

PLANO PROTEÇÃO ORDENADO

Documento de Informação sobre o Produto de Seguros

Aegon Santander Portugal Não Vida, Companhia de Seguros, S.A., com sede em Portugal, empresa de seguros registada junto da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões com o n.º 1192

A informação pré-contratual e contratual completa sobre este produto de seguro é prestada noutros documentos.

Qual é o tipo de seguro?

O seguro Plano Proteção Ordenado é um produto do ramo de acidentes pessoais que visa proteger a sua situação financeira para os riscos abaixo indicados.

	Que riscos são segurados?	Valor a segurar
✓	Incapacidade temporária absoluta para o trabalho	Capital seguro correspondente ao módulo escolhido
✓	Hospitalização	
✓	Desemprego involuntário (trabalhadores por conta de outrem)	
✓	Desemprego involuntário total (trabalhadores por conta própria)	
✓	Salários em atraso	
✓	Despesas com a habitação (opcional)	

	Que riscos não são segurados?
×	Morte ou invalidez definitiva
×	Factos ou atos intencionais ou ilícitos
×	Atos de imprudência ou negligência grave
×	Eventos catastróficos
×	Desportos perigosos
×	Preexistências

	Há alguma restrição da cobertura?
!	Sinistros fora do limite etário
!	A apólice não estar em vigor (por exemplo, falta de pagamento de prémio)
!	A pessoa segura não residir em Portugal
!	Falsas declarações ou outros factos legais que impliquem a nulidade da apólice
!	Sinistros fora do âmbito territorial da cobertura
!	Carência de 90 dias. Não se aplica em caso de acidente

	Onde estou coberto?
✓	As coberturas deste seguro são válidas em Portugal.



Quais são as minhas obrigações?

- Informar o segurador, antes de celebrar o contrato e em qualquer altura, de fatores relevantes quanto ao risco que se está a segurar, que sejam evidentes e de senso comum, mesmo que não sejam objeto de questionário específico.
- Verificar que cumpre e se aplicam a si, e à pessoa segura, as declarações constantes na proposta de seguro.
- Conhecer e aceitar a lei aplicável ao contrato, o foro competente, os meios de resolução alternativa de litígios e todos os elementos relacionados com o tratamento de dados pessoais.
- Pagar atempadamente o prémio de seguro.
- Participar o sinistro e colaborar com o segurador na obtenção de esclarecimentos ou documentos que forem solicitados.



Quando e como devo pagar?

O prémio é devido pelo tomador do seguro e será exigível a partir do momento em que tanto o tomador do seguro como o segurador tenham aceite o contrato, o que resultará na emissão da apólice e na cobrança do primeiro recibo. Os prémios seguintes são devidos até à data de vencimento de cada recibo, de acordo com o fracionamento escolhido (anual, semestral, trimestral ou mensal).

Os prémios são cobrados por via de domiciliação bancária, de acordo e nos termos da Autorização de Débito SEPA assinada pelo tomador do seguro para o efeito.



Quando começa e acaba a cobertura?

A cobertura inicia-se com a emissão da apólice pelo segurador, considerando-se formalizada através das Condições Particulares, na data de início que aí constar e a partir do momento em que esteja pago o prémio de seguro.

A apólice cessa nas seguintes situações:

- denúncia;
- resolução por justa causa;
- revogação.
- livre resolução;
- falecimento;
- idade-limite de permanência;
- falta de pagamento do prémio.



Como posso rescindir o contrato?

- ✓ Através de livre resolução, sem ter de invocar qualquer causa, nos 30 dias seguintes a receção das condições particulares. Para exercer este direito, o tomador do seguro deverá informar o segurador, mediante comunicação expressa, em suporte duradouro e acessível. A cessação do contrato nestes termos confere ao segurador os direitos de manter o prémio correspondente ao período em que suportou o risco e de reaver o montante com despesas razoáveis que tenha efetuado com exames médicos, sempre que esse valor seja imputado contratualmente ao tomador do seguro.
A livre resolução do contrato pode, igualmente, ser exercida nas apólices contratadas à distância, nos 14 dias seguintes à receção das condições particulares. Neste caso, e desde que a cobertura do risco tenha iniciado antes de findo o prazo de livre resolução do contrato, assistem ao segurador os direitos de manter o prémio correspondente ao período em que suportou o risco e de reaver o montante com despesas razoáveis que tenha efetuado com exames médicos, sempre que esse valor seja imputado contratualmente ao tomador do seguro.
- ✓ Através de **denúncia**. O segurador e o tomador do seguro têm o direito de anular o seguro unilateralmente. Esta denúncia deve ser enviada por escrito, com antecedência mínima de 30 dias em relação à data de renovação da apólice.
- ✓ Através de **resolução por justa causa**. O contrato pode ser resolvido pelas partes a todo o tempo, havendo justa causa nos termos gerais, mediante entrega de comunicação escrita e fundamentada enviada por correio registado. O contrato considera-se resolvido num prazo máximo de oito dias úteis após receção da comunicação.
- ✓ Através de **revogação**. O contrato pode ser resolvido a todo o tempo por acordo escrito entre as partes.

As comunicações que suportam estas formas de rescisão devem ser efetuadas por escrito ou em suporte duradouro.

Plano Proteção Ordenado

A contratação deste seguro destina-se à sua proteção financeira perante situações de incapacidade temporária para trabalho, desemprego ou salários em atraso, cujo detalhe poderá encontrar na secção [Opções de contratação e o que está coberto](#).

É muito importante que leia estas condições atentamente e as entenda na sua plenitude.

Para qualquer esclarecimento, não hesite em solicitar o apoio do seu balcão ou contacte-nos através da Linha de Apoio a Seguros **21 122 12 10** (entre as 08h e as 20h, nos dias úteis – custo de chamada para a rede fixa nacional) ou do *e-mail* aegonsantander@aegonsantander.pt.

Apólice de seguro

A apólice é o conjunto de documentos que formalizam o contrato de seguro entre todos os intervenientes e é constituída por:

Informação pré-contratual	Documentos dos quais constam todas as informações pré-contratuais do seguro.
Condições do seguro	Documento onde constam todas as características do seguro.
Proposta de seguro	Documento através do qual o tomador do seguro expressa a vontade de celebrar o contrato de seguro e dá a conhecer ao segurador o risco que pretende segurar. O correto preenchimento da mesma e a assinatura das declarações que dela fazem parte são indispensáveis à aceitação do seguro pelo segurador. Nenhum outro documento pode contrariar o conteúdo da proposta de seguro sem o acordo formal dos intervenientes.
Condições particulares e atas	Documentos onde constam os dados dos intervenientes, assim como os elementos específicos do seguro contratado. Este documento pode ser atualizado, por iniciativa dos intervenientes, sob a forma de atas adicionais.
Outras comunicações escritas	Qualquer tipo de correspondência entre os intervenientes, nomeadamente sobre a aceitação do risco e/ou agravamentos.

