



conta própria

condições contratuais



Linha de Apoio ao Cliente
217 943 039

dias úteis das 8h30 às 19h00



Linha de Apoio a Empresas
217 943 002

dias úteis das 8h30 às 19h00



www.ageas.pt

ÍNDICE

CONDIÇÕES GERAIS

PARTE I — DO SEGURO OBRIGATÓRIO

Artigo Preliminar	5
-------------------------	---

Capítulo I — Definições, objecto e garantias do contrato

Art.º 1.º — Definições	5
Art.º 2.º — Conceito de acidente de trabalho	6
Art.º 3.º — Objecto do contrato	7
Art.º 4.º — Âmbito territorial	7
Art.º 5.º — Exclusões	7

Capítulo II — Declaração do risco, inicial e superveniente

Art.º 6.º — Dever de declaração inicial do risco	8
Art.º 7.º — Incumprimentos doloso do dever de declaração inicial do risco	9
Art.º 8.º — Incumprimento negligente do dever de declaração inicial do risco	9
Art.º 9.º — Agravamento do risco	10
Art.º 10.º — Sinistro e agravamento do risco	10

Capítulo III — Pagamento e alteração dos prémios

Art.º 11.º — Vencimento dos prémios	11
Art.º 12.º — Cobertura	11
Art.º 13.º — Aviso de pagamento dos prémios	11
Art.º 14.º — Falta de pagamento dos prémios	12
Art.º 15.º — Alteração do prémio	12

Capítulo IV — Início de efeitos, duração, e vicissitudes do contrato

Art.º 16.º — Início da cobertura e de efeitos	12
Art.º 17.º — Duração	13
Art.º 18.º — Resolução do contrato	13

Capítulo V — Prestação principal do Segurador

Art.º 19.º — Retribuição segura	13
Art.º 20.º — Actualização automática da retribuição segura	14
Art.º 21.º — Simultaneidade de regimes	14

Capítulo VI — Obrigações e direitos das partes

Art.º 22.º — Obrigações do Tomador do seguro ou do beneficiário	15
Art.º 23.º — Obrigações do Segurador.....	15
Art.º 24.º — Sub-rogação pelo Segurador.....	15

Capítulo VII — Disposições diversas

Art.º 25.º — Escolha do médico.....	16
Art.º 26.º — Reconhecimento da responsabilidade pelo Segurador.....	16
Art.º 27.º — Intervenção de mediador de seguros.....	16
Art.º 28.º — Comunicações e notificações entre as partes	17
Art.º 29.º — Legislação aplicável, reclamações, arbitragem e resolução alternativa de litígios	17
Art.º 30.º — Foro.....	17

PARTE II — DO SEGURO FACULTATIVO

01 — Cobertura facultativa de Acidentes Pessoais

Art.º 1.º — Definições	18
Art.º 2.º — Âmbito da cobertura.....	18
Art.º 3.º — Garantias.....	18
Art.º 4.º — Âmbito territorial	19
Art.º 5.º — Exclusões.....	19
Art.º 6.º — Obrigações da Pessoa Segura	19
Art.º 7.º — Morte da Pessoa Segura.....	20
Art.º 8.º — Valor seguro	20
Art.º 9.º — Redução do valor seguro por doença preexistente.....	20
Art.º 10.º — Exclusão do Beneficiário.....	20
Art.º 11.º — Designação beneficiária	20
Art.º 12.º — Alteração e revogação da cláusula beneficiária.....	21
Art.º 13.º — Pagamento da indemnização	22
Art.º 14.º — Indemnização por morte	22
Art.º 15.º — Indemnização por invalidez permanente.....	22
Art.º 16.º — Despesas de funeral.....	23
Art.º 17.º — Limites de indemnização e reembolso	23
Art.º 18.º — Extinção do direito às garantias.....	23
Art.º 19.º — Omissões	23

02 — Cobertura facultativa de Internamento Hospitalar por Doença ou Acidente extra-profissional

Art.º 1.º — Definições	23
Art.º 2.º — Âmbito da cobertura.....	25
Art.º 3.º — Garantias.....	25

Art.º 4.º — Âmbito territorial	27
Art.º 5.º — Exclusões gerais	27
Art.º 6.º — Condições de admissão da Pessoa Segura	29
Art.º 7.º — Aceitação da cobertura	29
Art.º 8.º — Períodos de carência	29
Art.º 9.º — Exclusão da cobertura	30
Art.º 10.º — Redução automática dos capitais seguros	30
Art.º 11.º — Obrigações do Tomador do seguro/Pessoa Segura	30
Art.º 12.º — Obrigações do Segurador	31
Art.º 13.º — Extinção do direito às garantias	32

03 — Cobertura facultativa de Protecção Jurídica

Artigo Preliminar	32
Art.º 1.º — Definições	32
Art.º 2.º — Objecto da cobertura	33
Art.º 3.º — Domínios de intervenção	33
Art.º 4.º — Exclusões	34
Art.º 5.º — Condições de intervenção da I.P.A.	34
Art.º 6.º — Serviços prestados e direitos da Pessoa Segura	34
Art.º 7.º — Despesas garantidas	35
Art.º 8.º — Despesas não garantidas	35
Art.º 9.º — Âmbito territorial	36
Art.º 10.º — Âmbito temporal	36
Art.º 11.º — Início, duração e resolução	36
Art.º 12.º — Procedimento da I.P.A. em caso de litígio	36
Art.º 13.º — Obrigações da Pessoa Segura em caso de litígio	37
Art.º 14.º — Sub-rogação	38
Art.º 15.º — Lei aplicável e arbitragem	38
Art.º 16.º — Valores máximos das despesas garantidas	38

CONDIÇÕES ESPECIAIS

1. Antecipação do pagamento do subsídio de elevada incapacidade	39
2. Cobertura de deslocações e trabalhos no estrangeiro	39
3. Cobertura de Salário Integral nas Incapacidades Temporárias	39
4. Cobertura de indemnização suplementar em situações de incapacidade tempo- rária absoluta	39
5. Riscos profissionais e extra-profissionais	39
6. Riscos extra-profissionais	40
7. Utilização de veículos motorizados de 2 rodas	40
8. Cobertura de danos no vestuário	40
9. Acertos de vencimento em contratos por um ano e seguintes	40

CONDIÇÕES GERAIS

PARTE I DO SEGURO OBRIGATÓRIO

Artigo Preliminar

1. Entre a Ageas Portugal, Companhia de Seguros, S.A., adiante designada por Segurador, e o Tomador do seguro mencionado nas Condições Particulares, estabelece-se um contrato de seguro que se regula pelas presentes Condições Gerais e pelas Condições Particulares, e ainda, se contratadas, pelas Condições Especiais.
2. A individualização do presente contrato é efectuada nas Condições Particulares, com, entre outros, a identificação das partes e do respectivo domicílio, os dados da Pessoa Segura, os dados dos representantes do Segurador para efeito dos sinistros, e a determinação do prémio ou a fórmula do respectivo cálculo.
3. As Condições Especiais prevêm a cobertura de outros riscos e ou garantias além dos previstos nas presentes Condições Gerais e carecem de ser especificamente identificadas nas Condições Particulares.
4. Compõem ainda o presente contrato, além das Condições previstas nos números anteriores (e que constituem a Apólice), as mensagens publicitárias concretas e objectivas que contrariem cláusulas da Apólice, salvo se estas forem mais favoráveis ao Tomador do seguro ou à Pessoa Segura.
5. Não se aplica o previsto no número anterior relativamente às mensagens publicitárias cujo fim de emissão tenha ocorrido há mais de um ano em relação à celebração do contrato, ou quando as próprias mensagens fixem um período de vigência e o contrato tenha sido celebrado fora desse período.

CAPÍTULO I DEFINIÇÕES, OBJECTO E GARANTIAS DO CONTRATO

Artigo 1.º — Definições

Para efeitos do presente contrato entende-se por:

Apólice — conjunto de Condições identificado no Artigo anterior e na qual é formalizado o contrato de seguro celebrado.

Segurador — a entidade legalmente autorizada para a exploração do seguro obrigatório de acidentes de trabalho para trabalhadores independentes, que subscreve o presente contrato.

Tomador do seguro — o trabalhador independente que contrata com o Segurador, sendo responsável pelo pagamento do prémio.

Pessoa Segura — o trabalhador independente, titular do interesse seguro.

Trabalhador independente — o trabalhador que exerça uma actividade por conta própria.

Beneficiário — o titular do direito legal às prestações do Segurador por morte do sinistrado em razão do acidente de trabalho.

Local de trabalho — o lugar em que o trabalhador se encontra ou deva dirigir-se em virtude do seu trabalho, considerando-se como tal a própria residência habitual ou ocasional do trabalhador, nos casos em que o trabalho seja efectuado em casa.

Tempo de trabalho — além do período normal de laboração, o que preceder o seu início, em actos de preparação ou com ele relacionados, e o que se lhe seguir, em actos também com ele relacionados, e ainda as interrupções normais ou forçosas de trabalho ou da prestação de serviço.

Sinistrado — a Pessoa Segura que sofreu um acidente de trabalho.

Cura clínica — situação em que as lesões desapareceram totalmente ou se apresentam como insusceptíveis de modificação com terapêutica adequada.

Prevenção — acção de evitar ou diminuir os riscos profissionais através de um conjunto de disposições ou medidas que devam ser tomadas no licenciamento e em todas as fases de actividade da Pessoa Segura.

Trabalhador por conta de outrem — o trabalhador vinculado por contrato de trabalho ou contrato legalmente equiparado, bem como o praticante, aprendiz, estagiário e demais situações que devam considerar-se de formação profissional, e, ainda o que, considerando-se na dependência económica de uma entidade empregadora, preste, em conjunto ou isoladamente, determinado serviço.

Artigo 2.º — Conceito de acidente de trabalho

1. Por acidente de trabalho, entende-se o acidente:

- a) que se verifique no local de trabalho ou no local onde é prestado o serviço e no tempo de trabalho e produza directa ou indirectamente lesão corporal, perturbação funcional ou doença de que resulte redução na capacidade de trabalho ou de ganho ou a morte;
- b) ocorrido no trajecto, normalmente utilizado e durante o período de tempo ininterrupto habitualmente gasto pelo trabalhador:
 - i) de ida e de regresso para e do local de trabalho, ou para o local onde é prestado o serviço, entre a sua residência habitual ou ocasional, desde a porta de acesso para as áreas comuns do edifício ou para a via pública, até às instalações que constituem o seu local de trabalho;

- ii) entre o local de trabalho e o local de refeição;
 - iii) entre quaisquer dos locais referidos na sub-alínea i) e o local onde ao trabalhador deva ser prestada qualquer forma de assistência ou tratamento por virtude de anterior acidente de trabalho e enquanto aí permanecer para esses fins.
2. Não deixa de se considerar acidente de trabalho o que ocorrer quando o trajecto normal tenha sofrido interrupções ou desvios determinados pela satisfação de necessidades atendíveis do trabalhador, bem como por motivo de força maior ou por caso fortuito.

