

INFORMAÇÕES PRÉ-CONTRATUAIS
(nos termos do Decreto-Lei n.º 72/2008, de 16 de abril)

Entidade de Supervisão – Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões, com sede na Av. da República, 76, 1600-205 Lisboa

Âmbito do risco

O Segurador, de acordo com a legislação aplicável e nos termos da Apólice de Seguro de Acidentes de Trabalho — Conta Própria, garante à Pessoa Segura, em caso de acidente de trabalho, as indemnizações e prestações, em condições idênticas às dos trabalhadores por conta de outrem, decorrentes do exercício da atividade profissional por conta própria concretamente identificada na Apólice.

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 ativa.

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.

Coberturas passíveis de contratação

Cobertura obrigatória — Destina-se a cumprir a obrigação de seguro de acidentes de trabalho para os trabalhadores independentes, nos termos e para os efeitos previstos na Lei 98/2009, de 4 de setembro e no Decreto-Lei n.º 159/99, de 11 de maio.

Coberturas facultativas — Mediante convenção expressa nas Condições Particulares e pagamento de um prémio adicional, poderão ser objeto de cobertura os seguintes riscos e/ou garantias, de harmonia com as coberturas e exclusões contratadas nas respetivas Condições Especiais:

- cobertura facultativa de Acidentes Pessoais;
- cobertura facultativa de Internamento Hospitalar por Doença ou Acidente Extraprofissional;
- cobertura facultativa de Proteção Jurídica.

Conceito de acidente de trabalho

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 direta ou indiretamente lesão corporal, perturbação funcional ou doença de que resulte redução na capacidade de trabalho ou de ganho ou a morte;
- b) ocorrido no trajeto, 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 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.
 - iv. entre o local onde, por determinação do Tomador do Seguro, presta qualquer serviço relacionado com o seu trabalho e as instalações que constituem o seu local de trabalho habitual;
- c) ocorrido quando o trajeto normal, a que se refere a alínea anterior, tenha sofrido interrupções ou desvios determinados pela satisfação de necessidades atendíveis do trabalhador, bem como por motivo de força maior ou por caso fortuito;
- d) ocorrido na execução de serviços espontaneamente prestados e de que possa resultar proveito económico para o Tomador do Seguro;
- e) ocorrido no local de trabalho, quando no exercício do direito de reunião ou de atividade de

representante dos trabalhadores nos termos da Lei;

- f) ocorrido no local de trabalho, quando em frequência de curso de formação profissional ou, fora do local de trabalho, quando exista autorização expressa do Tomador do Seguro para tal frequência;
- g) ocorrido em atividade de procura de emprego durante o crédito de horas para tal concedido por Lei aos trabalhadores com processo de cessação de contrato de trabalho em curso;
- h) ocorrido fora do local ou do tempo de trabalho, quando verificado na execução de serviços determinados pelo Tomador do Seguro ou por este consentidos;
- i) que se verifique no local do pagamento da retribuição, enquanto o trabalhador aí permanecer para tal efeito;
- j) que se verifique no 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.

Exclusões aplicáveis ao seguro obrigatório

Excluem-se do âmbito do seguro obrigatório de Acidentes de Trabalho para os trabalhadores independentes:

- a) as doenças profissionais;
- b) os acidentes devidos a distúrbios laborais, tais como greves e tumultos;
- c) os acidentes devidos a atos de terrorismo e de sabotagem, rebelião, insurreição, revolução e guerra civil;
- d) os acidentes devidos a invasão e guerra contra país estrangeiro (declarada ou não) e hostilidades entre nações estrangeiras (quer haja ou não declaração de guerra) ou de atos bélicos provenientes direta ou indiretamente dessas hostilidades;
- e) as hérnias com saco formado;
- f) os acidentes que sejam consequência da falta de observância das disposições sobre segurança;
- g) a responsabilidade por quaisquer multas e coimas que recaiam sobre o Tomador do Seguro por falta de cumprimento das disposições legais.

Em caso de acidente ocorrido em território estrangeiro, depende de convenção expressa no contrato a cobertura das despesas aí efetuadas relativas ao repatriamento.

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.