Quem intervém no contrato

Segurador	A companhia de seguros que cobre os riscos contratados e garante o pagamento da indemnização de acordo com as condições do contrato é a Aegon Santander Portugal Não Vida, Companhia de Seguros Não Vida, S.A., adiante designada por segurador, com sede na Rua da Mesquita, n.º 6 – 1070-238 Lisboa, registada na Conservatória do Registo Comercial de Lisboa com o NIPC 513251936 e com o capital social de 7.500.000 euros. Empresa de seguros autorizada junto da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões no Ramo Não Vida, com o n.º 1192.
Agente de seguros	Entidade que promove a distribuição de seguros, servindo de intermediário entre o segurador e o tomador do seguro. O agente de seguros é o Banco Santander Totta, S.A., com sede na Rua Áurea, n.º 88, matriculado na Conservatória do Registo Comercial sob o número único de registo e de identificação fiscal 500 844 321, com o capital social de 1. 391.779.674 €, registado junto da ASF com o número 419 501 250. Intervenção do agente de seguros: 1. O agente de seguros não se presume autorizado a, em nome do segurador, celebrar ou extinguir contratos de seguro, contrair ou alterar as obrigações deles emergentes ou 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 agente 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 agente de seguros, o seguro considera-se eficaz quando existam razões ponderosas, objetivamente apreciadas, tendo em conta as circunstâncias do caso, que justifiquem a confiança do tomador do seguro de boa-fé na legitimidade do agente, desde que o segurador tenha igualmente contribuído para fundar a confiança do tomador do seguro. O agente desta apólice encontra-se identificado em documento próprio, previamente entregue ao tomador do seguro no ato de subscrição.
Tomador do seguro	Pessoa que contrata o seguro e que é responsável pelo pagamento do prémio de seguro.
Pessoa segura	Pessoa cuja saúde, integridade física ou situação de emprego se segura. O tomador do seguro e a pessoa segura são a mesma pessoa, podendo esta apólice ser contratada, também, para o cônjuge, ou equiparado, do tomador do seguro.
Beneficiário	Pessoa a quem é paga a indemnização pelo segurador de acordo com as garantias/coberturas contratadas pelo tomador do seguro. Nesta apólice, constitui-se como beneficiário a pessoa segura/sinistrado.

Opções de contratação e o que está coberto

Neste produto, o segurador disponibiliza cinco coberturas de contratação obrigatória, e uma cobertura opcional, cuja utilização se regula pelas condições detalhadas ao longo destas condições do seguro.

Coberturas-base Plano Proteção Ordenado

1. **Incapacidade temporária absoluta para o trabalho.** Esta cobertura pode ser acionada quando se verificar a impossibilidade física total e clinicamente comprovada de a pessoa segura exercer temporariamente a sua atividade profissional em consequência de:
 - a. ter sofrido um acidente ou ter contraído uma doença;
 - b. ter uma gravidez de risco fundamentada por parecer médico, em resultado de exames efetuados que demonstrem a existência de probabilidade superior ao normal de surgir uma complicação para o bebé ou para a mãe, **desde que esta esteja inscrita na Segurança Social e a receber o respetivo subsídio;**
 - c. ter de prestar assistência a filho menor, por doença ou acidente deste, estando a pessoa segura inscrita na Segurança Social e a receber o respetivo subsídio. Se a situação se mantiver depois de findo o período de assistência atribuído pela Segurança Social, **a continuação do pagamento das prestações pelo segurador será decidida com base em relatório médico e outros dados clínicos do menor, que serão analisados pelo médico do segurador;**
 - d. baixa médica devido a doença do foro psicopatológico, **desde que a situação clínica implique seguimento em consulta de psiquiatria, da qual será indispensável o envio de relatório médico, e que a pessoa segura esteja inscrita na Segurança Social e a receber o respetivo subsídio.**
2. **Hospitalização (trabalhadores por conta própria).** Esta subcobertura pode ser acionada apenas em caso de hospitalização por um período igual ou superior a sete dias.
3. **Desemprego involuntário (trabalhadores por conta de outrem).** Nesta subcobertura considera-se que a pessoa segura está em desemprego involuntário total no seguimento de uma ação de despedimento coletivo¹, da extinção de postos de trabalho justificada por motivos económicos, de mercado, tecnológicos ou estruturais² ou da rescisão unilateral do contrato de trabalho com justa causa pedida pelo trabalhador³.
4. **Desemprego involuntário total (trabalhadores por conta própria).** A pessoa segura tem atividade profissional por conta própria e está inscrita na Segurança Social, reunindo as condições para beneficiar do subsídio de cessação de atividade por se enquadrar na situação de trabalhador economicamente dependente, nos termos definidos na lei.

¹ Entende-se por despedimento coletivo as situações em que o empregador despede parte dos seus empregados em razão do encerramento justificado de uma ou várias secções ou estruturas equivalentes. Para que se considere "coletivo", o despedimento deverá abranger pelo menos duas pessoas em microempresas ou pequenas empresas, e cinco pessoas em médias ou grandes empresas.

² Considera-se, ao abrigo deste tipo de despedimento, a redução da atividade da empresa provocada pela diminuição previsível da procura de bens ou serviços ou pela impossibilidade, prática ou legal, de colocar esses bens ou serviços no mercado; por motivos estruturais, em razão de desequilíbrio económico-financeiro, mudança de atividade, reestruturação da organização produtiva ou substituição de produtos dominantes; são motivos tecnológicos, as alterações nas técnicas ou processos de fabrico, automatização de instrumentos de produção, de controlo ou de movimentação de cargas, bem como informatização de serviços ou automatização de meios de comunicação.

³ Quando o fundamento de justa causa invocado pelo trabalhador não seja contraditado pelo empregador ou, sendo-o, o trabalhador faça prova de entrada de ação judicial contra o empregador e da decisão judicial.

5. Salários em atraso (trabalhadores por conta de outrem). Ocorre sempre que um trabalhador não receber, de forma comprovada, o pagamento pontual da retribuição mensal que lhe é devida por um período superior a 90 (noventa) dias consecutivos, mantendo-se, contudo, o vínculo laboral.

