunciar o contrato, mediante comunicação prévia e escrita, dirigida à Seguradora, com antecedência mínima de 30 dias;

b) O Tomador do Seguro ou a Seguradora pode denunciar o presente contrato, mediante comunicação prévia e escrita à outra parte, com antecedência de 30 dias em relação à data de vencimento anual da Apólice;

c) Caso se verifique a cessação por denúncia, consideram-se extintas, a partir da data em que a mesma produza efeitos, todas as coberturas estabelecidas para a Pessoa Segura, estando os seus direitos adquiridos salvaguardados até essa data.

13.4. Acresce ao direito de livre resolução em caso de falta de pagamento do prémio, o direito, a todo o momento, da resolução do presente contrato nas seguintes condições:

a) Caso a Seguradora invoque justa causa, determinada nos termos legais e desde que comunique ao Tomador do Seguro, por escrito ou qualquer outro meio do qual fique registo duradouro;

b) Caso o Tomador do Seguro invoque justa causa, determinada nos termos legais e desde que comunique à Seguradora, por escrito ou qualquer outro meio do qual fique registo duradouro.

13.5. A revogação pode ocorrer se o Tomador do Seguro e a Seguradora, a todo o tempo e por comum acordo, determinarem a cessação do contrato, respeitando a antecedência mínima de 15 dias.

13.6. Caso o contrato cesse por denúncia, resolução ou revogação, a Seguradora deve comunicar ao Tomador do Seguro e à Pessoa Segura, quando não coincidam na mesma pessoa, a extinção das coberturas do contrato, respeitando a antecedência de 30 dias, em caso de denúncia ou revogação.

CAPÍTULO V
OBRIGAÇÕES DAS PARTES

ARTIGO 14.º - OBRIGAÇÕES DAS PARTES

14.1. Acrescem às previstas na legislação aplicável, as seguintes obrigações da Seguradora:

a) Notificar o Tomador do Seguro de todas as alterações efetuadas ao presente contrato e da execução das obrigações da Seguradora que possam influenciar a decisão de manter em vigor o presente contrato, nos termos da lei e das Condições Contratuais;

b) Transmitir à Pessoa Segura informação acerca do conteúdo, características e condições de realização de exames médicos, que considere necessário para avaliação do risco;

c) Informar a Pessoa Segura, através da entidade habilitada para o efeito, dos resultados dos exames médicos realizados, caso a própria o solicite.

14.2. Acrescem às previstas na legislação aplicável, as seguintes obrigações do Tomador do Seguro:

a) Efetuar, pontualmente, o pagamento dos prémios devidos pelo presente contrato;

b) Informar por escrito, a Seguradora, com verdade e boa-fé, de todos os factos e circunstâncias que sejam do seu conhecimento e que possam provocar um agravamento dos riscos contratados e cobertos pelo presente contrato, nomeadamente: mudança de domicílio, residência habitual, profissão e / ou ocupação da Pessoa Segura ou qualquer outra atividade que tenha impacto nos riscos cobertos pelo seguro, com exceção dos factos que digam respeito à alteração do estado de saúde da Pessoa Segura;

c) Em caso de sinistro, remeter à Seguradora toda a documentação relevante de que dispõe e cumprir os restantes procedimentos que sejam necessárias para a correta apreciação, enquadramento contratual e regularização do sinistro;

d) Praticar os atos e cumprir os procedimentos que, nos termos contratuais, lhe são exigíveis pela Seguradora.

14.3. Acrescem às previstas na legislação aplicável, as seguintes obrigações da Pessoa Segura e / ou Tomador do Seguro:

a) Comunicar por escrito, os factos e circunstâncias que possam provocar um agravamento dos riscos contratados e cobertos pelo presente contrato, no prazo de 14 dias, após o seu conhecimento, à Seguradora, sempre que possível por intermédio do Mediador. Consideram-se factos e circunstâncias relevantes, nomeadamente, mudança de domicílio, residência habitual, profissão e / ou ocupação da Pessoa Segura ou qualquer outra atividade que tenha impacto nos riscos cobertos pelo seguro, com exceção dos factos que digam respeito à alteração do seu estado de saúde;

b) Tomar as medidas ao seu alcance no sentido de evitar ou limitar as consequências, em caso de sinistro.

ARTIGO 15.º - COMUNICAÇÃO ENTRE AS PARTES

15.1. Sempre que possível, o Mediador será intermediário nas comunicações efetuadas entre a Seguradora e o Tomador do Seguro ou a Pessoa Segura.