Para os efeitos do previsto no parágrafo anterior, considera-se sempre justificada a recusa de intervenção cirúrgica quando, pela sua natureza, ou pelo estado do sinistrado, ponha em risco a vida deste.

Exclusões aplicáveis às coberturas facultativas

Para além das exclusões previstas para a cobertura obrigatória anteriormente mencionadas e salvo disposição em contrário, constante das respetivas Condições Especiais e/ou Condições Particulares, ficam excluídos do âmbito da cobertura facultativa de Acidentes Pessoais os acidentes:

- a) resultantes de crimes ou quaisquer outros atos intencionais consumados ou tentados pelo Tomador do Seguro e/ou Pessoa Segura, quer contra terceiros, quer contra as pessoas garantidas pelo presente contrato;
- b) devidos à ação 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 ruturas 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.

Ficam sempre excluídas da cobertura facultativa de Internamento hospitalar por doença ou acidente extraprofissional 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) atos 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 ato cirúrgico abrangidos por esta

- cobertura e ocorridos durante a sua vigência;
- d) perturbações psíquicas, mesmo que conseqüentes de doença ou acidentes garantidos;
 - e) patologia estomatológica ou maxilo-facial, salvo se em conseqüência de acidentes abrangidos por esta cobertura;
 - f) consultas, tratamentos e testes de infertilidade, bem como de métodos de fecundação artificial e suas conseqüências;
 - g) métodos anticoncepcionais;
 - h) parto ou interrupção espontânea de gravidez;
 - i) tratamentos refrativos à miopia, astigmatismo e hipermetria (cirúrgicos ou a laser);
 - j) tratamentos de hemodiálise;
 - k) exames gerais de saúde (check-up);
 - l) acupuntura, 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 respetivos tratamentos;
 - n) transplante de órgãos e suas conseqüências;
 - 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) atos médicos ou medicamentos experimentais ou ensaios clínicos;
 - u) tratamentos não reconhecidos oficialmente pela Ordem dos Médicos ou organismo equivalente.

Ficam excluídos das garantias da cobertura facultativa de Proteção Jurídica os litígios emergentes de:

- a) processos criminais, emergentes de um crime doloso, praticado pela Pessoa Segura;
- b) projeto, construção ou demolição do imóvel onde se situe a instalação garantida, ou de trabalhos ou atividades 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, atos de terrorismo ou convulsões civis.

As restantes exclusões de cada cobertura, em particular, estão descritas nas respetivas Condições Especiais.

Declaração inicial do risco

O Tomador do Seguro está obrigado, antes da celebração do contrato, a declarar com exatidão todas as circunstâncias que conheça e razoavelmente deva ter por significativas para a apreciação do risco pelo Segurador.

O disposto no parágrafo anterior é igualmente aplicável a circunstâncias cuja menção não seja solicitada em questionário eventualmente fornecido pelo Segurador para o efeito.

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 omissão de resposta a pergunta do questionário;
- b) de resposta imprecisa a questão formulada em termos demasiado genéricos;
- c) de incoerência ou contradição evidente nas respostas ao questionário;
- d) de facto que o seu representante, aquando da celebração do contrato, saiba ser inexato ou, tendo sido omitido, conheça;
- e) de circunstâncias conhecidas do Segurador, em especial quando são públicas e notórias.

O Segurador, antes da celebração do contrato, deve esclarecer o eventual Tomador do Seguro acerca do dever referido no parágrafo primeiro deste ponto, bem como do regime do seu incumprimento, sob pena de incorrer em responsabilidade civil, nos termos gerais.

Omissões ou inexatidões dolosas

Em caso de incumprimento doloso do dever referido na declaração inicial do risco, o contrato é anulável mediante declaração enviada pelo Segurador ao

Tomador do Seguro.

Não tendo ocorrido sinistro, a declaração referida no parágrafo anterior deve ser enviada no prazo de 3 meses a contar do conhecimento daquele incumprimento.

O Segurador não está obrigado a cobrir o sinistro que ocorra antes de ter tido conhecimento do incumprimento doloso referido no parágrafo primeiro deste ponto ou no decurso do prazo previsto no parágrafo anterior, seguindo-se o regime geral da anulabilidade.