Cobertura opcional **Despesas com a habitação**

Ficam garantidas as despesas com encargos de habitação em caso de sinistro enquadrável ao abrigo de qualquer cobertura garantida pelo presente contrato, se expressamente mencionado nas Condições Particulares, dentro do limite máximo e pelo período aí indicados.

A cobertura de despesas com a habitação compreende as despesas com abastecimento de água, eletricidade e gás, serviços de internet, televisão, telefone fixo e/ou móvel, em nome da pessoa segura sinistrada ou do respetivo cônjuge ou equiparado.

São indemnizáveis as despesas com a habitação relativas à morada de residência do tomador/pessoa segura declarada na proposta de seguro, sendo o valor apurado com base na média mensal das despesas dos últimos 3 meses, a contar da data do sinistro.

Limites de indemnização

Os limites de indemnização em cada uma das coberturas constam na proposta de seguro e nas condições particulares.

Âmbito territorial

As coberturas deste seguro são válidas em Portugal.

O que não está coberto?

Às coberturas do seguro **Plano Proteção Ordenado** aplica-se um conjunto de exclusões com carácter absoluto, não podendo ser aceites pelo segurador.

Situações de incapacidade temporária absoluta para o trabalho e hospitalização

- além das doenças já existentes à data de subscrição do contrato ou das que não tenham comprovação clínica, como dores nas costas ou lombalgias, cuja causa não seja demonstrável por exames complementares (radiológicos, gamagráficos ou TAC), excluem-se também as incapacidades associadas a anomalias congénitas físicas ou mentais, incluindo defeitos físicos, assim como as incapacidades decorrentes de parto, gravidez ou interrupção da gravidez já existentes à data de subscrição do contrato;
- além das incapacidades resultantes da prática de desportos motorizados, ficam também excluídas as incapacidades associadas à condução de quaisquer veículos sem carta de condução (habilitação legal);
- estão excluídas as incapacidades decorrentes da prática de desportos, seja de carácter profissional ou amador, em provas ou treinos, assim como outras atividades, tais como caça a animais ferozes, tauromaquia e outros desportos perigosos;

- além das intervenções cirúrgicas que não tenham sido necessárias devido a acidente ou doença, também estão excluídos os tratamentos de estética e cosméticos sem necessidade médica comprovada, por acidente ou doença;
- estão excluídas as afeções originadas por psicopatologias de qualquer natureza, bem como doenças sem comprovação clínica, exceto nos casos em que a situação clínica implique o seguimento em consulta de psiquiatria, da qual será indispensável o envio de relatório médico, e a pessoa segura esteja inscrita na Segurança Social.

Situações de desemprego involuntário

- **não renovação/caducidade de contrato de trabalho:** ficam excluídas as situações em que a pessoa segura se encontre sem emprego por ter caducado o seu contrato de trabalho na data acordada entre si e o seu empregador, isto é, findo o prazo dos contratos a termo (certo e incerto), tal como a cessação de comissão de serviço equiparável à caducidade de trabalho a termo certo ou incerto. O mesmo se aplica à denúncia do contrato pelo empregador ou pelo empregado durante o período experimental, à cessação de atividade de membros de órgãos estatutários, assim como às situações de falta de emprego associadas a atividades tipicamente sazonais, como colheitas agrícolas, ou outros fatores que determinem ou possam determinar, a priori, a cessação do contrato de trabalho em determinada data ou na ocorrência de determinado evento;
- **justa causa/acordo entre as partes:** ficam excluídos a demissão sem justa causa por parte do empregado (pessoa segura), o despedimento com justa causa e a rescisão por mútuo acordo;
- **reforma e lei estrangeira:** fica excluída a cessação do contrato por reforma ou pré-reforma da pessoa segura. Incluem-se na pré-reforma as situações de redução ou suspensão do trabalho por acordo entre o empregador e o trabalhador com idade igual ou superior a 55 anos em que este adquira o direito a uma prestação monetária mensal, denominada de pré-reforma. Estão também excluídas nesta cobertura todas as situações laborais não vinculadas pela lei portuguesa.

Cobertura opcional Despesas com a habitação

Estão excluídos todos os encargos não expressamente indicados como indemnizáveis pela cobertura.

Condições de subscrição, início e duração do contrato

Este seguro apenas pode ser subscrito por pessoas com residência em Portugal. O segurador aceita os riscos propostos com base nas informações que tem sobre a pessoa segura que forem relevantes, mediante declaração da mesma na proposta de seguro, com o seguinte conteúdo:

Início e duração do seguro	O contrato de seguro inicia-se na data indicada nas Condições Particulares. Este seguro tem a duração de 1 ano, renovável pelo mesmo período, até aos 67 anos da pessoa segura.
Idade e situação de emprego	A pessoa segura deve ter entre 18 e 65 anos de idade e estar a desempenhar uma atividade profissional de pelo menos 16 horas semanais nos últimos 12 meses, sem conhecimento de um possível desemprego.
Doença ou baixa médica	A pessoa segura não pode estar doente ou sob baixa médica à data de subscrição deste seguro.
Apólice Plano Proteção Ordenado prévia	O segurador apenas admite uma apólice para a mesma pessoa segura, pelo que serão recusados todos os pedidos de subscrição deste produto se a pessoa segura constante na proposta de seguro já estiver constituída como pessoa segura noutra apólice em vigor.

Quanto custa?

O prémio do seguro é calculado de acordo com a tarifa em vigor e o capital a segurar.

Antes da subscrição deste contrato, e juntamente com estas condições de seguro, o agente de seguros entregará ao cliente uma simulação de prémio indicativo.

Ao valor do prémio apresentado acresce o custo de emissão de apólice, que será cobrado uma única vez juntamente com o primeiro recibo.

Prémio

É o montante a pagar pelo tomador do seguro ao segurador pela prestação do serviço de segurar.

O prémio é pago antecipadamente no início de cada anuidade, podendo ser objeto de desconto caso o fracionamento escolhido seja anual vs. mensal (7,4%), anual vs. trimestral (4,8%) ou anual vs. semestral (2,9%). Os prémios a pagar ao segurador ao longo da vida do seguro são atualizados com base nos fatores de cálculo relevantes.

Como se paga?

O prémio é pago pelo tomador do seguro mediante débito direto e será exigível a partir do momento em que tanto o tomador do seguro como o segurador tenham aceitado o contrato, o que resultará na emissão da apólice e na cobrança do recibo.