Artigo 3.º — Objecto do contrato

1. O Segurador, de acordo com a legislação aplicável e nos termos desta Apólice, garante os encargos provenientes de acidentes de trabalho da Pessoa Segura, em consequência do exercício da actividade profissional por conta própria identificada na Apólice.
2. São consideradas prestações em espécie as prestações de natureza médica, cirúrgica, farmacêutica, hospitalar e quaisquer outras, seja qual for a sua forma, desde que necessárias e adequadas ao restabelecimento do estado de saúde e da capacidade de trabalho ou de ganho do sinistrado e à sua recuperação para a vida activa.
3. Constituem prestações em dinheiro a indemnização por incapacidade temporária absoluta ou parcial para o trabalho, a indemnização em capital ou pensão vitalícia correspondente à redução na capacidade de trabalho ou de ganho, em caso de incapacidade permanente, o subsídio por situações de elevada incapacidade permanente, o subsídio para readaptação de habitação, a prestação suplementar por assistência de terceira pessoa, e, nos casos de morte, as pensões aos familiares do sinistrado, bem como o subsídio por morte e despesas de funeral.

Artigo 4.º — Âmbito territorial

1. O presente contrato apenas abrange os acidentes de trabalho que ocorram em território nacional e no território de Estados membros da União Europeia onde o trabalhador exerça a sua actividade, desde que por período não superior a 15 dias.
2. O contrato pode abranger acidentes de trabalho além do previsto no número anterior, desde que seja contratada extensão de cobertura nesse sentido.

Artigo 5.º — Exclusões

1. Além dos acidentes excluídos pela legislação aplicável, não ficam cobertos pelo presente contrato:
 - a) as doenças profissionais;
 - b) os acidentes devidos a distúrbios laborais, tais como greves e tumultos;

- c) os acidentes devidos a actos de terrorismo e de sabotagem, rebelião, insurreiçãõ, revoluçãõ e guerra civil;
 - d) os acidentes devidos a invasãõ e guerra contra país estrangeiro (declarada ou não) e hostilidades entre nações estrangeiras (quer haja ou não declaraçãõ de guerra) ou de actos bélicos provenientes directa ou indirectamente dessas hostilidades;
 - e) as hérnias com saco formado;
 - f) os acidentes que sejam consequência da falta de observância das disposições legais sobre segurança;
 - g) a responsabilidade por quaisquer multas e coimas que recaiam sobre o Tomador do seguro por falta de cumprimento das disposições legais.
2. Em caso de acidente ocorrido em território estrangeiro, depende de convenção expressa no contrato a cobertura das despesas aí efectuadas relativas ao reparamento.
 3. Não conferem direito às prestações previstas nesta Apólice as incapacidades judicialmente reconhecidas como consequência da injustificada recusa ou falta de observância das prescrições clínicas ou cirúrgicas ou como tendo sido voluntariamente provocadas, na medida em que resultem de tal comportamento.
 4. Para os efeitos do previsto no número anterior, considera-se sempre justificada a recusa de intervençãõ cirúrgica quando, pela sua natureza, ou pelo estado do sinistrado, ponha em risco a vida deste.

CAPÍTULO II DECLARAÇÃO DO RISCO, INICIAL E SUPERVENIENTE

Artigo 6.º — Dever de declaraçãõ inicial do risco

1. O Tomador do seguro está obrigado, antes da celebraçãõ do contrato, a declarar com exactidãõ todas as circunstâncias que conheça e razoavelmente deva ter por significativas para a apreciaçãõ do risco pelo Segurador.
2. O disposto no número anterior é igualmente aplicável a circunstâncias cuja mençãõ não seja solicitada em questionário eventualmente fornecido pelo Segurador para o efeito.
3. O Segurador que tenha aceite o contrato, salvo havendo dolo do Tomador do seguro com o propósito de obter uma vantagem, não pode prevalecer-se:
 - a) da omissãõ de resposta a pergunta do questionário;
 - b) de resposta imprecisa a questãõ formulada em termos demasiado genéricos;
 - c) de incoerência ou contradicãõ evidente nas respostas ao questionário;
 - d) de facto que o seu representante, aquando da celebraçãõ do contrato, saiba ser inexacto ou, tendo sido omitido, conheça;
 - e) de circunstâncias conhecidas do Segurador, em especial quando são públicas e notórias.

4. O Segurador, antes da celebração do contrato, deve esclarecer o eventual Tomador do seguro acerca do dever referido no n.º 1, bem como do regime do seu incumprimento, sob pena de incorrer em responsabilidade civil, nos termos gerais.

Artigo 7.º — Incumprimento doloso do dever de declaração inicial do risco

1. Em caso de incumprimento doloso do dever referido no n.º 1 do Artigo anterior, o contrato é anulável mediante declaração enviada pelo Segurador ao Tomador do seguro.
2. Não tendo ocorrido sinistro, a declaração referida no número anterior deve ser enviada no prazo de três meses a contar do conhecimento daquele incumprimento.
3. O Segurador não está obrigado a cobrir o sinistro que ocorra antes de ter tido conhecimento do incumprimento doloso referido no n.º 1 ou no decurso do prazo previsto no número anterior, seguindo-se o regime geral da anulabilidade.
4. O Segurador tem direito ao prémio devido até ao final do prazo referido no n.º 2, salvo se tiver concorrido dolo ou negligência grosseira do Segurador ou do seu representante.
5. Em caso de dolo do Tomador do seguro com o propósito de obter uma vantagem, o prémio é devido até ao termo do contrato.

Artigo 8.º — Incumprimento negligente do dever de declaração inicial do risco

1. Em caso de incumprimento com negligência do dever referido no n.º 1 do Art.º 6.º, o Segurador pode, mediante declaração a enviar ao Tomador do seguro, no prazo de três meses a contar do seu conhecimento:
 - a) propor uma alteração do contrato, fixando um prazo, não inferior a 14 dias, para o envio da aceitação ou, caso a admita, da contraproposta;
 - b) fazer cessar o contrato, demonstrando que, em caso algum, celebra contratos para a cobertura de riscos relacionados com o facto omitido ou declarado inexactamente.
2. O contrato cessa os seus efeitos 30 dias após o envio da declaração de cessação ou 20 dias após a recepção pelo Tomador do seguro da proposta de alteração, caso este nada responda ou a rejeite.
3. No caso referido no número anterior, o prémio é devolvido “pro rata temporis” atendendo à cobertura havida.

4. 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 inexactidões negligentes:
- a) 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 inexactamente;
 - b) o Segurador, demonstrando que, em caso algum, teria celebrado o contrato se tivesse conhecido o facto omitido ou declarado inexactamente, não cobre o sinistro e fica apenas vinculado à devolução do prémio.

Artigo 9.º — Agravamento do risco

1. O Tomador do seguro tem o dever de, durante a execução do contrato, no prazo de 14 dias a contar do conhecimento do facto, comunicar ao Segurador todas as circunstâncias que agravem o risco, desde que estas, caso fossem conhecidas pelo Segurador aquando da celebração do contrato, tivessem podido influir na decisão de contratar ou nas condições do contrato.
2. No prazo de 30 dias a contar do momento em que tenha conhecimento do agravamento do risco, o Segurador pode:
 - a) apresentar ao Tomador do seguro proposta de modificação do contrato, que este deve aceitar ou recusar em igual prazo, findo o qual se entende aprovada a modificação proposta;
 - b) resolver o contrato, demonstrando que, em caso algum, celebra contratos que cubram riscos com as características resultantes desse agravamento do risco.
3. A resolução do contrato prevista na alínea b) do número anterior produzirá efeitos 14 dias a contar da data de envio da declaração de resolução ao Tomador do seguro.

Artigo 10.º — Sinistro e agravamento do risco

1. Se antes da cessação ou da alteração do contrato nos termos previstos no Artigo anterior ocorrer o sinistro cuja verificação ou consequência tenha sido influenciada pelo agravamento do risco, o Segurador:
 - a) cobre o risco, efectuando as prestações devidas, se o agravamento tiver sido correcta e tempestivamente comunicado antes do sinistro ou antes de decorrido o prazo previsto no n.º 1 do Artigo anterior;
 - b) cobre parcialmente o risco, reduzindo-se a sua prestação na proporção entre o prémio efectivamente cobrado e aquele que seria devido em função das reais circunstâncias do risco, se o agravamento não tiver sido correcta e tempestivamente comunicado antes do sinistro;
 - c) pode recusar a cobertura em caso de comportamento doloso do Tomador do seguro com o propósito de obter uma vantagem, mantendo direito aos prémios vencidos.

2. Na situação prevista nas alíneas a) e b) do número anterior, sendo o agravamento do risco resultante de facto do Tomador do seguro, o Segurador não está obrigado ao pagamento da prestação se demonstrar que, em caso algum, celebra contratos que cubram riscos com as características resultantes desse agravamento do risco.

CAPÍTULO III

PAGAMENTO E ALTERAÇÃO DOS PRÉMIOS

Artigo 11.º — Vencimento dos prémios

1. Salvo convenção em contrário, o prémio inicial, ou a primeira fracção deste, é devido na data da celebração do contrato.
2. As fracções seguintes do prémio inicial, o prémio de anuidades subsequentes e as sucessivas fracções deste são devidos nas datas estabelecidas no contrato.
3. A parte do prémio de montante variável relativa a acerto do valor e, quando seja o caso, a parte do prémio correspondente a alterações ao contrato são devidas nas datas indicadas nos respectivos avisos.

Artigo 12.º — Cobertura

A cobertura dos riscos depende do prévio pagamento do prémio.

Artigo 13.º — Aviso de pagamento dos prémios

1. Na vigência do contrato, o Segurador deve avisar por escrito o Tomador do seguro do montante a pagar, assim como da forma e do lugar de pagamento, com uma antecedência mínima de 30 dias em relação à data em que se vence o prémio, ou fracções deste.
2. Do aviso devem constar, de modo legível, as consequências da falta de pagamento do prémio ou de sua fracção.
3. Nos contratos de seguro em que seja convencionado o pagamento do prémio em fracções de periodicidade igual ou inferior a três meses e em cuja documentação contratual se indiquem as datas de vencimento das sucessivas fracções do prémio e os respectivos valores a pagar, bem como as consequências do seu não pagamento, o Segurador pode optar por não enviar o aviso referido no n.º 1, cabendo-lhe, nesse caso, a prova da emissão, da aceitação e do envio ao Tomador do seguro da documentação contratual referida neste número.