15.2. A Seguradora efetuará todas as comunicações previstas no presente contrato ao Tomador do Seguro, exceto nas comunicações que envolvam dados sensíveis da Pessoa Segura.

15.3. As comunicações ou notificações consideram-se válidas e plenamente eficazes quando efetuadas em língua portuguesa, por escrito ou por outro meio do qual fique registo duradouro, nas seguintes condições:

a) Para a Seguradora: morada da sede social;

b) Para o Tomador do Seguro: A documentação será disponibilizada em suporte digital através dos serviços em linha (BPI Net), sempre que o Tomador do Seguro tenha aderido a essa opção no âmbito daqueles serviços e, excecionalmente, através de carta ou e-mail. Caso o Tomador do Seguro não tenha aderido aos serviços, as comunicações e envio de documentação serão efetuadas por carta ou e-mail. São considerados para este efeito a morada e o endereço de correio eletrónico pessoal indicados em cada momento, ao Mediador para envio de correspondência da conta associada ao contrato de seguro, exceto se uma morada for expressamente indicada para as comunicações inerentes ao seguro;

c) Para a Pessoa Segura: A documentação será disponibilizada em suporte digital através dos serviços em linha (BPI Net), sempre que a Pessoa Segura tenha aderido a estes serviços e, excecionalmente, através de carta ou e-mail. Caso a Pessoa Segura não tenha aderido aos serviços, as comunicações e envio de documentação serão efetuadas por carta ou e-mail. São considerados para este efeito a morada de residência e o endereço de correio eletrónico pessoal indicados em cada momento, ao Mediador.

CAPÍTULO VI
PRÉMIO E CAPITAL SEGURO

ARTIGO 16.º - CÁLCULO E PAGAMENTO DOS PRÉMIOS

16.1. O prémio de seguro correspondente ao presente contrato é devido antecipadamente no dia do seu vencimento pelo Tomador do Seguro, nos termos e condições constantes na Proposta de Seguro e nas Condições Particulares.

16.2. O prémio é calculado de acordo com a tarifa da Seguradora em vigor, para cada cobertura, na data do início de vigência do presente contrato, e a cada três anos na data de renovação da apólice, em função da Idade Atuarial, coberturas e capitais contratados.

16.3. O prémio inclui os encargos estabelecidos por lei.

16.4. As tarifas e as bases técnicas utilizadas no cálculo dos prémios poderão ser atualizadas nas datas de renovação do contrato desde que exista evidência estatística que demonstre uma alteração da tendência da sinistralidade esperada face à sinistralidade prevista nas tábuas utilizadas nas bases técnicas do produto.

16.5. A Seguradora efetuará o débito do prémio na conta indicada para o efeito pelo Tomador do Seguro, salvo outra forma de pagamento estipulada pela Seguradora. Considera-se como recibo o extrato bancário, que certifica o débito, da conta associada ao presente contrato.

16.6. A Seguradora poderá facultar ao Tomador do Seguro o pagamento anual do prémio em frações, sendo devido o respetivo encargo de fracionamento

16.7. Caso o prémio não seja pago na data do seu vencimento pelo Tomador do Seguro, a Seguradora notificará o mesmo dos montantes em dívida e adicionais vencidos. Se o Tomador do Seguro não efetuar o pagamento no prazo de 30 dias a contar da data daquela comunicação, a Seguradora poderá proceder à resolução do presente contrato, não cobrindo o(s) sinistro(s) ocorrido(s) entre a data do vencimento e a data do pagamento do prémio.

16.8. Se assim o entender, a Seguradora poderá disponibilizar ao Tomador do Seguro uma referência multibanco para pagamento dos valores em dívida.

16.9. Contudo, se o contrato definir um Beneficiário irrevogável, a Seguradora notificará o mesmo para, querendo, se substituir ao Tomador do Seguro e proceder ao referido pagamento. Se o Beneficiário irrevogável não efetuar o pagamento no prazo de 10 dias a contar da data daquela comunicação, a Seguradora procederá à resolução do contrato, não cobrindo o(s) sinistro(s) ocorrido(s) entre a data do vencimento e a data do pagamento do prémio.

16.10. O contrato resolvido poderá ser reposto nos termos inicialmente contratados, caso se verifique o pagamento dos prémios em dívida no prazo máximo de 15 dias, contados a partir da resolução do contrato, conforme descrito na cláusula anterior, acrescidos de juros de mora contados à taxa aplicável às operações comerciais.