Direitos e deveres de informação das partes

Antes de o contrato estar em vigor

A informação sobre a situação específica da pessoa segura e o facto de o segurador aceitar ou não o seguro com base nessa informação assenta essencialmente nos princípios da boa-fé contratual entre os intervenientes.

Dever de informação do tomador do seguro

O tomador do seguro e a pessoa segura devem prestar toda a informação sobre os fatores que aumentem o risco para o segurador que conheçam e cuja relevância seja evidente ou de senso comum informar, mesmo que não tenha sido expressamente solicitada em questionário eventualmente fornecido pelo segurador para o efeito.

O segurador, antes da celebração do contrato, deve esclarecer o eventual tomador do seguro ou a pessoa segura acerca dos seus deveres de informação, bem como do regime do seu incumprimento, sob pena de incorrer em responsabilidade civil, nos termos gerais.

Incumprimento doloso do dever de informação

Se o tomador do seguro omitir intencional e deliberadamente estas informações (omissão com dolo), o segurador pode anular o seguro através de comunicação escrita, tendo três meses para o fazer a partir da data de conhecimento dessa omissão se não houver lugar a um sinistro.

No caso de ocorrer qualquer sinistro antes de o segurador ter tido conhecimento de que o tomador do seguro violou este dever, ou dentro do prazo atrás referido, o segurador pode recusar a prestação de segurar. O segurador terá também direito ao prémio correspondente a estes três meses, a não ser que haja também dolo ou negligência grosseira por parte do próprio segurador ou do seu representante.

Caso esta omissão de informação de forma dolosa seja agravada por haver intenção de obter uma vantagem, o prémio é devido ao segurador até ao termo do contrato.

Incumprimento negligente do dever de informação

Se o tomador do seguro ou a pessoa segura omitir estas informações por desleixo, incúria ou falta de diligência (omissão por negligência), o segurador, no mesmo prazo de 3 meses contados a partir da data de conhecimento dessa omissão, pode:

- a) propor uma alteração ao contrato que já tenha em conta o risco acrescido decorrente da informação omitida, inexata ou falsa, o que resultará num agravamento do prémio e/ou exclusão. Esta proposta de alteração deverá ser

	respondida pelo tomador do seguro em 14 dias, após a receção da mesma, podendo aceitá-la, recusá-la ou propor uma alternativa. b) fazer cessar o contrato, se demonstrar que em caso algum aceita o risco acrescido decorrente da informação omitida ou inexata. Prazos de anulação do seguro e comunicação entre as partes em caso de incumprimento negligente do dever de informação Na sequência de incumprimento negligente do dever de informação, o segurador tem: a) 30 dias para anular a apólice, contados a partir do envio da comunicação de anulação ao tomador do seguro; b) 20 dias para anular a apólice após a receção pelo tomador do seguro de uma proposta de alteração feita pelo segurador, e à qual o tomador do seguro não responda ou tendo respondido a rejeite. O prémio é devolvido considerando a proporção do tempo decorrido até à anulação e tendo em conta a cobertura em questão.
Depois da emissão da apólice	A obrigação de informar sobre alterações de fatores de risco pelo tomador do seguro mantém-se após a emissão da apólice, especificamente aquelas que pudessem condicionar a aceitação do risco, caso o seguro estivesse no seu início, ou a manutenção das condições do mesmo por parte do segurador. As alterações de fatores de risco devem ser comunicadas no prazo de 14 dias desde a data do seu conhecimento. No prazo de 30 dias após ter tido 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; ou b) resolver o contrato, demonstrando que, em caso algum, celebra contratos que cubram riscos com as características resultantes desse agravamento do risco. Se antes da cessação ou da alteração do contrato ocorrer o sinistro cuja verificação ou consequência tenha sido influenciada pelo agravamento do risco, o segurador: a) cobre o risco, efetuando a prestação convencionada, se o agravamento tiver sido correta e tempestivamente comunicado antes do sinistro ou antes de decorrido o prazo de 14 dias acima indicado;

- b) cobre parcialmente o risco, reduzindo-se a sua prestação na proporção entre o prémio efetivamente cobrado e aquele que seria devido em função das reais circunstâncias do risco, se o agravamento não tiver sido correta e tempestivamente comunicado antes do sinistro;

Nas situações acima indicadas, o segurador não está obrigado ao pagamento da prestação se demonstrar que, em caso algum, celebra contratos que cubram riscos com as características resultantes do agravamento do risco, e desde que o agravamento do risco resulte de facto do tomador do seguro, do segurado ou da pessoa segura.

O segurador pode ainda recusar a cobertura em caso de comportamento doloso do tomador do segurado, do segurado ou da pessoa segura com o propósito de obter uma vantagem, mantendo direito aos prémios vencidos.

Como se utilizam as coberturas

O que é necessário fazer?

Para a utilização das garantias da apólice, o tomador do seguro deverá comunicar a situação ao segurador tão rapidamente quanto possível através do seu balcão, por e-mail para **sinistros-aegonsantander@aegonsantander.pt** ou por correio para a morada Avenida José Malhoa, 22 – 1070-159 Lisboa. Para qualquer esclarecimento, tem à disposição a Linha de Apoio a seguros (entre as 08h e as 20h nos dias úteis – custo de chamada para a rede fixa nacional), através do número **21 122 12 10**.

Para a utilização das garantias da apólice, é necessário o cumprimento prévio de um conjunto de requisitos formais, tais como determinar o montante do capital seguro, verificar se a apólice está em vigor, se existem ou não eventuais situações de exclusão e outros fatores que contribuam para o enquadramento do sinistro.

O segurador poderá solicitar qualquer documentação que considere necessária para esclarecimento das circunstâncias da incapacidade temporária absoluta para o trabalho, da hospitalização e do desemprego, podendo recusar o pagamento do capital seguro na sua falta, a não ser que a mesma esteja comprovadamente inacessível a todos os intervenientes.

Determinação do capital seguro

Um dos elementos que deverão ser determinados será o valor indemnizável nos termos da apólice, sendo certo que o respetivo capital seguro obedece a critérios objetivos independentes da vontade do tomador do seguro/pessoa segura. Para as coberturas do Plano Proteção Ordenado, a prestação do segurador corresponde ao valor identificado nas condições particulares.