Artigo 14.º — Falta de pagamento dos prémios

1. A falta de pagamento do prémio inicial, ou da primeira fracção deste, na data do vencimento, determina a resolução automática do contrato a partir da data da sua celebração.
2. A falta de pagamento do prémio de anuidades subsequentes, ou da primeira fracção deste, na data do vencimento, impede a prorrogação do contrato.
3. A falta de pagamento determina a resolução automática do contrato na data do vencimento de:
 - a) uma fracção do prémio no decurso de uma anuidade;
 - b) um prémio adicional resultante de uma modificação do contrato fundada num agravamento superveniente do risco.
4. O não pagamento, até à data do vencimento, de um prémio adicional resultante de uma modificação contratual determina a ineficácia da alteração, subsistindo o contrato com o âmbito e nas condições que vigoravam antes da pretendida modificação, a menos que a subsistência do contrato se revele impossível, caso em que se considera resolvido na data do vencimento do prémio não pago.

Artigo 15.º — Alteração do prémio

1. Não havendo alteração no risco, qualquer alteração do prémio aplicável ao contrato apenas pode efectuar-se no vencimento anual seguinte, salvo o previsto nos números seguintes.
2. O valor do prémio do contrato, nos termos da Lei, pode ser revisto por iniciativa do Segurador ou a pedido do Tomador do seguro, com base na modificação efectiva das condições de prevenção de acidentes no local de trabalho ou do local onde é prestado o serviço.
3. A alteração do prémio por aplicação das bonificações por ausência de sinistros ou dos agravamentos por sinistralidade, regulados pela tabela e disposições anexas, é aplicada no vencimento seguinte à data da constatação do facto.

CAPÍTULO IV**INÍCIO DE EFEITOS, DURAÇÃO, E VICISSITUDES DO CONTRATO****Artigo 16.º — Início da cobertura e de efeitos**

1. O dia e hora do início da cobertura dos riscos são indicados no contrato, atendendo ao previsto no Artigo 12.º
2. O fixado no número anterior é igualmente aplicável ao início de efeitos do contrato, caso distinto do início da cobertura dos riscos.

Artigo 17.º — Duração

1. O contrato indica a sua duração, podendo ser por um período certo e determinado (seguro temporário) ou por um ano prorrogável por novos períodos de um ano.
2. Os efeitos do contrato cessam às 24 horas do último dia do seu prazo.
3. A prorrogação prevista no n.º 1 não se efectua se qualquer das partes denunciar o contrato com 30 dias de antecedência mínima em relação à data da prorrogação ou se o Tomador do seguro não proceder ao pagamento do prémio.
4. A presente Apólice caduca na data em que ocorra a cessação definitiva da actividade por conta própria, sendo neste caso o estorno de prémio processado, salvo convenção em contrário, “pro rata temporis”, nos termos legais, para o que o Tomador do seguro comunicará a situação ao Segurador.

Artigo 18.º — Resolução do contrato

1. O contrato pode ser resolvido pelas partes a todo o tempo, havendo justa causa, mediante correio registado.
2. O montante do prémio a devolver ao Tomador do seguro em caso de cessação antecipada do contrato é calculado proporcionalmente ao período de tempo que decorreria da data da cessação da cobertura até ao vencimento do contrato, salvo previsão de cálculo diverso pelas partes em função de razão atendível, como seja a garantia de separação técnica entre a tarificação dos seguros anuais e a dos seguros temporários.
3. A resolução do contrato produz os seus efeitos às 24 horas do dia em que se verifique.
4. A resolução do contrato prevista no n.º 1 deste Artigo produzirá efeitos 14 dias a contar da data de envio da declaração de resolução à contraparte.

CAPÍTULO V PRESTAÇÃO PRINCIPAL DO SEGURADOR

Artigo 19.º — Retribuição segura

1. A determinação da retribuição segura, valor na base do qual são calculadas as responsabilidades cobertas por esta Apólice, é sempre da responsabilidade do Tomador do seguro.

2. O valor da retribuição segura não pode todavia ser inferior a 14 vezes a retribuição mínima mensal garantida.
3. Para qualquer valor superior ao mínimo referido no número anterior o Segurador pode exigir prova de rendimento.
4. Não sendo exigida prova de rendimento no momento da celebração ou alteração do contrato, é considerado, para efeitos das prestações devidas pelo Segurador, o valor garantido.
5. Para o cálculo das prestações que, nos termos do presente contrato, ficam a cargo do Segurador, observam-se as disposições legais aplicáveis, salvo quando, por convenção entre as partes, for considerada uma forma de cálculo mais favorável ao sinistrado.

Artigo 20.º — Actualização automática da retribuição segura

1. A retribuição indicada nos contratos por um ano prorrogáveis por novos períodos de um ano é automaticamente actualizada na data da entrada em vigor das variações da retribuição mínima mensal garantida, desde que o Tomador do seguro não tenha, entre as datas de duas modificações sucessivas da retribuição mínima mensal garantida, procedido à actualização das retribuições seguras.
2. A actualização a que se refere o número anterior corresponde ao coeficiente de variação (até 1,10) entre a nova retribuição mínima mensal garantida e a anterior, aplicável sobre as retribuições seguras, obrigando-se o Tomador do seguro a pagar o prémio adicional devido por essa actualização.
3. A actualização prevista nos números anteriores obriga o Segurador ao pagamento das prestações pecuniárias devidas ao sinistrado com base na retribuição efectivamente auferida na data do acidente, sendo todavia a sua responsabilidade limitada ao valor resultante da aplicação do coeficiente de 1,10 às retribuições indicadas nas condições particulares, salvo se o acerto do prémio havido tiver como referência coeficiente superior.

Artigo 21.º — Simultaneidade de regimes

1. Quando o sinistrado for, simultaneamente, trabalhador independente e trabalhador por conta de outrem e havendo dúvida sobre o regime aplicável ao acidente, presumir-se-á, até prova em contrário, que o acidente ocorreu ao serviço da entidade empregadora.
2. Provando-se que o acidente de trabalho ocorreu quando o sinistrado exercia funções de trabalhador independente, a entidade presumida como responsável nos termos do número anterior adquire direito de regresso contra o Segurador do presente contrato ou contra o próprio trabalhador.

CAPÍTULO VI OBRIGAÇÕES E DIREITOS DAS PARTES

Artigo 22.º — Obrigações do Tomador do seguro ou do beneficiário

1. Em caso de ocorrência de um acidente de trabalho, o Tomador do seguro ou, na medida em que aplicável, o beneficiário obriga-se:
 - a) a preencher a participação de acidente de trabalho prevista legalmente e a enviá-la ao Segurador no prazo de 24 horas, a partir do respectivo conhecimento;
 - b) a participar imediatamente ao Segurador os acidentes mortais, sem prejuízo do posterior envio da participação, nos termos da alínea anterior;
 - c) a apresentar-se sem demora ao médico do Segurador, salvo se tal não for possível e a necessidade urgente de socorros impuser o recurso a outro médico.
2. Salvo convenção em contrário, as comunicações previstas nas alíneas a) e b) do número anterior são efectuadas por meio informático, nomeadamente em suporte digital ou correio electrónico.
3. O incumprimento do previsto no n.º 1 determina, salvo o previsto no número seguinte:
 - a) a redução da prestação do Segurador atendendo ao dano que o incumprimento lhe cause;
 - b) a perda da cobertura se for doloso com o propósito de obter uma vantagem e tiver determinado dano significativo para o Segurador.
4. No caso do incumprimento do previsto nas alíneas a) e b) do n.º 1, a sanção prevista no número anterior não é aplicável quando o Segurador tiver conhecimento do sinistro por outro meio nos prazos previstos nessa alínea, ou o Tomador do seguro ou o beneficiário prove que não poderia razoavelmente ter procedido à comunicação devida em momento anterior àquele em que o fez.

Artigo 23.º — Obrigações do Segurador

1. O Segurador obriga-se a satisfazer a prestação contratual ao sinistrado, após a confirmação da ocorrência do sinistro e das suas causas, circunstâncias e consequências.
2. As averiguações necessárias ao reconhecimento do sinistro e à avaliação dos danos devem ser efectuadas pelo Segurador com a adequada prontidão e diligência.
3. A obrigação do Segurador vence-se decorridos 30 dias sobre o apuramento dos factos a que se refere o número anterior.

Artigo 24.º — Sub-rogação pelo Segurador

1. O Segurador que tiver pago a indemnização fica sub-rogado, na medida do montante pago, nos direitos da Pessoa Segura contra o terceiro responsável pelo acidente de trabalho.

2. O Tomador do seguro responde, até ao limite da indemnização paga pelo Segurador, por acto ou omissão que prejudique os direitos previstos no número anterior.

CAPÍTULO VII DISPOSIÇÕES DIVERSAS

Artigo 25.º — Escolha do médico

1. O Segurador tem o direito de designar o médico assistente do sinistrado.
2. O sinistrado pode, no entanto, recorrer a qualquer médico nos seguintes casos:
 - a) se houver urgência nos socorros;
 - b) se o Segurador não lhe nomear médico assistente, ou enquanto o não fizer;
 - c) se o Segurador renunciar ao direito previsto no número anterior;
 - d) se lhe for dada alta sem estar curado, devendo, neste caso, requerer exame pelo perito do tribunal.
3. O sinistrado pode ainda escolher o médico que o deva operar nos casos de alta cirúrgica e naqueles em que, como consequência da operação, possa correr perigo a sua vida.

Artigo 26.º — Reconhecimento da responsabilidade pelo Segurador

1. A prestação de socorros urgentes, ou a comunicação do acidente de trabalho às entidades competentes, não significa reconhecimento da responsabilidade pelo Segurador.
2. O pagamento de indemnizações ou outras despesas não impede o Segurador de, posteriormente, recusar a responsabilidade relativa ao acidente quando circunstâncias supervenientemente reconhecidas o justifiquem, caso em que lhe assiste o direito a reaver tudo o que houver pago.