16.11. A Seguradora comunicará o aviso de recibo no extrato bancário da conta indicada pelo Tomador do Seguro para pagamento do prémio, com antecedência mínima de 30 dias em relação à data em que as frações do prémio deverão ser pagas.

ARTIGO 17.º - CAPITAL SEGURO

17.1. O Capital Seguro por cobertura consta nas Condições Particulares, não podendo ser alvo de aumentos.

17.2. Em caso de sinistro será pago ao Beneficiário ou à Pessoa Segura o valor do Capital Seguro, de acordo com a cobertura em causa, cessando o presente contrato.

17.3. Em caso de sinistro da cobertura de Doenças Graves 50, os valores de capital das restantes coberturas serão reduzidos em 50%.

17.4. A cobertura de Doenças Graves para filhos cessa no momento em que ocorrer um sinistro relativo a qualquer uma das pessoas do Núcleo Familiar.

CAPÍTULO VII
SINISTROS

ARTIGO 18.º - VERIFICAÇÃO DO SINISTRO E LIQUIDAÇÃO DAS IMPORTÂNCIAS SEGURAS

18.1. Salvo em caso de força maior, os sinistros que se insiram no âmbito do presente contrato devem ser participados por escrito no prazo de 15 dias após a sua ocorrência, sendo o prazo alargado para 60 dias no caso específico das coberturas de Invalidez Absoluta e Definitiva, Invalidez Total e Permanente e Doenças Graves.

18.2. Para além do envio da participação do sinistro, a liquidação de qualquer indemnização relativa ao presente contrato só será exigível depois de entregues e validados pela Seguradora, os seguintes documentos:

a) Para qualquer cobertura:

a1) Cópia do Bilhete de Identidade e do Cartão de Contribuinte ou do Cartão de Cidadão, ou exibição do mesmo para conferência pela Seguradora ou pelo Agente de Seguros, da Pessoa Segura;

a2) Cópia do Bilhete de Identidade e do Cartão de Contribuinte ou do Cartão de Cidadão, ou exibição do mesmo para conferência pela Seguradora ou pelo Agente de Seguros, dos Beneficiários;

a3) Comprovativo do IBAN dos Beneficiários.

b) Em caso de Morte, devem ser também disponibilizados os seguintes documentos:

b1) Certificado de óbito emitido por entidade oficial competente;

b2) Relatório de autópsia ou documento comprovativo da decisão de dispensa de autópsia;

b3) Fotocópia autenticada da escritura de habilitação de herdeiros ou certidão do processo de inventário, caso tenha sido realizada, se os beneficiários forem os Herdeiros Legais;

b4) Se a morte for consequência de doença, declaração do médico assistente ou de família (Segurança Social) ou medicina do trabalho referindo o início, evolução e duração da causa e circunstâncias da morte e relatório de autópsia se existir;

b5) Se a morte tiver sido consequência de acidente, relatório de autópsia da Pessoa Segura e

auto de ocorrência, elaborado pelas autoridades competentes, incluindo os resultados dos testes toxicológicos e de alcoolémia. Caso não tenham sido efetuados os testes, comprovativo emitido pelas entidades competentes que informe o motivo de não terem sido realizados.

c) Em caso de Invalidez Absoluta e Definitiva ou Invalidez Total e Permanente, devem ser também disponibilizados os seguintes documentos:

c1) Relatório do médico assistente ou de família (Segurança Social) ou de medicina do trabalho que indique o início, as causas, a evolução e as consequências da doença ou lesão corporal e informação sobre o grau de invalidez, de acordo com a Tabela Nacional de Incapacidades, e a sua provável duração;

c2) Documento comprovativo do reconhecimento da invalidez, emitido pelo Instituto da Segurança Social ou pelo Tribunal de Trabalho;

c3) Se a invalidez tiver sido consequência de acidente, descrição detalhada do mesmo, bem como a indicação de eventuais intervenientes, e o auto de ocorrência elaborado pelas autoridades competentes, incluindo os resultados dos testes toxicológicos e de alcoolémia. Caso não tenham sido efetuados os testes, comprovativo emitido pelas entidades competentes que informe o motivo de não terem sido realizados;

c4) Outros relatórios de exames auxiliares de diagnóstico, caso tenham sido efetuados;

c5) Documento descrevendo a atividade profissional ou ocupação principal exercida pela Pessoa Segura, antes de ter sido afetada pela invalidez.

d) Em caso de Doença Grave ou Doença Grave para filhos, deve ser também disponibilizado o relatório médico de especialidade adequada contendo um diagnóstico inequívoco, demonstrável e detalhado que mencione e caracterize expressamente a data dos primeiros sintomas, os critérios clínicos e os meios de diagnóstico utilizados, bem como a evolução, situação clínica atual, as terapêuticas e o prognóstico da doença.