Considerando que o capital seguro para todas as coberturas está diretamente relacionado com o ordenado da pessoa segura, torna-se fundamental a determinação desse ordenado, cujo critério varia conforme a pessoa segura seja trabalhador por conta

	própria ou trabalhador por conta de outrem, sendo certo que, para efeitos indemnizatórios ao abrigo deste seguro, se considera como ordenado máximo o valor mensal de 2500 euros. O valor do ordenado a considerar para trabalhadores por conta própria será aferido com base no montante constante como rendimento do trabalho na declaração de IRS do ano anterior (dividida por 12). O valor do ordenado a considerar para trabalhador por conta de outrem será o montante líquido constante no último recibo de ordenado da pessoa segura que não inclua valores adicionais/extraordinários em relação ao normal vencimento mensal. Não serão considerados quaisquer montantes que respeitem a prémios, bónus ou outros subsídios, como o subsídio de Natal ou de férias.
Plano Proteção Ordenado: sinistro, períodos, limites temporais e de reembolso	Para efeitos da cobertura opcional Plano Proteção Ordenado, entende-se por sinistro, a verificação, total ou parcial, incerta e independente da vontade da pessoa segura, de uma situação de doença, acidente, desemprego ou salários em atraso que permite o acionamento da cobertura de risco respetiva, de acordo com as condições e os limites previstos neste contrato de seguro. A mesma situação poderá ser enquadrada em mais de uma subcobertura e mais de uma vez na mesma subcobertura, até ao limite de reembolso, assim como uma cobertura poderá ser acionada por mais do que uma situação/evento, depois de decorrido o período de requalificação. Seja qual for o caso, o limite temporal indemnizável é estabelecido para cada subcobertura, conforme tabelas abaixo. Todas as garantias desta cobertura opcional podem ser acionadas após a verificação dos seguintes prazos: a) período de requalificação: tempo de trabalho ativo entre o último período de um sinistro já indemnizado e a data de ocorrência de um novo sinistro. Para efeitos da cobertura opcional, o período de requalificação nunca se aplica em caso de acidente e aplica-se sempre que ocorram dois sinistros diferentes que podem acionar a mesma cobertura. b) período de carência: tempo que decorre entre a data do início do seguro e a data em que as respetivas coberturas e garantias podem ser acionadas. Para efeitos desta cobertura opcional, o período de carência não é aplicável: - em caso de acidente, nas subcoberturas de incapacidade temporária e absoluta para o trabalho e hospitalização; - na renovação de apólices. c) franquia relativa: período mínimo em situação consecutiva de sinistro para se poder acionar a cobertura pretendida. Se, comprovadamente, o sinistro se prolongar após esse período, o mesmo será indemnizado desde a data em que teve início.

Limites temporais por subcobertura

Subcobertura	Período de requalificação	Período de carência	Franquia relativa
Incapacidade temporária e absoluta para o trabalho por doença	6 meses	90 dias	30 dias
Desemprego involuntário			90 dias
Salários em atraso			
Hospitalização por doença			7 dias
Despesas com a habitação (em conjunto com uma das subcoberturas acima)	Os períodos de requalificação, carência e franquia são similares aos da subcobertura acionada		

Limites de reembolso por subcobertura (em meses)

Subcobertura	Por sinistro
Incapacidade temporária e absoluta para o trabalho	6
Por acidente ou doença	
Por gravidez de risco	
Para assistência a filho menor	
Por doença psicopatológica	3
Desemprego involuntário	6
Salários em atraso	6
Hospitalização	6
Por doença psicopatológica	3
Despesas com a habitação	6

Na indemnização referente ao último período que tenha uma duração inferior a 30 dias, o valor a reembolsar para todas as coberturas será calculado com base em 1/30 do valor mensal multiplicado pelo número de dias de duração desse mesmo período. Entende-se por “último período” o número de dias decorridos entre o último período pago (pagamento de sinistro) e a data da cessação da condição que originou o acionamento da cobertura (por exemplo, regresso ao trabalho).

Documentos e requisitos formais para participação do sinistro	Deve ser fornecida ao segurador toda a informação solicitada e razoavelmente necessária sobre as circunstâncias da incapacidade temporária absoluta para o trabalho, da hospitalização, do despedimento sem justa causa e dos salários em atraso, nomeadamente das causas subjacentes à sua ocorrência e, sendo o caso, das respetivas consequências. O segurador pagará aos beneficiários a prestação correspondente à cobertura em questão. Para o efeito, deverá analisar, pelo menos, os documentos que estão especificados por cobertura no site da Aegon Santander Portugal, em https://www.aegon-santander.pt/sinistros/. Além dessa documentação, o segurador poderá solicitar outra que considere necessária para esclarecimento das circunstâncias do sinistro, podendo recusar o pagamento do capital seguro na sua falta, a não ser que a mesma esteja comprovadamente inacessível a todos os intervenientes.
--	--

Informação específica para contratação à distância

A presente secção destina-se a dar cumprimento à obrigação de prestação de informações pré-contratuais adicionais e específicas para a contratação à distância, no estrito cumprimento do artigo 11.º e seguintes do Decreto-Lei n.º 95/2006, de 29 de maio. Por conseguinte, informa-se que:

- o valor do prémio a ser pago pelo consumidor, incluindo eventuais impostos ou outros custos, é o que consta nas condições particulares;
- não existe qualquer custo adicional para o consumidor pela utilização de meios de comunicação à distância;
- as informações prestadas têm um período de validade de um mês;
- o pagamento será feito por domiciliação bancária, através da conta bancária constante nas condições particulares;
- o consumidor tem o direito de livre resolução nos termos já referidos na secção “Cessação da apólice”;
- até ao termo do prazo de 14 dias para exercer o direito de livre resolução, o consumidor não está obrigado ao pagamento do prémio correspondente ao período em que o segurador suportou o risco;
- o não exercício do direito de livre resolução no referido prazo de 30 dias implica que o mesmo já não possa exercido e, consequentemente, já não possam operar os direitos que adviriam do seu exercício;
- o segurador estabelece relações com o consumidor ao abrigo da lei portuguesa, sendo essa, consequentemente, a lei aplicável ao contrato à distância;
- o tribunal competente para dirimir os litígios emergentes do contrato à distância é o fixado na lei civil;
- a duração mínima do contrato à distância é de um ano;
- os direitos das partes em matéria de resolução antecipada ou unilateral do contrato à distância e eventuais penalizações daí decorrentes estão previstos na secção “Cessação da apólice”;
- os meios extrajudiciais de resolução de litígios e o respetivo modo de acesso são os previstos nos pontos 13 e 14 nestas condições de seguro.