Artigo 27.º — Intervenção de mediador de seguros

1. Nenhum mediador de seguros se presume autorizado a, em nome do Segurador, celebrar ou extinguir contratos de seguro, a contrair ou alterar as obrigações deles emergentes ou a validar declarações adicionais, salvo o disposto nos números seguintes.
2. Pode celebrar contratos de seguro, contrair ou alterar as obrigações deles emergentes ou validar declarações adicionais, em nome do Segurador, o mediador de seguros ao qual o Segurador tenha conferido, por escrito, os necessários poderes.
3. Não obstante a carência de poderes específicos para o efeito da parte do mediador de seguros, o seguro considera-se eficaz quando existam razões ponderosas, objecti-

vamente apreciadas, tendo em conta as circunstâncias do caso, que justifiquem a confiança do Tomador do seguro de boa-fé na legitimidade do mediador, desde que o Segurador tenha igualmente contribuído para fundar a confiança do Tomador do seguro.

Artigo 28.º — Comunicações e notificações entre as partes

1. As comunicações ou notificações do Tomador do seguro ou da Pessoa Segura previstas nesta Apólice consideram-se válidas e eficazes caso sejam efectuadas para a sede social do Segurador ou da sucursal, consoante o caso.
2. São igualmente válidas e plenamente eficazes as comunicações ou notificações feitas, nos termos do número anterior, para o endereço do representante do Segurador não estabelecido em Portugal, relativamente a sinistros abrangidos por esta Apólice.
3. As comunicações previstas no presente contrato devem revestir forma escrita ou ser prestadas por outro meio de que fique registo duradouro.
4. O Segurador só está obrigado a enviar as comunicações previstas no presente contrato se o destinatário das mesmas estiver devidamente identificado no contrato, considerando-se validamente efectuadas se remetidas para o respectivo endereço constante da Apólice.

Artigo 29.º — Legislação aplicável, reclamações, arbitragem e resolução alternativa de litígios

1. A Lei aplicável a este contrato é a Lei portuguesa.
2. Podem ser apresentadas reclamações no âmbito do presente contrato aos serviços do Segurador identificados no contrato e, bem assim, à Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões (www.asf.com.pt).
3. Nos litígios surgidos ao abrigo deste contrato pode haver recurso à arbitragem, a efectuar nos termos da Lei.
4. Em caso de litígio de consumo o consumidor pode recorrer à entidade de resolução alternativa de litígios indicada nas Condições Particulares.

Artigo 30.º — Foro

O foro competente para dirimir os litígios emergentes deste contrato é o fixado na Lei Civil.

(Norma 3/2009-R de 5 de Março, da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões)

PARTE II
DO SEGURO FACULTATIVO

01 — COBERTURA FACULTATIVA DE ACIDENTES PESSOAIS

Artigo 1.º — Definições

Pessoa Segura — a pessoa cuja vida, saúde ou integridade física se segura, identificada na proposta de seguro.

Beneficiário — a pessoa singular ou colectiva identificada nas Condições Particulares da Apólice, a favor de quem reverte a prestação do Segurador decorrente desta cobertura.

Acidente pessoal — o acontecimento provocado por uma causa súbita, externa, violenta e imprevisível, alheia à vontade da Pessoa Segura e do beneficiário, que produza invalidez permanente ou morte.

Artigo 2.º — Âmbito da cobertura

Pela presente cobertura garante-se, até aos limites fixados nas Condições Particulares, o pagamento das indemnizações devidas em consequência de acidente coberto pela Apólice, de que resulte a Morte ou a Invalidez Permanente da Pessoa Segura, e ainda as Despesas de Funeral.

Artigo 3.º — Garantias

Esta cobertura garante as indemnizações devidas por:

1. Risco “Profissional e Extra-profissional” ou apenas risco “Extra-profissional”, conforme menção expressa nas Condições Particulares.
 - 1.1. Entende-se por risco “Extra-profissional” toda a actividade que não se relacione com o desempenho da profissão da Pessoa Segura, quer essa profissão se exerça por conta própria, quer por conta de outrem.
2. Utilização de meios normais de transporte, incluindo aeronaves comerciais e particulares, excluindo, todavia, a utilização de veículos motorizados de duas rodas.
3. Prática acidental de desportos como amador, incluindo provas que não estejam integradas em campeonatos e respectivos treinos, mas excluindo:
 - a) caça de animais ferozes;
 - b) desportos de inverno;
 - c) boxe, karaté e outras artes marciais;
 - d) pára-quedismo, tauromaquia e outros desportos análogos na sua perigosidade.

3.1. Caso seja contratada a opção PREMIUM, esta cobertura garante também os acidentes emergentes de:

- a) prática de desporto amador, nas provas integradas em campeonatos e respectivos treinos;
- b) prática de “caça de animais ferozes”;
- c) prática de “desportos de Inverno”;
- d) prática de “boxe”, “karaté” e outras artes marciais;
- e) prática de “pára-queda”, “tauromaquia” e outros desportos análogos na sua perigosidade;
- f) utilização de aeronaves que não as consideradas no n.º 2 deste Artigo.

4. Mediante convenção expressa nas Condições Particulares e pagamento do respectivo sobreprémio, esta cobertura pode também garantir os acidentes emergentes de utilização de veículos motorizados de duas rodas.

Artigo 4.º — Âmbito territorial

Esta cobertura produz efeitos relativamente a acidentes ocorridos em todo o Mundo.

Artigo 5.º — Exclusões

1. Além das exclusões previstas no Art.º 5.º das Condições Gerais, ficam também excluídos da garantia de cobertura deste contrato os acidentes:

- a) resultantes de crimes ou quaisquer outros actos intencionais consumados ou tentados pelo Tomador do seguro e/ou Pessoa Segura, quer sejam contra terceiros, quer contra as pessoas garantidas pelo presente contrato;
- b) devidos à acção da Pessoa Segura em estado de embriaguez ou uso de psicofármacos, estupefacientes, alucinogénios e similares não prescritos por médico;
- c) resultantes de suicídio ou sua tentativa;
- d) relacionados com hérnias, qualquer que seja a sua natureza, e rupturas subcutâneas de tendões;
- e) sofridos pela condução de qualquer veículo, se a Pessoa Segura não estiver legalmente habilitada para tal;
- f) provocados por negligência grosseira da Pessoa Segura.

2. Sem prejuízo do disposto no n.º 1 deste Artigo, a prestação reverte a favor da Pessoa Segura quando o dano corporal for nela dolosamente provocado pelo Beneficiário.

Artigo 6.º — Obrigações da Pessoa Segura

Além das obrigações referidas no Art.º 22.º da Parte I das Condições Gerais, a Pessoa Segura obriga-se ainda a:

- a) cumprir as prescrições médicas;
- b) sujeitar-se a exame por médico designado pelo Segurador;

- c) autorizar os médicos a prestarem ao Segurador todas as informações por este solicitadas;
- d) comunicar ao Segurador o recomeço da sua actividade;
- e) empregar os meios ao seu alcance para prevenir ou limitar a lesão ou lesões decorrentes do sinistro, nomeadamente cumprindo as prescrições e aconselhamentos dos profissionais de saúde;
- f) prestar ao Segurador, em tempo útil, os esclarecimentos complementares sobre as prováveis causas, circunstâncias, consequências e testemunhas do sinistro que sejam do seu conhecimento ou que razoavelmente deva conhecer;
- g) fornecer ao Segurador todas as provas solicitadas bem como todos os relatórios e documentos relacionados com o sinistro que possua ou venha a obter;
- h) comunicar ao Segurador, até 8 dias após a sua verificação, a cura das lesões promovendo o envio de declaração médica onde conste, além da data da alta, a percentagem de Invalidez Permanente eventualmente constatada.

Artigo 7.º — Morte da Pessoa Segura

No caso de, em consequência de acidente, se verificar a morte da Pessoa Segura, deverá o Beneficiário, em complemento à participação do acidente, enviar ao Segurador uma certidão de óbito, sem prejuízo da participação do sinistro nos termos do Art.º 22.º da Parte I das presentes Condições Gerais.

Artigo 8.º — Valor seguro

O valor seguro por esta cobertura é sempre limitado ao montante máximo fixado na Apólice por anuidade para as indemnizações ou reembolsos que o Segurador se obriga a pagar em caso de acidente garantido por esta cobertura e consta expressamente das Condições Particulares.

Artigo 9.º — Redução do valor seguro por doença preexistente

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

Artigo 10.º — Exclusão do Beneficiário

Se o acidente for intencionalmente causado pelo Beneficiário, torna-se nula a designação feita a seu favor, passando a prestação do Segurador a integrar o património da Pessoa Segura.

Artigo 11.º — Designação beneficiária

1. São Beneficiários do presente contrato a(s) pessoa(s) indicada(s) nas Condições Particulares.

2. No caso de uma destas ter falecido, considera-se os respectivos herdeiros, em partes iguais, pela ordem estabelecida nas alíneas a) a d) do n.º 1 do Art.º 2133.º do Código Civil.
3. Na falta de designação de Beneficiário(s), o capital seguro será atribuído aos herdeiros segundo as regras e pela ordem estabelecida no Código Civil — alíneas a) a d) do n.º 1 do Art.º 2133.º para a sucessão legítima, salvo se, não havendo herdeiros das classes previstas nas alíneas a) e b) do citado Artigo, existam herdeiros testamentários.

Artigo 12.º — Alteração e revogação da cláusula beneficiária

1. A pessoa que designa o Beneficiário pode, a qualquer momento, revogar ou alterar a designação, excepto quando tenha expressamente renunciado a esse direito.
2. O poder de alterar a designação beneficiária cessa no momento em que o Beneficiário adquira o direito ao pagamento das importâncias seguras.
3. Qualquer alteração da cláusula beneficiária só será válida quando o Segurador tiver recebido a respectiva comunicação por escrito e se for recebida em vida do Tomador do seguro, devendo a alteração ficar a constar obrigatoriamente de acta adicional a emitir pelo Segurador.
4. A alteração da designação beneficiária feita por pessoa diversa da Pessoa Segura ou sem o acordo desta deve ser comunicada pelo Segurador à Pessoa Segura.
5. A cláusula beneficiária será considerada irrevogável sempre que tenha havido aceitação expressa do benefício por parte do Beneficiário e renúncia expressa do Tomador do seguro em alterá-la.
6. Existindo Beneficiário Aceitante, é necessário o prévio acordo do Beneficiário para qualquer modificação das condições contratuais que tenham incidência nos seus direitos.
7. Havendo Beneficiário(s) expressamente indicado(s), o Segurador, no prazo de 30 dias após a data de conhecimento da morte da Pessoa Segura, informá-lo(s)-á, por escrito, da existência do contrato de seguro, da sua qualidade de Beneficiário(s) e do(s) seu(s) direito(s) à(s) importância(s) segura(s) devida(s).
8. Em caso de impossibilidade comprovada de contacto durante um ano seguido, com o Tomador e com a Pessoa Segura, no caso de não coincidirem na mesma pessoa, quer durante a vigência do contrato, quer após o seu termo, o Segurador informará o Beneficiário, no prazo de 30 dias após a última comunicação àqueles dirigida, desde que qualquer deles tenha autorizado expressamente a prestação dessa informação.