18.3. Por forma a esclarecer a natureza e extensão das suas responsabilidades, a Seguradora pode solicitar outros elementos ou proceder às averiguações que entenda convenientes, incluindo exames e análises médicas adicionais, dentro dos limites de razoabilidade da boa-fé e do critério do bom pai de família, a que a Pessoa Segura ou o seu representante não se poderão legitimamente recusar.

18.4. A verificação de incorreção na idade da Pessoa Segura declarada na apólice, determina a redução das importâncias seguras de acordo com os prémios pagos, a idade exata e as tarifas em vigor, ou a devolução da parte do prémio pago em excesso, sem juros, se dessa incorreção tiver decorrido o pagamento de prémios, respetivamente inferiores ou superiores aos que deveriam ter sido estabelecidos.

18.5. Adicionalmente, a Seguradora pode resolver o presente contrato caso a idade exata divirja dos limites mínimo e máximo estabelecidos por si para a celebração deste tipo de contrato.

18.6. O pagamento das indemnizações será efetuado por transferência bancária à ordem do Beneficiário.

ARTIGO 19.º - PLURALIDADE DE SEGUROS

19.1. Nos termos da lei e das presentes Condições Gerais, as prestações de valor prédeterminado a que a Seguradora se encontre obrigada são cumuláveis com outras da mesma natureza ou com prestações de natureza indemnizatória, mesmo estando dependentes da verificação de um mesmo evento.

19.2. Nos termos legais em vigor, as prestações de natureza indemnizatória, relativas ao mesmo risco estão sujeitas às regras comuns do seguro de danos.

CAPÍTULO VIII
DISPOSIÇÕES DIVERSAS

ARTIGO 20.º - REGIME FISCAL

Ao presente contrato é aplicável o regime fiscal português em vigor em cada momento, não recaindo sobre a Seguradora qualquer ónus, encargo ou responsabilidade em consequência de alteração legislativa.

ARTIGO 21.º - RECLAMAÇÕES

Podem ser apresentadas reclamações no âmbito do presente contrato para os seguintes contactos: Banco BPI, Direção de Suporte ao Negócio Particulares - Gestão de Reclamações, Apartado 2231, 1106-805 Lisboa, Portugal, através do BPI Direto 707 020 500, para o e-mail gestao.reclamacoes@bancobpi.pt. Podem, ainda, ser

apresentadas reclamações à ASF - Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões (www.asf.com.pt), Avenida da República, 76, 1600-205 Lisboa e ao Provedor, Dr. Francisco de Medeiros Cordeiro, para os seguintes contactos: Calçada Nova de S. Francisco, 10, 1º, 1200-300 Lisboa; Telefone: 21 343 10 45; Fax: 21 342 03 05; E-mail: através da área reservada ao Provedor no site www.bpividaepensoes.pt.

ARTIGO 22.º - ARBITRAGEM

Nos litígios emergentes ao abrigo deste contrato pode haver recurso a uma Entidade Alternativa de Resolução de Litígios (RAL), que será efetuado numa base casuística e em função das matérias envolvidas em cada litígio em concreto, não estando, por isso as partes vinculadas à resolução de quaisquer litígios, pela via da arbitragem ou qualquer outro mecanismo alternativo de litígios de consumo nos termos legais em vigor.

ARTIGO 23.º - COMBATE AO BRANQUEAMENTO DE CAPITAIS E AO FINANCIAMENTO DO TERRORISMO

23.1 Em cumprimento dos seus deveres legais de combate ao branqueamento de capitais e ao financiamento do terrorismo, a Seguradora poderá recusar o contrato de seguro proposto ou qualquer operação contratual solicitada, bem como rescindir o contrato com efeitos imediatos, quando tenha conhecimento ou suspeite de que o mesmo possa estar relacionado com a prática de crimes de branqueamento de capitais ou de financiamento do terrorismo. O contrato, ou qualquer operação com ele relacionada, será recusado quando não for prestada toda a informação ao Mediador exigida por lei, em matéria de identificação do Tomador do Seguro, Pessoas Seguras e Beneficiários Efetivos, bem como sobre a origem e destino dos respetivos fundos.