O Segurador tem direito ao prémio devido até ao final do prazo referido no parágrafo segundo deste ponto, salvo se tiver concorrido dolo ou negligência grosseira do Segurador ou do seu representante.

Em caso de dolo do Tomador do Seguro com o propósito de obter uma vantagem, o prémio é devido até ao termo do contrato.

Omissões ou inexatidões negligentes

Em caso de incumprimento com negligência do dever referido na declaração inicial do risco, o Segurador pode, mediante declaração a enviar ao Tomador do Seguro, no prazo de 3 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 inexatamente.

O contrato cessa os seus efeitos 30 dias após o envio da declaração de cessação ou 20 dias após a receção pelo Tomador do Seguro da proposta de alteração, caso este nada responda ou a rejeite.

No caso referido no parágrafo anterior, o prémio é devolvido *pro rata temporis* atendendo à cobertura havida.

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) o Segurador cobre o sinistro na proporção da diferença entre o prémio pago e o prémio que seria devido, caso, aquando da celebração do

contrato, tivesse conhecido o facto omitido ou declarado inexatamente;

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

Valor total do prémio ou método de cálculo

O valor total do prémio será o que consta na cotação/simulação efetuada para o caso concreto, após aceitação do Segurador.

Agravamento do risco

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.

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.

A resolução do contrato prevista na alínea b) do parágrafo anterior produzirá efeitos 14 dias a contar da data de envio da declaração de resolução ao Tomador do Seguro.

Vencimento dos prémios, avisos de pagamento e consequências da falta de pagamento dos prémios

Vencimento dos prémios

Salvo convenção em contrário, o prémio inicial, ou a primeira fração deste, é devido na data da celebração do contrato.

As frações seguintes do prémio inicial, o prémio de anuidades subsequentes e as sucessivas frações

deste são devidos nas datas estabelecidas no contrato.

A parte do prêmio de montante variável relativa a acerto do valor e, quando seja o caso, a parte do prêmio correspondente a alterações ao contrato são devidas nas datas indicadas nos respectivos avisos.

Cobertura dos riscos

A cobertura dos riscos depende do prévio pagamento do prêmio.

Aviso de pagamento dos prêmios

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 prêmio, ou frações deste.

Do aviso devem constar, de modo legível, as consequências da falta de pagamento do prêmio ou de sua fração.

Nos contratos de seguro em que seja convencionado o pagamento do prêmio em frações de periodicidade igual ou inferior a 3 meses e em cuja documentação contratual se indiquem as datas de vencimento das sucessivas frações do prêmio 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 parágrafo quinto deste ponto, cabendo-lhe, nesse caso, a prova da emissão, da aceitação e do envio ao Tomador do Seguro da documentação contratual referida neste parágrafo.

Falta de pagamento dos prêmios

A falta de pagamento do prêmio inicial, ou da primeira fração deste, na data do vencimento, determina a resolução automática do contrato a partir da data da sua celebração.

A falta de pagamento do prêmio de anuidades subsequentes, ou da primeira fração deste, na data do vencimento, impede a prorrogação do contrato.

A falta de pagamento determina a resolução automática do contrato na data do vencimento de:

- a) uma fração do prêmio no decurso de uma anuidade;
- b) um prêmio adicional resultante de uma modificação do contrato fundada num agravamento

superveniente do risco.

O não pagamento, até à data do vencimento, de um prêmio 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 prêmio não pago.

Início da cobertura e de efeitos, duração e vicissitudes do contrato

Início da cobertura e de efeitos

O dia e hora do início da cobertura dos riscos são indicados no contrato e depende do prévio pagamento do prêmio.

Duração

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, exceto 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 prêmio.

Os efeitos do contrato cessam às 24 horas do último dia do seu prazo.

A presente Apólice caduca na data em que ocorra a cessação definitiva da atividade por conta própria, sendo neste caso o estorno de prêmio processado, salvo convenção em contrário, *pro rata temporis*, nos termos legais, para o que o Tomador do Seguro comunicará a situação ao Segurador.

Resolução do contrato por justa causa

O contrato pode ser resolvido pelas partes a todo o tempo, havendo justa causa, mediante correio registado.