Artigo 13.º — Pagamento da indemnização

1. O risco de morte e o de invalidez permanente não são cumuláveis, pelo que se a Pessoa Segura vier a falecer em consequência de acidente garantido pelo contrato, no período de 2 anos contados a partir da data do acidente, ao valor da indemnização por morte será deduzido o valor da indemnização por invalidez permanente que, eventualmente, lhe tenha sido atribuído e pago relativamente ao mesmo acidente.
2. O pagamento das indemnizações garantidas por esta cobertura obedece aos critérios referidos nos Art.ºs 14.º e 15.º seguintes.

Artigo 14.º — Indemnização por morte

Em caso de morte, ocorrida imediatamente ou no decurso de dois anos a contar da data do acidente, o Segurador pagará o correspondente valor seguro ao Beneficiário expressamente designado nas Condições Particulares.

Artigo 15.º — Indemnização por invalidez permanente

1. Em caso de Invalidez Permanente clinicamente constatada e sobrevinda à Pessoa Segura no decurso de dois anos a contar da data do acidente, o Segurador pagará a parte do correspondente valor seguro determinada pela Tabela Nacional de Incapacidades de Acidentes de Trabalho.
2. No caso do sinistro ser simultaneamente acidente pessoal e acidente de trabalho garantido por este contrato, o grau de desvalorização a considerar para efeitos desta cobertura é o definitivamente fixado pelo Tribunal de Trabalho onde o processo de acidentes de trabalho correr termos.
3. Em qualquer membro ou órgão, os defeitos físicos de que a Pessoa Segura era portadora antes do acidente serão tomados em consideração no momento de fixação do grau de desvalorização proveniente do acidente, o qual corresponderá à diferença entre a invalidez já existente e aquela que passou a existir.
4. A incapacidade funcional ou total de um membro ou órgão é assimilada à correspondente perda parcial ou total.
5. Em relação a um membro ou órgão, as desvalorizações acumuladas não podem exceder aquela que corresponderia à perda total desse membro ou órgão.
6. Sempre que de um acidente resultem lesões em mais de um membro ou órgão, a indemnização total obtém-se somando o valor das indemnizações relativas a cada uma das lesões, sem que o total possa exceder o valor seguro.
7. O pagamento desta indemnização, salvo indicação expressa em contrário na Apólice, será feito à Pessoa Segura.

8. Se a Pessoa Segura for canhota, as percentagens de invalidez estabelecidas na Tabela para o membro superior direito aplicam-se ao membro superior esquerdo e reciprocamente.

Artigo 16.º — Despesas de funeral

1. O Segurador procederá ao reembolso, até ao valor fixado para o efeito nas Condições Particulares, das despesas efectuadas com o funeral da Pessoa Segura.
2. O pagamento será efectuado contra entrega de documentos comprovativos a quem demonstrar ter pago as despesas.

Artigo 17.º — Limites de indemnização e reembolso

1. Morte ou invalidez permanente
 - a) Opção EXTRA — remuneração anual indicada nas Condições Particulares, no mínimo de 15.000,00 euros e no máximo de 75.000,00 euros;
 - b) Opção PREMIUM — dobro da remuneração anual indicada nas Condições Particulares, no mínimo de 15.000,00 euros e no máximo de 75.000,00 euros.
2. Despesas de Funeral

10% da remuneração anual indicada nas Condições Particulares, no máximo de 7.500,00 euros.

Artigo 18.º — Extinção do direito às garantias

As garantias contratadas cessam automaticamente nos seguintes casos:

- a) por cessação do contrato, nos termos previstos nos Art.ºs 14.º, 16.º e 18.º das Condições Gerais;
- b) no primeiro vencimento anual posterior à data em que a Pessoa Segura complete setenta anos de idade.

Artigo 19.º — Omissões

As situações omissas na presente Condição Especial serão reguladas nos termos das Condições Gerais.

02 — COBERTURA FACULTATIVA DE INTERNAMENTO HOSPITALAR POR DOENÇA OU ACIDENTE EXTRA-PROFISSIONAL

Artigo 1.º — Definições

Sinistro — corresponde à verificação, total ou parcial, do evento que desencadeia o accionamento da cobertura do risco prevista no contrato.

Doença — alteração natural e involuntária do estado de saúde, não causada por acidente, com sintomatologia passível de reconhecimento médico.

Acidente — acontecimento fortuito, súbito e anormal, devido a causa exterior e alheia à vontade da Pessoa Segura e que nela origine lesões corporais que possam ser clínica e objectivamente constatadas.

Despesa médica — montante gasto pela Pessoa Segura para aquisição de bens ou serviços clinicamente necessários, desde que prescritos ou realizados por médico, para o tratamento de doenças ou lesões resultantes de acidente.

Serviços clinicamente necessários — bens, serviços ou cuidados de saúde aprovados pelo Segurador ou pela Entidade Gestora, desde que sejam:

- i. necessários para tratamento de doença ou de lesão resultante de acidente da Pessoa Segura;
- ii. adequados à situação diagnosticada;
- iii. prestados da forma mais eficiente em termos de custo e mais adequada ao tipo de serviço a prestar;
- iv. de reconhecida validade clínica.

Médico — licenciado por uma Faculdade de Medicina, legalmente autorizado a exercer a sua profissão no país onde o acto tiver lugar e cuja especialidade e inscrição sejam reconhecidos pela Ordem dos Médicos ou organismo equivalente nesse país.

Hospital — estabelecimento, público ou privado, oficialmente reconhecido como tal, onde médicos e enfermeiros diplomados asseguram uma assistência permanente durante as 24 horas do dia a doentes e acidentados.

Clínica — estabelecimento integrado ou não no Serviço Nacional de Saúde que tenha por objecto a prestação de cuidados de saúde e que, para tal, se encontre licenciado pelas autoridades competentes.

Hospitalização ou internamento — estada num hospital ou clínica, sob prescrição médica, com permanência de pelo menos uma noite, que origine o pagamento de uma diária e que não se prolongue por um espaço de tempo superior a 365 dias.

Intervenção cirúrgica — acto clínico de cirurgia realizado por médicos num Hospital ou Clínica.

Franquia — importância que, em caso de sinistro, fica a cargo da Pessoa Segura e cujo montante está estipulado nas Condições Particulares da Apólice.

Período de carência — período durante o qual as garantias do contrato não funcionam por o respectivo efeito, nos termos e condições contratadas, ficar diferido para data posterior à do início do contrato.

Fraude — conduta ilícita do Tomador do seguro/Pessoa Segura ou de terceiro, com vista a obter para si próprio ou para outrem um benefício ilegítimo à custa do Segurador.

Artigo 2.º — Âmbito da cobertura

1. O Segurador garante às Pessoas Seguras, de acordo com esta cobertura e até aos limites estabelecidos nas Condições Particulares, o reembolso de despesas médicas, enumeradas no n.º 1 do Art.º 3.º desta cobertura, devidamente comprovadas, em consequência de doença ou acidente ocorrido em cada ano da sua vigência, depois de decorrido o respectivo período de carência.
2. O Segurador garante ainda um subsídio diário em caso de internamento hospitalar, nos termos no n.º 2 do Art.º 3.º desta cobertura.

Artigo 3.º — Garantias**1. ASSISTÊNCIA MÉDICA HOSPITALAR**

1.1. Nos termos desta cobertura, o Segurador garante, até aos limites estabelecidos nas Condições Particulares, o reembolso das seguintes despesas médicas:

1.1.1. HOSPITALIZAÇÃO

- a) diária hospitalar;
- b) assistência médica;
- c) tratamentos:
 - actos de enfermagem geral, não privativa, incluindo a administração de injeções;
 - reanimação imediata e aplicação de oxigénio, incluindo o oxigénio;
 - infusões endovenosas e transfusões de sangue, incluindo o sangue e o plasma;
 - radioterapia, cobaltoterapia e quimioterapia com ou sem internamento;
 - tratamentos psiquiátricos, com o limite de 15 dias de internamento por Pessoa Segura/ano;
 - medicamentos prescritos durante a hospitalização;
 - aplicação de pensos cirúrgicos, gesso e talas;
 - material de osteossíntese.
- d) elementos auxiliares de diagnóstico:
 - análises clínicas;
 - análises anatomopatológicas;
 - electrocardiogramas, electroencefalogramas e electromiogramas;
 - audiogramas;
 - testes alergológicos;
 - exames imagiológicos (radiologia convencional, TAC, ressonância magnética, ecografias, etc.);
 - endoscopias.

Parágrafo único — As despesas médicas previstas nesta alínea estarão garantidas apenas se realizadas para comprovar uma situação clínica que, por si só, justificadamente implique um internamento urgente.

- e) acompanhamento de crianças: Pagamento de diária hospitalar para um acompanhante de menores com idade igual ou inferior a 13 anos, com o limite de 75,00 euros por dia e 10 dias de internamento, por sinistro.

1.1.2. INTERVENÇÃO CIRÚRGICA

- a) acto operatório:
- custo do bloco operatório, dos instrumentos e produtos cirúrgicos;
 - honorários do médico cirurgião, ajudantes, anestesista e instrumentista.
- b) exames especiais efectuados durante o acto operatório:
- exames radiológicos;
 - exames intra-operatórios;
 - análises clínicas.
- c) próteses e ortóteses aplicadas em intervenções cirúrgicas.

1.2. Além das exclusões previstas no Art.º 5.º desta cobertura, não fica garantido o reembolso de despesas relacionadas com:

- a) enfermagem privativa;
- b) despesas de natureza particular, tais como telefone, aluguer de TV ou vídeo, etc.;
- c) despesas com acompanhantes.

1.3. Se, após cura aparente, com conseqüente retorno da Pessoa Segura à sua actividade normal, houver recaída no prazo de trinta dias, tanto a hospitalização como a intervenção cirúrgica conseqüentes serão consideradas como se tratasse de um único e mesmo sinistro, o qual será reembolsado até ao limite de capital em vigor na anuidade em que se tenha registado a primeira ocorrência.

1.4. Reembolso

1.4.1. Com excepção dos casos previstos no número seguinte, o Segurador garante o reembolso de 80% das quantias efectivamente suportadas pela Pessoa Segura, de acordo com os limites e franquias estabelecidos nas Condições Particulares.