23.2 Nos termos regulamentares em vigor, quaisquer alterações verificadas nos elementos de informação disponibilizados relativamente ao Tomador do Seguro e à Pessoa Segura devem ser comunicadas por estes ao Mediador, no início ou no decurso do presente Contrato.

ARTIGO 24.º - FORO COMPETENTE

Para todas as questões emergentes do presente contrato, o foro competente é fixado nos termos da lei civil.

ARTIGO 25.º - LEI APLICÁVEL

O presente contrato reger-se-á e será interpretado de acordo com a Lei Portuguesa.

ARTIGO 26.º - TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS

26.1. Responsável pelo tratamento - A BPI Vida e Pensões – Companhia de Seguros, S.A

26.2. Titular dos Dados – Cliente pessoa singular, Representante dos seus clientes, Procurador e demais intervenientes cujo tratamento de dados seja necessário para execução do contrato.

26.3. Dados de contacto do Encarregado de Proteção de Dados - O Titular dos Dados poderá contactar o Encarregado de Proteção de Dados da BPI Vida e Pensões – Companhia de Seguros, S.A. através de carta enviada ao cuidado de "BPI DPO – para a Avenida da Boavista, 1117, 4100-129 Porto ou através do seguinte endereço eletrónico: dpo.rgpd@bancobpi.pt .

26.4. Dados pessoais tratados - A BPI Vida e Pensões – Companhia de Seguros, S.A. recolhe e trata os dados pessoais melhor identificados na Política de Privacidade da BPI Vida e Pensões, designadamente, dados de identificação, dados patrimoniais e dados financeiros resultantes da relação de negócio estabelecida com os Clientes, dados de saúde no âmbito da avaliação do risco e decisão de sinistros.

26.5. Finalidades do tratamento - Os dados pessoais recolhidos pela BPI Vida e Pensões – Companhia de Seguros, S.A. são tratados para as finalidades identificadas na sua Política de Privacidade, destacando-se, entre outras, as seguintes finalidades:

(a) Celebração, execução e gestão de um contrato de que seja parte ou para Diligências pré-contratuais e contratuais entre os Clientes e a BPI Vida e Pensões – Companhia de Seguros, S.A.
(b) Finalidades específicas com base no consentimento prévio, expresso, por escrito ou através de ação explícita, informado e livre.
(c) Cumprimento de obrigações regulatórias relacionadas, nomeadamente com a prevenção e controlo da fraude, com o combate ao branqueamento de capitais e financiamento do terrorismo, com obrigações em matéria fiscal ou, ainda, com obrigações de reporte às autoridades competentes;
(d) Legítimo Interesse da BPI Vida e Pensões – Companhia de Seguros, S.A. (designadamente,

processos judiciais ou a intervenção em processos de insolvência ou de qualquer outra natureza tendo em vista o exercício ou a defesa dos direitos que assistem à BPI Vida e Pensões – Companhia de Seguros, S.A. enquanto prestador de serviços financeiros.

26.6. Comunicação de dados BPI Vida e Pensões – Companhia de Seguros, S.A. está obrigada por lei a comunicar às entidades reguladoras que superintendem a sua atividade, e a outras entidades públicas/oficiais, dados pessoais dos seus clientes. Adicionalmente, a BPI Vida e Pensões – Companhia de Seguros, S.A. poderá transmitir dados pessoais dos seus clientes a prestadores de serviço e terceiros, necessários para a gestão dos respetivos contratos. Assim, os dados poderão ser comunicados, designadamente, a:

(a) Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões (ASF)

(b) Autoridade Tributária e Aduaneira;

(c) Departamento Central de Investigação e Ação Penal (DCIAP), Unidade de Informação Financeira e demais autoridades judiciais, policiais e sectoriais nos termos previstos na Lei de Combate ao Branqueamento de Capitais e ao Financiamento do Terrorismo;

(d) Sociedades do Grupo CaixaBank, designadamente a VidaCaixa, S.A., o CaixaBank, S.A e o Banco BPI, no âmbito das medidas de prevenção de branqueamento de capitais, financiamento ao terrorismo e fraude, ou para fins de gestão do risco, adoção de medidas restritivas impostas à atividade seguradora e de gestão de fundos de pensões no âmbito dos programas de sanções e contramedidas financeiras internacionais, bem como de gestão, administrativa e financeira, do Grupo

(e) Sempre que a BPI Vida e Pensões intenta ações judiciais ou intervém em processos de insolvência ou de qualquer outra natureza para o exercício ou defesa de um direito que lhe assiste num processo judicial, os dados pessoais dos clientes, de identificação e relacionados com o processo em causa, são comunicados às autoridades judiciais intervenientes;

(f) Prestadores de Serviços a quem, no âmbito da sua atividade, a BPI Vida e Pensões – Companhia de Seguros, S.A. recorra.