O montante do prêmio 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 tarifação dos seguros anuais e a dos seguros temporários.

A resolução do contrato produz os seus efeitos às 24 horas do dia em que se verifique.

A resolução do contrato prevista no parágrafo primeiro deste ponto produzirá efeitos 14 dias a contar da data de envio da declaração de resolução à contraparte.

Caducidade

O contrato de seguro caduca nos termos gerais, nomeadamente no termo do período de vigência estipulado.

O contrato de seguro caduca na eventualidade de superveniente perda do interesse ou extinção do risco.

Cessação por acordo

O Segurador e o Tomador do Seguro podem, por acordo, a todo o tempo, fazer cessar o contrato de seguro.

Não coincidindo o Tomador do Seguro com o Segurado identificado na Apólice, a revogação carece do consentimento deste.

Denúncia

O contrato de seguro celebrado por período determinado e com prorrogação automática, para obviar à sua prorrogação, pode ser livremente denunciado pelo Tomador do Seguro e pelo Segurador.

A denúncia deve ser feita, por declaração escrita enviada ao destinatário, com uma antecedência mínima de 30 dias relativamente à data da prorrogação do contrato.

Livre resolução para contratos celebrados à distância

Nos contratos celebrados à distância, o Tomador do Seguro pode resolver o contrato sem invocar justa causa nos 14 dias imediatos à data da receção da Apólice.

O prazo previsto no parágrafo anterior conta-se a partir da data da celebração do contrato, desde que o Tomador do Seguro, nessa data, disponha, em papel ou noutro suporte duradouro, de todas as informações relevantes sobre o seguro que tenham de constar da Apólice.

A livre resolução de contrato de seguro celebrado à distância não se aplica a seguros com prazo de duração inferior a 1 mês.

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

A resolução tem efeito retroativo, podendo o Segurador ter direito ao valor do prémio calculado proporcionalmente ao período de tempo decorrido até à data da resolução, na medida em que tenha suportado o risco até essa data.

Em caso de livre resolução de contrato de seguro celebrado à distância, o Segurador apenas tem direito às prestações indicadas no parágrafo anterior no caso de início de cobertura do seguro antes do termo do prazo de livre resolução do contrato a pedido do Tomador do Seguro.

Prestação principal do Segurador

Retribuição segura

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.

O valor da retribuição segura não pode, todavia, ser inferior a 14 vezes a retribuição mínima mensal garantida.

Para qualquer valor superior ao mínimo referido no parágrafo anterior, o Segurador pode exigir prova de rendimento.

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.

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.

Atualização automática da retribuição segura

A retribuição indicada nos contratos por um ano prorrogáveis por novos períodos de um ano é automaticamente atualizada 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 atualização das retribuições seguras

A atualização a que se refere o parágrafo 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 atualização.

A atualização prevista nos parágrafos anteriores deste ponto obriga o Segurador ao pagamento das prestações pecuniárias devidas ao sinistrado com base na retribuição efetivamente 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.

Obrigações do Tomador do Seguro ou do Beneficiário

Em caso de ocorrência de um acidente de trabalho, o Tomador do Seguro ou, na medida em que aplicável, o Beneficiário, obrigam-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 respetivo 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.

Salvo convenção em contrário, as comunicações previstas nas alíneas a) e b) do parágrafo anterior são efetuadas por meio informático, nomeadamente em suporte digital ou correio eletrónico.

O incumprimento do previsto no parágrafo primeiro deste ponto determina, salvo o previsto no parágrafo seguinte:

- a) a redução da prestação do Segurador atendendo ao dano que o incumprimento lhe cause;
- b) a perda da cobertura se for dolosa com o propósito de obter uma vantagem e tiver determinado dano significativo para o Segurador.

No caso do incumprimento do previsto nas alíneas a) e b) do parágrafo primeiro deste ponto, a sanção prevista no parágrafo anterior não é aplicável quando o Segurador tiver conhecimento do sinistro por outro meio nos prazos previstos nessas alíneas, ou o Tomador do Seguro ou o Beneficiário provem que não poderiam razoavelmente ter procedido à comunicação devida em momento anterior àquele em que o fizeram.

Obrigações do Segurador

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.