1.4.2. Em caso de hospitalização e mediante prévia participação do sinistro devidamente documentada, o Segurador poderá responsabilizar-se pelo pagamento das despesas directamente ao estabelecimento hospitalar, para o que emitirá um termo de responsabilidade.

Parágrafo único — O termo de responsabilidade apenas obriga o Segurador a liquidar as despesas que venham a ser apresentadas pelo estabelecimento hospitalar referido no mesmo.

1.4.3. As despesas não comparticipadas deverão ser sempre liquidadas pela Pessoa Segura.

1.5. Franquia

- 1.5.1. Salvo o disposto no ponto 1.4.2., no cálculo do reembolso devido será aplicada, por cada sinistro, uma franquia de montante fixo, cujo valor constará das Condições Particulares.
- 1.5.2. Sempre que houver comparticipação de Organismos Oficiais ou Particulares, a franquia contratual sofrerá as seguintes alterações:
- a) redução: se a comparticipação for inferior ao valor da franquia contratual, a franquia a aplicar corresponderá à diferença entre a franquia contratual e o valor da comparticipação do Organismo Oficial ou Particular;
 - b) substituição: a franquia contratual será substituída pela comparticipação do Organismo Oficial ou Particular sempre que tal comparticipação seja igual ou superior à franquia.

2. SUBSÍDIO DIÁRIO

- 2.1. Nos termos desta garantia, o Segurador garante, até aos limites estabelecidos nas Condições Particulares, o pagamento de um subsídio diário, sempre que a Pessoa Segura seja internada em hospital ou clínica, em consequência de sinistro garantido por esta cobertura.
- 2.2. O valor do subsídio diário será igual à remuneração anual de Acidentes de Trabalho dividida por 365 dias, até ao limite máximo de 50,00 euros diários, constará das Condições Particulares e é pagável nas seguintes condições:
- a) só haverá lugar a subsídio quando o internamento hospitalar for de duração superior a dois dias;
 - b) no caso de o internamento ser superior a dois dias, o subsídio será pagável a partir do primeiro dia.
- 2.3. O pagamento do subsídio terá como limite 90 dias para uma mesma doença ou acidente.

Artigo 4.º — Âmbito territorial

As garantias contratadas são válidas exclusivamente em Portugal.

Artigo 5.º — Exclusões gerais

1. Ficam sempre excluídas da presente cobertura as despesas médicas decorrentes de:
- a) doença preexistente ou acidente ocorrido antes da data de contratação desta cobertura;
 - b) quaisquer anomalias, enfermidades ou malformações congénitas e suas consequências;
 - c) actos do foro estético ou plástico, incluindo consultas, tratamentos ou cirurgia de rejuvenescimento ou de regularização de peso, salvo quando se tratar

- de intervenções cirúrgicas reparadoras, consequentes de um acidente ou acto cirúrgico abrangidos por esta cobertura e ocorridos durante a sua vigência;
- d) perturbações psíquicas, mesmo que consequentes de doença ou acidentes garantidos;
 - e) patologia estomatológica ou maxo-facial, salvo se em consequência de acidentes abrangidos por esta cobertura;
 - f) consultas, tratamentos e testes de infertilidade, bem como de métodos de fecundação artificial e suas consequências;
 - g) métodos anticoncepcionais;
 - h) parto ou interrupção espontânea de gravidez;
 - i) tratamentos refractivos à miopia, astigmatismo e hipermetria (cirúrgicos ou a laser);
 - j) tratamentos de hemodiálise;
 - k) exames gerais de saúde (check-up);
 - l) acupunctura, homeopatia e outras terapêuticas fora do âmbito da medicina convencional;
 - m) estadias em termas, casas de repouso, lares de terceira idade e outros estabelecimentos similares não classificados como unidades hospitalares, bem como os respectivos tratamentos;
 - n) transplante de órgãos e suas consequências;
 - o) S.I.D.A. e suas implicações;
 - p) assistência de psicologia, consultas ou tratamentos de psicanálise, hipnose e terapia do sono;
 - q) consultas e exames do foro nutricionista;
 - r) tratamentos de hemodiálise em situações de insuficiência renal crónica;
 - s) cuidados de saúde prestados por médicos e/ou enfermeiros com o seguinte grau de parentesco com a Pessoa Segura: cônjuge, pais, sogros, filhos, irmãos ou cunhados;
 - t) actos médicos ou medicamentos experimentais ou ensaios clínicos;
 - u) tratamentos não reconhecidos oficialmente pela Ordem dos Médicos ou organismo equivalente.

2. Ficam igualmente excluídos do presente contrato as prestações, convencionadas ou indemnizatórias, decorrentes de acidentes ou doenças sobrevindos em consequência de:

- a) suicídio ou tentativa de suicídio;
- b) intoxicação alcoólica, embriaguez, uso de estupefacientes ou narcóticos não prescritos pelo médico ou utilização abusiva de medicamentos;
- c) qualquer conduta da Pessoa Segura contrária à Lei, nomeadamente a participação em actos de sabotagem, perturbações da ordem pública ou rixas;
- d) atrasos ou negligência imputáveis à Pessoa Segura no recurso a assistência médica, o mesmo acontecendo no caso de recusa de observação dos tratamentos prescritos;
- e) prática de quaisquer actos dolosos ou gravemente culposos auto-infligidos por parte da Pessoa Segura, nomeadamente a interrupção de gravidez, salvo se praticada legalmente;
- f) prática profissional de desportos e participação em competições desportivas, profissionais ou amadoras, e respectivos treinos;

- g) acidentes de trabalho e doenças profissionais;
- h) doenças epidémicas oficialmente declaradas;
- i) guerra, guerra civil, revolução e actos de terrorismo;
- j) efeitos da radioactividade;
- k) calamidades e catástrofes da natureza.

3. Salvo expressa convenção em contrário nas Condições Particulares e pagamento do respectivo sobreprémio, ficam igualmente excluídos os acidentes ou doenças resultantes de:

- a) prática de desportos de Inverno, náuticos, aéreos e radicais, participação em automobilismo, esqui na neve e aquático, caça submarina, boxe, espeleologia, desportos aéreos (voo à vela, pára-quedismo, etc.), karaté e outras artes marciais, montanhismo, motonáutica, tauromaquia e outros desportos de análoga perigosidade;
- b) utilização de veículos motorizados de duas rodas.

Artigo 6.º — Condições de admissão da Pessoa Segura

1. É admissível como Pessoa Segura exclusivamente o Tomador do seguro.
2. Sem prejuízo do Artigo seguinte, para subscrever esta cobertura a pessoa a segurar deve preencher e entregar o Questionário Médico e, se o Segurador o solicitar, facultar toda a documentação necessária à análise da sua aceitação.

Artigo 7.º — Aceitação da cobertura

1. Se a avaliação do estado de saúde da pessoa a segurar determinar a recolha de elementos adicionais, esta cobertura só se considera aceite mediante comunicação escrita do Segurador que mencionará a data de efeito.
2. Em resultado dos elementos adicionais, o Segurador poderá propor a aceitação desta cobertura com restrições, as quais serão igualmente comunicadas por escrito, competindo ao Proponente a aceitação ou recusa no prazo de 14 dias.

Parágrafo único — Findo este prazo, caso não haja resposta por parte do Proponente, a proposta de subscrição desta cobertura fica sem efeito.

Artigo 8.º — Períodos de carência

As coberturas contratadas entram em vigor:

- a) imediatamente, em caso de acidente e de doenças infecto-contagiosas não excluídas na alínea h) do n.º 2 do Art.º 5.º desta cobertura;
- b) no prazo de noventa dias, para as restantes garantias.

Artigo 9.º — Exclusão da cobertura

1. Quando a exclusão desta cobertura se verificar por iniciativa do Segurador, este fica obrigado a efectuar as prestações contratualmente devidas em consequência de doenças manifestadas durante o período de vigência desta cobertura ou de acidentes ou outros factos geradores de indemnização ocorridos no mesmo período, até que se mostre esgotado o capital seguro disponível na anuidade em que a cobertura cessar a sua vigência.
2. A obrigação prevista no número anterior apenas se verifica em relação a doenças manifestadas e acidentes ocorridos durante o período de vigência desta cobertura, abrangidos pela mesma e participados ao Segurador até 8 dias após o seu termo, salvo motivo de força maior.
3. Por doença manifestada entende-se toda a doença que tenha sido objecto de um diagnóstico inequívoco ou que se tenha manifestado com suficiente grau de certeza.
4. Por motivo de força maior entende-se toda a situação física que impossibilite absolutamente a Pessoa Segura de, por si ou por terceira pessoa, participar a ocorrência ao Segurador.
5. A obrigação do Segurador prevista neste Artigo cessa, em qualquer caso, decorridos dois anos sobre a data do termo de vigência desta cobertura ou da data da participação, conforme a que for mais recente, cessando a todo o momento desde que se mostre esgotado o capital garantido na anuidade em que ocorra a exclusão.

Artigo 10.º — Redução automática dos capitais seguros

Após ocorrência de um sinistro, os capitais seguros correspondentes à garantia afectada ficarão, até ao próximo vencimento anual do contrato, automaticamente reduzidos no valor das prestações efectuadas pelo Segurador.