(g) Entidades Resseguradoras com as quais a BPI Vida e Pensões tenha celebrado contratos de resseguro.

26.7. Período de conservação dos dados - Os dados são conservados durante os períodos necessários para as finalidades para as quais são recolhidos e tratados, bem como para fazer face às obrigações legais e regulamentares aplicáveis à BPI Vida e Pensões – Companhia de Seguros, S.A. ou para defesa da BPI Vida e Pensões – Companhia de Seguros, S.A. em processos judiciais.

26.8. Exercício dos direitos e reclamações à Autoridade de proteção de dados - Para o exercício dos seus direitos, incluindo para acederem aos seus dados (direito de acesso) ou solicitarem a sua retificação (direito de retificação), eliminação (direito ao apagamento), limitação de tratamento (direito à limitação do tratamento), portabilidade (direito de portabilidade dos dados) ou oporem-se ao seu tratamento nos termos da lei, os Clientes dirigir à BPI Vida e Pensões uma comunicação nesse sentido, entregando-a em qualquer balcão do Banco BPI ou utilizando o endereço de correio eletrónico privacidade.bpivp@bancobpi.pt ou o endereço de correio eletrónico do Encarregado de Proteção de Dados.

Os Titulares dos Dados poderão ainda, caso o pretendam, apresentar reclamações ou pedidos de informação junto da Comissão Nacional de Proteção Dados, que é a autoridade de controlo nacional para efeitos do Regulamento Geral de Proteção de Dados e da lei nacional aplicável (www.cnpd.pt).

26.9. Política de Privacidade da BPI Vida e Pensões – Companhia de Seguros, S.A. - A Política de Privacidade da BPI Vida e Pensões – Companhia de Seguros, S.A. encontra-se disponível em https://www.bpividaepensoes.pt/pensoes/institucional/politica-de-privacidade

ARTIGO 27.º - DADOS SENSÍVEIS

27.1. A Seguradora necessita, quer para efeitos de aceitação do contrato, quer para efeitos de regularização de eventual sinistro, de aceder a dados considerados sensíveis, em concreto, dados de saúde, da Pessoa Segura.

27.2. No âmbito da avaliação do risco e / ou de regularização de sinistro, é necessário:

a) Responder a um Questionário compreendendo, entre outros, dados de natureza médica;

b) Que a BPI Vida e Pensões, ou entidade por

esta subcontratada, aceda a informações e documentos relativos à situação de saúde.

27.3. A impossibilidade de acesso a estes dados para as finalidades acima referidas, poderá determinar a recusa da adesão / proposta apresentada ou, no caso de participação de sinistro, que a Seguradora fique impossibilitada de proceder à regularização do mesmo, enquanto não foram prestadas as informações necessárias.

ARTIGO 28.º - INFORMAÇÃO SOBRE O MEDIADOR

Banco BPI, S.A., com sede na Avenida da Boavista, 1117, Porto, registado como Agente de Seguros n.º 419527591 desde 21/01/2019 (registos da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões - informações adicionais relativas ao registo disponíveis em www.asf.com.pt).

ARTIGO 29.º - DISPOSIÇÕES DIVERSAS

29.1. O presente contrato não confere qualquer direito a valores de redução, adiantamento ou resgate.

29.2. O presente contrato não dá lugar a investimento autónomo dos ativos representativos das provisões matemáticas.

29.3. O presente contrato não dá lugar a participação nos resultados.

ARTIGO 30.º - RELATÓRIO SOBRE A SOLVÊNCIA E A SITUAÇÃO FINANCEIRA

Encontra-se disponível em www.bpividaepensoes.pt o Relatório anual sobre a Solvência e a Situação Financeira da BPI Vida e Pensões, reportado ao fecho do ano anterior, de acordo com a legislação em vigor.