Cessação

O contrato de seguro cessa nas seguintes situações legalmente definidas:

Denúncia	O contrato de seguro é celebrado considerando um determinado prazo. O segurador e o tomador do seguro têm o direito de anular o seguro unilateralmente, através da denúncia, que impede a sua normal continuidade. Esta denúncia deve ser enviada por escrito em papel ou noutro suporte duradouro com antecedência mínima de 30 dias em relação à data de renovação respetiva.
Resolução por justa causa	O contrato pode ser resolvido pelas partes a todo o tempo, havendo justa causa nos termos gerais, mediante comunicação remetida por correio registado, considerando-se resolvido no prazo máximo de 8 dias úteis após receção da comunicação. O montante do prémio a devolver ao tomador do seguro em caso de cessação antecipada do contrato é calculado proporcionalmente ao período que decorreria da data da cessação da cobertura até ao vencimento do contrato, salvo convenção de cálculo diverso pelas partes em função de razão atendível, como seja a garantia de separação técnica entre a tarifa��o dos seguros anuais e a dos seguros temporários.
Revogação	O contrato de seguro pode ser revogado a todo o tempo por acordo escrito entre as partes.
Livre resolução	Assiste ao tomador do seguro o direito de livre resolução do contrato de seguro, no prazo de 30 dias após a receção das condições particulares. Para exercer este direito, o tomador do seguro deverá informar o segurador, mediante comunicação expressa, em suporte duradouro e acessível, enviada para a morada Rua da Mesquita, n.� 6 – 1070-238 Lisboa ou para o e-mail gestaorisco-aegonsantander@aegonsantander.pt. A cessação do contrato nestes termos confere ao segurador os direitos de manter o prémio correspondente ao período em que suportou o risco e de reaver o montante com despesas razoáveis que tenha efetuado com exames médicos, sempre que esse valor seja imputado contratualmente ao tomador do seguro. A livre resolução do contrato pode, igualmente, ser exercida nas apólices contratadas � distância, nos 14 dias seguintes � receção das condições particulares. Neste caso, e desde que a cobertura do risco tenha iniciado antes de findo o prazo de livre resolução do contrato, assistem ao segurador os direitos de manter o prémio correspondente ao período em que suportou o risco e de reaver o montante com despesas razoáveis que tenha efetuado com exames médicos, sempre que esse valor seja imputado contratualmente ao tomador do seguro.

Por morte da pessoa segura	No caso de morte da pessoa segura, o contrato de seguro cessa.
Por idade ou reforma	A apólice cessa no termo da anuidade em que a pessoa segura completa 67 anos ou, anteriormente, na data da sua reforma ou pré-reforma.
Por falta de pagamento do prémio	A falta de pagamento do prémio determina a resolução automática do contrato, por força da lei. Nesta circunstância, o segurador comunicará ao tomador do seguro a resolução do contrato de seguro. Até 10 dias após a resolução, o tomador do seguro tem o direito de repor o seguro em vigor nas condições originais do contrato anteriormente resolvido. O pedido de reposição em vigor deverá ser acompanhado do pagamento do respetivo prémio.

Comunicações e notificações entre as partes

As comunicações ou notificações do tomador do seguro e da pessoa segura previstas nesta apólice consideram-se válidas e eficazes caso sejam efetuadas por escrito para a morada Avenida José Malhoa, 22 – 1070-159 Lisboa ou através de correio eletrónico para o endereço aegonsantander@aegonsantander.pt.

O segurador está obrigado a enviar as comunicações previstas no presente contrato se o destinatário das mesmas estiver devidamente identificado, considerando-se validamente efetuadas se remetidas para o endereço que forneceu ao segurador.

Qualquer alteração de morada e dos contactos do tomador do seguro e dos intervenientes do contrato deverá ser comunicada ao segurador até trinta (30) dias após a data em que ocorreu, sob pena de as comunicações ou notificações que o segurador venha a efetuar se terem por válidas e eficazes.

As comunicações escritas que o segurador dirija aos intervenientes no âmbito deste contrato ou em cumprimento de qualquer disposição legal ou regulamentar serão prestadas em formato digital, mediante o envio de mensagem para o número de telemóvel ou para o e-mail indicado pelo tomador do seguro, ou, ainda, através da área de acesso reservado no site (**www.aegon-santander.pt**) ou na app do segurador.

Em caso de pluralidade de pessoas seguras, as comunicações do segurador serão efetuadas em nome do primeiro titular, tendo em conta as informações de contacto disponibilizados por este.

Sem prejuízo das formas de comunicação previstas nas condições gerais para situações específicas, o segurador poderá, ainda, utilizar outros meios de comunicação, como telefone, mensagem eletrónica, correio postal ou prestadores de serviços similares.

O disposto nos parágrafos anteriores não impede o segurador de efetuar as comunicações através de correio postal para a morada fiscal, ou outra, disponibilizada pelo tomador do seguro ou pela pessoa segura.

O segurador não é responsável por atrasos, deficiências, desvio de correspondência, interrupções ou outras anomalias resultantes da utilização de correio ou outros meios de comunicação, nem pela entrega de informações ou elementos por ele endereçados ao tomador do seguro, à pessoa segura ou a terceiros em local ou a pessoa diferente do destinatário, salvo se tais anomalias lhe forem comprovadamente imputáveis.

Sem prejuízo do disposto nos números anteriores, o tomador do seguro poderá sempre solicitar o envio de qualquer comunicação ou informação por correio postal ou a respetiva disponibilização em suporte papel.

Reclamações

As reclamações do tomador do seguro, das pessoas seguras, dos beneficiários ou de terceiros lesados devem ser apresentadas ao regulador ou diretamente ao segurador, por escrito ou por qualquer meio de comunicação, através de correio eletrónico para o endereço **qualidade-aegonsantander@aegonsantander.pt** ou por correio dirigido à Direção de Customer Care e Compliance da Aegon Santander Portugal Não Vida Seguros, S.A., para a morada Avenida José Malhoa, 22 – 1070-159 Lisboa. As reclamações devem conter informações relevantes para a respetiva gestão, incluindo, pelo menos, os elementos que se encontram especificados em <https://www.aegon-santander.pt/gestao-de-reclamacoes/>.

A Direção de Customer Care e Compliance da Aegon Santander Portugal Não Vida compromete-se a acusar a receção das reclamações dirigidas à seguradora no prazo de 5 dias, e a responder às mesmas num prazo máximo de 20 dias úteis, desde a data da sua receção ou dos elementos necessários para a sua análise. O processo de resposta a qualquer reclamação não impede nem prejudica o recurso aos tribunais, nem a intervenção da entidade reguladora, a Autoridade de Supervisão de seguros e Fundos de Pensões, nem a intervenção do Provedor do Cliente.