Artigo 11.º — Obrigações do Tomador do seguro/Pessoa Segura

Para além das demais obrigações constantes nesta cobertura e das que resultem da Lei, é ainda obrigação do Tomador do seguro, em caso de doença ou acidente garantidos:

- a) informar com verdade o Segurador sobre as circunstâncias e consequências da doença ou acidente, nomeadamente quanto à origem da doença, data e causas do acidente, data e montante das despesas efectuadas;
- b) em caso de acidente, participá-lo por escrito nos 8 dias imediatos àquele em que ocorreu ou àquele em que do mesmo teve conhecimento, indicando o local, dia, hora, causas, consequências, autoridades que dele tomaram conhecimento, bem como os nomes e moradas das testemunhas e de todas as pessoas eventualmente responsáveis pelo sinistro;

- c) comunicar a ocorrência de doença ou acidente que origine internamento hospitalar, com ou sem intervenção cirúrgica, no prazo de 8 dias a contar da data do internamento ou daquele em que do mesmo teve conhecimento;
- d) cumprir as prescrições médicas e tomar providências para evitar agravamento das consequências da doença ou do acidente, sob pena de o Segurador apenas responder pelas consequências que presumivelmente se verificariam se aquelas prescrições tivessem sido observadas;
- e) promover o envio, até 8 dias após ter sido clinicamente assistido, de uma declaração médica onde conste a natureza da doença ou lesões e o seu diagnóstico;
- f) comunicar, no prazo de oito dias após a sua verificação, a cura da doença ou das lesões, promovendo o envio da respectiva declaração médica;
- g) prestar todas as informações solicitadas pelo Segurador, assim como a facultar cópias de certificados médicos, relatórios clínicos ou outra documentação tida por estes como necessária para documentar o processo e autorizar os médicos ou hospitais a que tenham recorrido a fazê-lo, salvaguardando a devida confidencialidade;
- h) sujeitar-se a exames médicos designados pelo Segurador, caso este o considere necessário;
- i) autorizar a visita de médicos do Segurador, tantas vezes quantas as necessárias, para verificarem o seu estado de saúde;
- j) entregar todos os originais dos documentos justificativos das despesas realizadas. Em caso de comparticipação por Organismos Oficiais ou Particulares pelos mesmos motivos, são aceites fotocópias desde que:
 - sejam autenticadas;
 - identifiquem o nome do doente;
 - estejam em conformidade com a Lei, tratando-se de recibos;
 - discriminem pormenorizadamente os serviços prestados, tais como número de dias de hospitalização, descrição da intervenção cirúrgica efectuada, anestesia, exames auxiliares, etc.;
 - sejam entregues todos os originais dos documentos justificativos do montante dos reembolsos efectuados por qualquer Organismo Oficial ou Particular;
- k) sob pena de caducidade, os pedidos de reembolso devem ser formulados no prazo máximo de 45 dias a contar da data da efectivação da despesa;
- l) nas circunstâncias de comparticipação previstas na alínea j) do presente Artigo, o Segurador só é responsável pela parte suportada pela Pessoa Segura.

Artigo 12.º — Obrigações do Segurador

1. O Segurador obriga-se a respeitar a livre escolha, por parte da Pessoa Segura, do seu médico e do hospital ou clínica onde queira ser internado.
2. O Segurador obriga-se a satisfazer a prestação contratual a quem for devida, após a confirmação da ocorrência de um sinistro e das suas causas, circunstâncias e consequências.

3. A obrigação do Segurador referida no número anterior deverá ser realizada no prazo máximo de 30 dias após o apuramento dos factos, nos termos desse mesmo número e 30 dias após completa instrução do respectivo processo, nos termos do Art.º 11.º desta cobertura.

Artigo 13.º — Extinção do direito às garantias

As garantias contratadas cessam imediatamente:

- a) em caso de cessação do contrato de seguro, nos termos previstos nas Condições Gerais da Apólice;
- b) nos termos do Art.º 9.º desta cobertura;
- c) no primeiro vencimento anual posterior à data em que a Pessoa Segura complete 70 anos de idade.

03 — COBERTURA FACULTATIVA DE PROTECÇÃO JURÍDICA

Artigo Preliminar

1. As seguintes disposições contratuais definem o conteúdo da cobertura de Protecção Jurídica subscrita pelos Tomadores de um contrato de seguro de Acidentes de Trabalho para Trabalhadores Independentes da Ageas Portugal, Companhia de Seguros, S.A., adiante designada abreviadamente por Segurador, do qual constituem um capítulo distinto.
2. O Segurador, mediante convenção celebrada com a INTER PARTNER ASSISTANCE, S.A. — Sucursal (Portugal), com sede no Largo Jean Monnet, 1 – 2.º, 1269-069 Lisboa, telefone 21 310 2423 (de segunda a sexta-feira, das 9h00 às 12h45 e das 13h45 às 16h00) e fax 21 352 8167, delega nesta o encargo de gerir e regularizar todos os litígios garantidos por esta cobertura.
3. Por forma a facilitar o contacto aos seus Clientes, a INTER PARTNER ASSISTANCE disponibiliza o número azul 808 22 00 22 (custo de chamada local) (todos os dias, das 00h00 às 24h00).

Artigo 1.º — Definições

Litígio — divergência ou situação conflitual em que a Pessoa Segura faz valer um direito seu, contesta uma pretensão de outrem ou se defende em Tribunal.

Patamar de intervenção — montante dos danos em litígio a partir do qual são accionáveis as garantias contratuais.

Artigo 2.º — Objecto da cobertura

A INTER PARTNER ASSISTANCE obriga-se a fornecer à Pessoa Segura os serviços adequados à resolução extrajudicial ou judicial de um litígio garantido e a suportar as despesas correspondentes.

Artigo 3.º — Domínios de intervenção

A INTER PARTNER ASSISTANCE compromete-se, até aos limites fixados no Art.º 16.º da presente cobertura e sem prejuízo do disposto nos Art.ºs 4.º e 8.º da mesma a:

A) Defesa Penal

Assegurar os custos inerentes à defesa penal da Pessoa Segura se contra esta for instaurado procedimento criminal fundado na prática de actos ou omissões negligentes contra a vida ou a integridade física de uma pessoa, ou ainda se for objecto de procedimento contra ela movido ao abrigo das disposições dos Códigos Penal e de Processo Penal por factos relacionados com o exercício da sua actividade e por causa desse exercício.

B) Reclamação

1. Assegurar os custos inerentes à reclamação por via amigável ou judicial da reparação pecuniária dos danos sofridos pela Pessoa Segura, desde que sejam da responsabilidade de terceiros e resultem de:

- a) lesões corporais;
- b) lesões materiais sofridas pelos bens móveis situados no local fiscalmente designado como seu domicílio profissional;
- c) lesões materiais sofridas pelo local referido em b), desde que a Pessoa Segura seja por ele responsável e titular dos competentes direitos indemnizatórios.

Parágrafo único — Relativamente às alíneas b) e c) deste número, fica excluída a intervenção da INTER PARTNER ASSISTANCE sempre que os danos resultem de uma inexecução ou execução deficiente de contratos verbais.

2. Os custos decorrentes da defesa dos interesses da Pessoa Segura em caso de litígios relacionados com o local onde se situa o seu domicílio profissional e derivados:

- a) das relações com vizinhos ou condóminos;
- b) da sua qualidade de arrendatário, nos litígios com o proprietário daquele local exclusivamente decorrentes do contrato de arrendamento.

3. Os custos inerentes à defesa da Pessoa Segura, caso esta seja constituída arguida em processo crime emergente de falta ou negligência profissionais.

4. A INTER PARTNER ASSISTANCE não assegurará os custos inerentes a qualquer acção judicial quando, por informações obtidas, o terceiro considerado responsável seja insolvente.

Artigo 4.º — Exclusões

Ficam excluídos das garantias desta cobertura os litígios emergentes de:

- a) processos criminais, emergentes de um crime doloso, praticado pela Pessoa Segura;
- b) projecto, construção ou demolição do imóvel onde se situe a instalação garantida, ou de trabalhos ou actividades exercidas na via pública ou nos imóveis vizinhos;
- c) acidentes de viação provocados por veículos que, nos termos da legislação em vigor, sejam obrigados a seguro e ainda os resultantes de acidentes enquadráveis na legislação sobre Acidentes de Trabalho;
- d) serviços prestados por profissionais que não se encontrem habilitados com a licença legalmente exigida em cada caso;
- e) acontecimentos sobrevindos à Pessoa Segura em estado de embriaguez ou sob a influência de estupefacientes ou outras drogas não prescritas clinicamente;
- f) aplicação do direito de família e do direito das sucessões;
- g) processos judiciais de despejo e de preferência;
- h) tumultos, actos de terrorismo ou convulsões civis.

Artigo 5.º — Condições de intervenção da INTER PARTNER ASSISTANCE

A INTER PARTNER ASSISTANCE condiciona a sua intervenção à verificação cumulativa das 4 (quatro) condições seguintes:

- a) o desconhecimento pela Pessoa Segura, no momento da subscrição desta cobertura, de qualquer informação sobre um eventual litígio susceptível de fazer funcionar as garantias; isto é, os factos ou a situação de que emerge o litígio devem ser posteriores à data de início da produção de efeitos desta cobertura, salvo se a Pessoa Segura demonstrar que lhe era impossível ter deles conhecimento naquela data;
- b) a participação do litígio à INTER PARTNER ASSISTANCE ser efectuada entre a data de início da produção de efeitos desta cobertura e a da sua resolução, sem prejuízo do disposto no Art.º 10.º desta cobertura;
- c) a participação do litígio à INTER PARTNER ASSISTANCE deve ser feita antes da intervenção de advogado, sob pena desta cobertura não produzir os seus efeitos, salvo nas situações legalmente previstas, quando para cumprimento dos prazos legais seja necessária a constituição imediata de advogado, devendo, neste caso, à posteriori, ser comunicado o facto à INTER PARTNER ASSISTANCE sem prejuízo do cumprimento das obrigações previstas no Art.º 13.º desta Condição Especial;
- d) o montante correspondente aos interesses em litígio ser superior a 1 (um) Salário Mínimo Nacional, em vigor na data em que é proposta a acção (Patamar de Intervenção).

Artigo 6.º — Serviços prestados e direitos da Pessoa Segura

1. Ocorrendo um litígio garantido por esta cobertura, a INTER PARTNER ASSISTANCE prestará à Pessoa Segura os seguintes serviços:

- a) promoção das diligências necessárias com vista à confirmação da existência de litígio susceptível de fazer actuar a presente cobertura;
 - b) desenvolvimento dos procedimentos que entender por necessários à instrução do processo e bem como à salvaguarda das pretensões e direitos da Pessoa Segura;
 - c) suporte, dentro dos limites contratualmente estabelecidos, dos custos inerentes à defesa judicial dos seus interesses e à execução da decisão obtida.
2. A INTER PARTNER ASSISTANCE garante a liberdade de escolha do Advogado, designadamente, em processo judicial, administrativo ou em qualquer caso de conflito de interesses. Nestes casos, a Pessoa Segura tem direito a escolher livremente um Advogado ou, se preferir, outra pessoa com a necessária habilitação legal, para defender, representar ou servir os seus interesses.
3. Em caso de litígio entre a Pessoa Segura e a INTER PARTNER ASSISTANCE aquele tem o direito a recorrer ao processo de arbitragem nos termos da Lei, sem prejuízo de a Pessoa Segura intentar acção ou interpor recurso desaconselhado pela INTER PARTNER ASSISTANCE a expensas suas, sendo reembolsada das despesas efectuadas na medida em que a decisão arbitral ou a sentença lhe seja mais favorável do que a proposta de solução apresentada pela INTER PARTNER ASSISTANCE.
4. A Pessoa Segura deve ser informada atempadamente pela INTER PARTNER ASSISTANCE sempre que exista um conflito de interesses ou que exista desacordo quanto à resolução do litígio, dos direitos referidos nos números anteriores.