As averiguações necessárias ao reconhecimento do sinistro e à avaliação dos danos devem ser efetuadas pelo Segurador com a adequada prontidão e diligência.

A obrigação do Segurador vence-se decorridos 30 dias sobre o apuramento dos factos a que se refere o parágrafo anterior.

Sub-rogação pelo Segurador

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.

O Tomador do Seguro responde, até ao limite da indemnização paga pelo Segurador, por ato ou omissão que prejudique os direitos previstos no parágrafo anterior.

Como recebe a documentação do contrato?

As **Condições Contratuais** aplicáveis a este contrato serão disponibilizadas na Área de Cliente (acessível em www.ageas.pt). Poderão ainda ser enviadas por correio, mediante solicitação a um Mediador Ageas Seguros ou através da Linha de Apoio a Empresas 217 943 002, disponível nos dias úteis das 8h30 às 19h00 (custo de chamada para a rede fixa nacional).

A **restante documentação** referente a este e a todos os contratos atualmente em vigor do Tomador do Seguro será disponibilizada, em suporte digital, na Área de Cliente, acessível em www.ageas.pt, sendo avisado sempre que fiquem disponíveis novos documentos, por mensagem enviada para o e-mail

indicado na Proposta. Caso pretenda, adicionalmente, receber uma cópia desta documentação por correio, deverá assinalar essa opção na Proposta.

Acesso a dados pessoais

De acordo com a legislação em vigor, os dados recolhidos para a celebração do contrato de seguro, bem como aqueles que vierem a ser fornecidos aquando da participação de um sinistro, serão processados e armazenados informaticamente, sendo utilizados nas relações pré-contratuais, contratuais e comerciais com a Ageas Portugal, Companhia de Seguros, S.A. e pelos seus subcontratados. As omissões, inexatidões e falsidades, quer no que respeita a dados de fornecimento obrigatório, quer facultativo, são da responsabilidade do Tomador do Seguro e da Pessoa Segura. Os titulares dos dados têm livre acesso aos seus dados pessoais, desde que o solicitem por escrito junto do Segurador, podendo solicitar a sua correção, aditamento ou eliminação, nos termos da Lei.

Os registos magnéticos das chamadas telefónicas que vierem a ser autorizadas pelo Tomador do Seguro e/ou pela Pessoa Segura poderão ser utilizadas pela Ageas Portugal, Companhia de Seguros, S.A., no âmbito da relação contratual que vier a ser estabelecida, e bem assim para quaisquer fins lícitos, nomeadamente para execução dos serviços contratados, para melhoramento e controlo dos mesmos e como meio de prova.

Mediante autorização do Tomador do Seguro e/ou da Pessoa Segura manifestada na Proposta, a Ageas Portugal, Companhia de Seguros, S.A., poderá permitir o tratamento dos dados pessoais recolhidos, sob regime de absoluta confidencialidade e desde que compatível com as finalidades da recolha dos mesmos, às empresas que integram o Grupo Ageas.

A Ageas Portugal, Companhia de Seguros, S.A.,

poderá ter necessidade, quer para efeitos de aceitação do contrato, quer para efeitos de regularização de sinistro, designadamente em caso de morte da Pessoa Segura, de aceder aos seus dados pessoais de saúde.

Tal acesso apenas terá lugar se a Pessoa Segura prestar o seu consentimento no questionário médico, devendo o acesso processar-se em estrita observância das disposições legais em vigor.

Reclamações

Sem prejuízo do recurso aos tribunais, o Tomador do Seguro e/ou a Pessoa Segura podem apresentar reclamações decorrentes da interpretação ou aplicação do presente contrato ao departamento responsável pela gestão de reclamações do Segurador, ao Provedor do Cliente ou à Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões, nos termos das suas competências legais.

Arbitragem

Os litígios emergentes de validade, interpretação, execução e incumprimento do contrato de seguro podem ser dirimidos por via arbitral ou pela via judicial.

Lei aplicável e foro

Salvo convenção em contrário nas Condições Particulares, é aplicável ao contrato a Lei portuguesa.

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

Esta informação não dispensa a consulta e leitura das condições gerais e especiais, com a qual deve ser complementada.