A intervenção do Provedor do Cliente justifica-se quando existam reclamações previamente apresentadas ao segurador às quais não tenha sido dada resposta no prazo máximo de 20 dias (o prazo a considerar é de 30 dias nos casos que revistam especial complexidade) ou que, tendo-o sido, o reclamante discorde do sentido da mesma. Os contactos do Provedor do Cliente estão disponíveis em <https://www.aegon-santander.pt/gestao-de-reclamacoes/>.

O reclamante pode ainda apresentar reclamação junto da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões, desde que tal reclamação tenha sido previamente apresentada ao segurador e não tenha sido resolvida no prazo máximo de 20 dias úteis contados a partir da data da respetiva receção ou quando, tendo sido dada uma resposta, o reclamante discorde do sentido da mesma. Poderá encontrar mais informação em <https://www.aegon-santander.pt/gestao-de-reclamacoes/>.

Legislação aplicável, arbitragem, enquadramento fiscal e relatório de solvência

Lugar do cumprimento da obrigação	As partes acordam expressamente que as obrigações previstas ao abrigo do presente contrato deverão ser cumpridas em Portugal, mais concretamente na sede do segurador.
Lei aplicável	A lei aplicável a este contrato é a lei portuguesa.
Foro competente	O foro competente para dirimir os litígios emergentes deste contrato é o fixado na lei civil.
Resolução alternativa de litígios	Em caso de litígio referente à presente apólice, o tomador do seguro, na qualidade de consumidor, nos termos da Lei 144/2015, de 8 de setembro, poderá recorrer à resolução alternativa de litígios de consumo junto das instâncias reconhecidas. A informação geral sobre as entidades de arbitragem portuguesas está disponível para consulta em https://www.aegon-santander.pt/informacoes-relevantes-para-o-cliente/ .

	A adesão do segurador à arbitragem fica vinculada às previsões legais existentes no que respeita à adesão obrigatória, sendo casuística nos restantes casos.
Cláusula de regime fiscal	A este contrato aplica-se o regime fiscal previsto na lei em cada altura, não recaindo sobre o segurador quaisquer ónus, encargos ou responsabilidades em consequência de alteração legislativa.
Relatório sobre solvência e situação financeira	Este relatório encontra-se disponível para consulta pelo tomador do seguro, no site da Aegon Santander Portugal, em http://www.aegon-santander.pt/relatorios/ .

Dados pessoais

- 1 Os dados pessoais do tomador do seguro, da pessoa segura e dos beneficiários são tratados pelo segurador Aegon Santander Portugal Não Vida, o qual, enquanto entidade responsável pelo presente tratamento de dados, poderá recolher, armazenar, interconectar e, genericamente, tratar informaticamente ou não os dados pessoais (incluindo os dados de saúde) fornecidos, bem como outros que o segurador obtenha legalmente, para os fins identificados na proposta de seguro.
- 2 Os dados pessoais poderão ser tratados pelo segurador, consoante o tipo de contrato e/ou titulares, para as seguintes finalidades:
 - i contratualização e gestão do contrato, ainda no âmbito das relações pré-contratuais ou posteriormente, aqui incluindo operações de cobranças de prémios, gestão de renovações, comunicações referentes a serviços inerentes ao seguro contratado e gestão de sinistros. Estas finalidades têm por fundamento de licitude a execução do contrato e diligências pré-contratuais, bem como o consentimento dos titulares quando esteja em causa o tratamento de dados de saúde;
 - iii controlo de qualidade (através de inquéritos de satisfação) e operações de *marketing* relativamente a serviços, ofertas promocionais e produtos comercializados pela Aegon Santander Portugal (consistindo este um interesse legítimo do segurador, por forma a aferir o nível de qualidade dos serviços e a apresentar aos titulares novos produtos e propostas que os possam beneficiar);
 - iv cumprimento de obrigações legais.
- 3 O segurador poderá efetuar tratamentos automatizados para efeitos de avaliação de risco, inerente ao estabelecimento e manutenção de relações comerciais entre o tomador de seguro e/ou a(s) pessoa(s) segura(s) e o segurador ou quaisquer outras sociedades com quem este venha a celebrar contratos de resseguro. As decisões individuais com base exclusiva em tratamentos automatizados respeitam o previsto no artigo 22.º, n.ºs 2 e 3 do Regulamento Geral de Proteção de Dados. Para efeitos de gestão do contrato e controlo de qualidade, e mediante consentimento prévio dos titulares, poderá o segurador proceder à gravação de chamadas telefónicas, nos termos e com os limites previstos na lei e regulamentação aplicável
- 4 Os dados pessoais tratados poderão ser comunicados a outras sociedades com quem o segurador tenha subcontratado serviços, a entidades com quem venha a celebrar contratos de resseguro, ou ainda outras sociedades que com o segurador estejam diretas ou indiretamente em relação de domínio ou grupo, unicamente para fins estritamente ligados ao presente contrato. Os dados pessoais poderão

ainda ser comunicados a entidades terceiras (nomeadamente entidades administrativas, judiciais e de supervisão) para cumprimento de obrigações legais. Nos casos em que haja uma comunicação para países terceiros, o segurador garantirá um nível de proteção adequado dos seus dados, através de instrumento contratual de acordo com clausulado adotado pela Comissão Europeia.

- 5 Nos termos da lei em vigor, o titular dos dados tratados tem o direito de, a todo o tempo, solicitar e obter, por si ou representante legalmente constituído, o acesso à totalidade da informação registada, bem como a solicitar a sua atualização, limitação, eliminação ou oposição à finalidade de marketing ou controlo de qualidade, devendo para o efeito remeter comunicação escrita através do e-mail **aegonsantander@aegonsantander.pt**. Poderá ainda, através da mesma forma, retirar eventuais consentimentos dados ao segurador (na medida em que não prejudique a execução do contrato) e exercer o direito de portabilidade dos seus dados (para si ou entidade expressamente identificada), no que respeita aos dados automatizados por si fornecidos e que lhe digam respeito, e desde que não prejudique direitos e liberdades de terceiros. O exercício do direito de eliminação ou limitação de dados para as finalidades de contratualização e gestão do contrato e de gestão de sinistros, durante a vigência do contrato de seguro, que impeçam a sua regular gestão, importará o seu termo.
- 6 Os dados pessoais recolhidos serão conservados após o termo de cada contrato de seguro, até ao termo do respetivo prazo legal de prescrição ou, se superior, ao termo de processo de reclamação ou de gestão de sinistro, com exceção dos dados que, por imposição legal, devam ser conservados por período superior.
- 7 A Aegon Santander Portugal Não Vida, enquanto responsável pelo tratamento dos dados, poderá ser contactada através do e-mail **aegonstantander@aegonsantander.pt** e/ou através do seu Encarregado de Proteção de dados, através do e-mail **dpo@aegonsantander.pt**. Pode ainda dirigir reclamações junto da Autoridade de Controlo legalmente estabelecida.
- 8 Os dados fornecidos deverão ser completos e exatos, sendo certo que a sua falta ou inexatidão obstam à concretização e manutenção do contrato de seguro.
- 9 Consulte mais informações acerca do Tratamento de Dados pessoais através da Política de Privacidade disponível em **<https://www.aegon-santander.pt/politicas/>**.