Artigo 7.º — Despesas garantidas

A presente cobertura garante, dentro dos limites mencionados no Art.º 16.º desta cobertura e nos precisos termos do Art.º 3.º da mesma, o reembolso ou pagamento das seguintes despesas:

- a) honorários e despesas originadas pela intervenção de Advogado, com inscrição em vigor na Ordem dos Advogados e domicílio profissional situado na comarca competente para a acção a patrocinar, quando a mencionada intervenção seja requerida ou necessária;
- b) custas judiciais fixadas pelos Tribunais, nos termos do respectivo Código de Custas;
- c) honorários de peritos ou técnicos designados pela INTER PARTNER ASSISTANCE ou escolhidos com o seu acordo, bem como despesas originadas pela intervenção de peritos nomeados pelo Tribunal.

Artigo 8.º — Despesas não garantidas

Não ficam garantidas por esta cobertura:

- a) as quantias em que a Pessoa Segura venha a ser condenada a título do pedido na acção e respectivos juros, ou a título de litigância de má-fé, incluindo procuradoria, indemnizações à parte contrária e custas de incidente;

- b) as multas, coimas, impostos ou outros encargos de natureza fiscal, imposto de justiça em processo crime (salvo o devido pelo assistente em processo penal) e todo e qualquer encargo de natureza penal;
- c) os honorários de Advogado relativamente a consultas ou intervenções anteriores à citação (ou acto equivalente) da Pessoa Segura, ou à apresentação por parte desta de uma acção judicial;
- d) os honorários de Advogado e as custas judiciais relativamente a acções propostas pela Pessoa Segura sem o acordo prévio da INTER PARTNER ASSISTANCE, sem prejuízo do disposto no n.º 3 do Art.º 12.º desta cobertura;
- e) o custo das viagens da Pessoa Segura quando esta tenha de se deslocar da sua residência habitual a fim de estar presente num processo judicial garantido por esta cobertura, salvo se a sua presença for julgada indispensável pela INTER PARTNER ASSISTANCE.

Artigo 9.º — Âmbito territorial

A presente cobertura é válida apenas para litígios emergentes de factos ocorridos em Portugal Continental e nas Regiões Autónomas dos Açores e Madeira, abrangidos pelas regras que definem a competência dos respectivos Tribunais, no âmbito do processo declarativo ou executivo.

Artigo 10.º — Âmbito temporal

A Pessoa Segura só tem direito às garantias prestadas pela INTER PARTNER ASSISTANCE quando os factos que deram origem ao litígio tenham ocorrido depois da entrada em vigor e antes da data de cessação dos efeitos desta cobertura e desde que o pedido de intervenção à INTER PARTNER ASSISTANCE se verifique durante a sua vigência ou dentro do prazo de 6 meses a contar da data de cessação dos seus efeitos.

Artigo 11.º — Início, duração e resolução

O início, duração e resolução desta cobertura são regulados pelas disposições homólogas constantes das Condições Gerais, da qual a presente cobertura constitui um capítulo distinto.

Artigo 12.º — Procedimento da INTER PARTNER ASSISTANCE em caso de litígio

1. Recebida a declaração de litígio, se o evento declarado não se enquadrar nas coberturas da Apólice, a INTER PARTNER ASSISTANCE informará desse facto a Pessoa Segura, com a maior brevidade possível.

2. Quando o evento participado se enquadrar nesta cobertura, mas a INTER PARTNER ASSISTANCE considerar que a pretensão da Pessoa Segura não apresenta perspectivas de êxito, a INTER PARTNER ASSISTANCE pode recusar a sua intervenção, informando desse facto a Pessoa Segura por escrito e de forma fundamentada.
3. No caso previsto no número anterior, a Pessoa Segura, sem prejuízo do recurso à arbitragem, pode, por sua conta e risco, intentar ou prosseguir a acção ou defender-se, sendo posteriormente reembolsada pela INTER PARTNER ASSISTANCE, dentro dos limites contratualmente previstos, das despesas para tal efectuadas, se a sua pretensão vier a ser judicialmente reconhecida por forma qualitativa ou quantitativamente superior àquela que originou a divergência com a INTER PARTNER ASSISTANCE.
4. Após ter reconhecido que o litígio está garantido por esta cobertura, e antes de qualquer procedimento judicial, a INTER PARTNER ASSISTANCE promoverá as diligências necessárias à instrução do processo e à salvaguarda das pretensões e direitos da Pessoa Segura.
5. Não sendo possível o acordo extrajudicial e sempre que haja necessidade de salvaguardar juridicamente os legítimos interesses da Pessoa Segura, a INTER PARTNER ASSISTANCE suportará, dentro dos limites contratualmente estabelecidos, os custos inerentes ao competente procedimento judicial, desde que considere haver probabilidades de sucesso e desde que a Pessoa Segura o solicite.
6. Sempre que haja recurso à via judicial ou se verifique a existência de conflito entre a INTER PARTNER ASSISTANCE e a Pessoa Segura, esta tem direito à livre escolha de Advogado.
7. A Pessoa Segura, sob pena de esta cobertura não produzir quaisquer efeitos, obriga-se a consultar a INTER PARTNER ASSISTANCE sobre as propostas de transacção que lhe sejam formuladas no decurso da instrução e a informá-la de todas as etapas do processo judicial. A INTER PARTNER ASSISTANCE pode opor-se à propositura da acção ou ao prosseguimento desta, sempre que considere justa e adequada a proposta apresentada à Pessoa Segura pela outra parte.
8. O disposto no número anterior não impede o recurso à arbitragem, nem a Pessoa Segura de intentar a acção ou fazê-la prosseguir nos termos do disposto no n.º 3 do presente Artigo.

Artigo 13.º — Obrigações da Pessoa Segura em caso de litígio

1. Ocorrendo qualquer evento susceptível de ser enquadrado nesta cobertura, a Pessoa Segura, sob pena de esta não produzir quaisquer efeitos, deve participá-lo à INTER PARTNER ASSISTANCE no mais curto prazo possível, por escrito e de forma detalhada.
2. A participação deve ser acompanhada por todos os documentos e informações relacionados com o litígio.

3. A Pessoa Segura deve informar a INTER PARTNER ASSISTANCE de cada nova fase do processo.
4. Se a Pessoa Segura produzir intencionalmente declarações inexactas sobre os factos, circunstâncias ou a situação de que emerge o litígio ou, mais genericamente, sobre elementos que possam contribuir para a resolução do mesmo, a presente cobertura não produzirá quaisquer efeitos, relativamente a esse litígio, respondendo a Pessoa Segura pelos custos suportados pela INTER PARTNER ASSISTANCE.

Artigo 14.º — Sub-rogação

1. A INTER PARTNER ASSISTANCE fica sub-rogada em todos os direitos de natureza patrimonial que à Pessoa Segura sejam reconhecidos no âmbito do processo judicial abrangido pelas garantias desta cobertura, designadamente o reembolso de custas e outros gastos judiciais.
2. A Pessoa Segura responderá por qualquer acto ou omissão intencionais que possam impedir ou prejudicar o exercício desses direitos.

Artigo 15.º — Lei aplicável e arbitragem

1. A Lei aplicável a esta cobertura é a Lei portuguesa.
2. Todas as divergências que possam surgir em relação à aplicação desta cobertura podem ser resolvidas por meio de arbitragem, nos termos da Lei em vigor, sem prejuízo do disposto nos n.ºs 3 e 8 do Art.º 12.º desta cobertura.

Artigo 16.º — Valores máximos das despesas garantidas

Anuidade — 6.000,00 €

Máximo por sinistro — 3.000,00 €

Honorários de Advogado: máximo por sinistro — 1.250,00 €

CONDIÇÕES ESPECIAIS

Ficam excluídas todas as Condições Especiais não enumeradas nas Condições Particulares.

1. Antecipação do pagamento do subsídio de elevada incapacidade

Por esta Condição Especial, em caso de incapacidade permanente parcial superior a 50% o Segurador garante, sem qualquer sobreprémio, o pagamento do subsídio de elevada incapacidade previsto nos n.ºs 1, 4 e 5 do Art.º 67.º e no Art.º 117.º da Lei 98/2009, de 4 de Setembro.

2. Cobertura de deslocações e trabalhos no estrangeiro

Por esta Condição Especial, o Segurador garante:

- a) os acidentes de trabalho que ocorram no território de Estados membros da União Europeia, por períodos superiores a 15 dias, ou no território de Estados não membros independentemente do período;
- b) as despesas com os acidentes referidos na alínea precedente efectuadas em território estrangeiro, relativas a repatriamento, referidas no n.º 2 do Art.º 5.º das Condições Gerais.

3. Cobertura de Salário Integral nas Incapacidades Temporárias

Nos termos do n.º 5 do Art.º 19.º das Condições Gerais, este contrato garante, nas situações de incapacidade temporária, a remuneração segura na data do acidente, sem qualquer redução legal, ponderada pelo grau de incapacidade para o trabalho.

4. Cobertura de indemnização suplementar em situações de incapacidade temporária absoluta

O Segurador garante o pagamento de uma indemnização igual a 20% da remuneração anual segura, desde que a Pessoa Segura, decorridos 360 dias após a data do acidente, mantenha, de forma contínua e sem concorrência de doença ou enfermidade não ligada ao acidente, incapacidade temporária absoluta.

5. Riscos profissionais e extra-profissionais

As garantias constantes da cobertura facultativa de Acidentes Pessoais abrangem os acidentes sobrevindos à Pessoa Segura, quer dentro da sua profissão quer fora dela.

6. Riscos extra-profissionais

As garantias constantes da cobertura de Acidentes Pessoais abrangem apenas os riscos extra-profissionais. Por isso, os acidentes indemnizáveis serão unicamente aqueles que não sejam considerados Acidentes de Trabalho, nos termos da legislação aplicável.

7. Utilização de veículos motorizados de 2 rodas

Mediante o sobreprémio respectivo, este contrato garante a cobertura dos riscos resultantes da utilização de veículos motorizados de 2 rodas.

8. Cobertura de danos no vestuário

Este contrato garante a indemnização dos danos sofridos no vestuário da Pessoa Segura, até ao limite anual fixado nas Condições Particulares, em consequência de acidente garantido pelo contrato e de que resulte lesão corporal.

9. Acertos de vencimento em contratos por um ano e seguintes

Os contratos por um ano e seguintes terão o seu vencimento anual acertado para 1 de Janeiro de cada ano.