IDENTIFICAÇÃO DE AGENTE DE SEGUROS

BANCO SANTANDER TOTTA, S.A. | SEDE SOCIAL: RUA ÁUREA, N.º 88, 1100-063 LISBOA
*** CAPITAL SOCIAL: 1.391.779.674 € * C.R.C. DE LISBOA COM O NIPC 500 844 321**

Agente de Seguros n.º 419 501 250 – Data de Registo: 21/01/2019

Autorização para distribuição de seguros para os Ramos Vida e Não Vida. Informações e outros detalhes do registo disponíveis em www.asf.com.pt.

O Agente de Seguros distribui seguros do Ramo Vida das Empresas de Seguros Santander Totta Seguros – Companhia de Seguros de Vida, S.A. e Aegon Santander Portugal Vida – Companhia de Seguros de Vida, S.A., e do Ramo Não Vida das Empresas de Seguros Aegon Santander Portugal Não Vida – Companhia de Seguros S.A., Ageas Portugal, Companhia de Seguros, S.A. e MAPFRE Santander Portugal – Companhia de Seguros, S.A.

O Agente de Seguros não detém qualquer participação, direta ou indireta, nos direitos de voto ou no capital das Empresas de Seguros acima referidas.

O Banco Santander Totta, S.A. e a Santander Totta Seguros – Companhia de Seguros de Vida, S.A. integram o Grupo Santander, sendo ambas detidas através de participações qualificadas, direta ou indiretamente, pelo Banco Santander, S.A.

A Santander Totta Seguros – Companhia de Seguros de Vida, S.A., por sua vez, é detentora de 49% do capital social das Aegon Santander Portugal Vida – Companhia de Seguros de Vida, S.A., e da Aegon Santander Portugal Não Vida – Companhia de Seguros S.A., assim como de 49,99% da MAPFRE Santander Portugal – Companhia de Seguros, S.A.

Na qualidade de Agente de Seguros, o Banco Santander Totta, S.A. atua em nome e por conta da(s) Empresa(s) de Seguros. No entanto, não se encontra autorizado a receber prémios para serem entregues à(s) Empresa(s) de Seguros, pelo que qualquer pagamento a este título por parte do Tomador, referente a contratos de seguro distribuídos pelo Banco Santander Totta, S.A., deverá ser realizado através de transferência bancária e/ou depósito na conta aberta da(s) respetiva(s) Empresa(s) de Seguros, sediada na instituição de crédito Banco Santander Totta, S. A.

O Banco Santander Totta S.A. não celebra contratos, praticando, na qualidade de Agente de Seguros, apenas os atos preparatórios de tal celebração, pelo que a formalização dos contratos apenas se concretiza após intervenção da(s) Empresa(s) de Seguros.

A intervenção do Agente de Seguros envolve a prestação de assistência ao longo do período de vigência do contrato de seguro.

O Banco Santander Totta, S.A., na qualidade de Agente de Seguros, recebe da(s) Empresa(s) de Seguros ou de corretores de seguros, em relação aos contratos de seguro que distribui e a título de comissão, parte do prémio de seguro e, eventualmente em alguns casos, outras vantagens económicas concedidas em conexão com o contrato de seguro. Este pagamento não tem impacto no valor dos prémios cobrados pela(s) Empresa(s) de Seguros aos Clientes.

Assiste ao Cliente o direito de solicitar informação sobre a remuneração que o Banco Santander Totta, S. A. receberá pelo serviço de distribuição prestado e, em conformidade, receber, a seu pedido, tal informação.

Assiste ainda ao Cliente o direito de apresentar reclamações contra o Agente junto da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões. O Cliente poderá ainda apresentar reclamações ao Banco Santander Totta, S.A., junto de qualquer balcão, ou através dos seguintes meios: SuperLinha (+351 217 807 364, de Portugal ou do estrangeiro), do NetBanco ou da App Santander, por e-mail para netbancoparticulares@santander.pt ou netbancoempresas@santander.pt, consoante o caso, ou por carta para a Rua da Mesquita, n.º 6, 1070-238 Lisboa, conforme informação a cada momento disponível em www.santander.pt/contactos. Pode ainda apresentar reclamações através da Atenção ao Cliente por e-mail para atencaoaocliente@santander.pt, no Livro de Reclamações disponível em qualquer balcão do Banco Santander Totta, S.A. ou em www.livroreclamacoes.pt. Sem prejuízo do recurso aos tribunais judiciais, o Cliente goza do direito de recorrer a procedimentos extrajudiciais de resolução de conflitos, através do recurso aos Centros de Arbitragem a que o Agente de Seguros aderiu, conforme informação disponível em “Resolução Alternativa de Conflitos do Consumo” em www.santander.pt.

Informa-se que, aquando da apresentação do seguro de proteção, são prestados esclarecimentos de modo pormenorizado e de acordo com critérios profissionais do Agente de Seguros. Nos produtos de investimento com base em seguros o Agente de Seguros presta aconselhamento imparcial e pessoal no âmbito da Consultoria para Investimento. Neste domínio, serão enviados aos Clientes, anualmente, os Relatórios de Custos, Encargos e Incentivos, identificando todos os custos e encargos incorridos pelo Cliente com esses produtos de investimento com base em seguros e os incentivos aplicados, assim como o Relatório de Avaliação da Adequação, o qual avalia se os produtos de investimento contratados ao abrigo da Consultoria para Investimento continuam a corresponder às preferências, aos objetivos e outras características individuais do Cliente, atendendo nomeadamente às possíveis alterações ocorridas nas características dos produtos, e/ou nas oscilações do património do Cliente.