



FEDERAÇÃO PORTUGUESA DE VOLEIBOL

Av^a de França, 549 – 4050-279 PORTO

Tel: 22 834 95 70 Fax: 22 832 54 94

CIRCULAR Nº 01 – 2013/2014

Para conhecimento das Associações, Clubes seus filiados, Rádio, Televisão, Imprensa e demais interessados a Direcção da Federação Portuguesa de Voleibol, informa:

1 – SEGURO DESPORTIVO – ÉPOCA 2013/2014

COMPANHIA DE SEGUROS – AÇORIANA – De 01.09.2013 a 31.08.2014

Apólice n: 14.65968

Atenção:

Novos Procedimentos em caso de sinistro

Em caso de sinistro deve para proceder da seguinte forma *:

1º - ligar o número de apoio (24 horas) – 21044 37 69

2º - proceder conforme o Manual de Procedimentos. (ver anexo)

3º - após participação telefónica, e de acordo com os procedimentos descritos no Manual de Procedimentos, o Clube deverá remeter a participação de acidente acompanhada da respectiva franquia para RNA – REDE NACIONAL DE ASSISTÊNCIA, preferencialmente por e-mail

4º - os originais da participação deverão ser enviados dentro do prazo estabelecido no Manual de Procedimentos

5º - **Franquias**

É da responsabilidade do Sinistrado efectuar o pagamento da Franquia de **€ 75,00** (setenta e cinco euros) aquando do envio da participação de acidente para a RNA – Rede Nacional de Assistência:

- se a participação de acidente for enviada por correio, cheque passado à ordem de: RNA-Rede Nacional Assistência S.A.

- se a participação de acidente for enviada por fax ou e-mail, juntar comprovativo da transferência bancária com a indicação no descritivo do Nº Sinistro indicado aquando da comunicação telefónica do sinistro, (NIB 0033.0000.45382218629.05).

*Chamamos a atenção para a leitura atenta do Manual de Procedimentos (em anexo).

Contactos:

- **Telefone 24 horas** : 21044 37 69

- **RNA** – Rede Nacional de Assistência S.A.

Avenida Eng. Duarte Pacheco, Torre 1 – Piso 12º - Sala 1

1070-101 LISBOA

E-mail: danos.corporais@rna.com.pt

Fax: 210 443 688

Contribuinte: 509 113 010

- **Mediador** – ATLAS SEGUROS

Att: Sr. Paulo Martins

Rua Santa Catarina, nº 706, 3º/4º

4000-446 Porto

Telf: 22 2007500

Fax: 222082387

O Seguro Desportivo é obrigatório para todos os agentes desportivos inscritos em Federações dotadas de utilidade Pública Desportiva, nomeadamente:

- a) Praticantes desportivos;
- b) Árbitros, Juizes
- c) Treinadores, Monitores e Animadores;
- d) Dirigentes Desportivos

As Taxas de Seguro Desportivo para a época 2013|2014, são as seguintes:

Minis, Infantis e Iniciados -----	€ 2,50	- Suportado pelo Clube
	13,50	- Suportado pela F.P.V.
Juvenis -----	€ 16,00	
Juvenis (Cadetes) -----	€ 16,00	
Juniores -----	€ 25,00	
Seniores -----	€ 30,00	
Dirigentes, Delegados, Técnicos, Árbitros e Outros -----	€ 30,00	

Cobertura e Capitais

- Desportistas Amadores menores de 14 anos:

Invalidez Permanente -----	€ 30.000,00
Despesas de Tratamento e Repatriamento -----	€ 5.000,00
Despesas de Funeral -----	€ 2.000,00

- Desportistas Amadores maiores de 14 anos e Agentes Desportivos:

Morte ou Invalidez Permanente -----	€ 30.000,00
Despesas de Tratamento e Repatriamento -----	€ 5.000,00
Despesas de Funeral -----	€ 3.000,00

Sub limite de 300,00 Euros para o todo o tipo de despesas relacionadas com tratamento estomatológicos.

Nota: Mais informamos que, os documentos acima referidos (participação de acidente e Manual de Procedimentos), bem como as Condições Gerais, também estarão disponíveis brevemente, para consulta, no nosso site www.fpvoleibol.pt > [Seguro Desportivo](#).

Porto e Secretaria da Federação Portuguesa de Voleibol, 23 de Agosto de 2013

A DIRECÇÃO

OUTROS DADOS

Tem outras apólices de acidentes pessoais? ☐ NÃO ☐ SIM

Se sim, indicar em que seguradora: _____

Participou o acidente noutra apólice? ☐ NÃO ☐ SIM

Se sim, informar: Ramo _____ Nº Apólice _____ Seguradora _____

OBSERVAÇÕES

VALIDAÇÃO/ ASSINATURAS

Clube (ou Representante Legal)

Nome e Assinatura ou Carimbo

Sinistrado

Declaro serem verdadeiras as informações prestadas

Assinatura

Data

Data

Esta participação deve ser enviada, preferencialmente por mail para :

RNA - REDE NACIONAL DE ASSISTÊNCIA,

E-mail: danos.corporais@rna.com.pt

Telefone: 210 443 769 (24 Horas) | Fax : 210 443 688

Avenida Eng. Duarte Pacheco, Torre 1 – Piso 12º - Sala 1 - 1070-101 Lisboa

Contribuinte: 509 113 010

O pagamento desta franquia terá que ser efectuado quando do envio da participação de acidente da seguinte forma:

- Se a participação de acidente for enviada por fax ou e-mail, deverá juntar-se comprovativo de Transferência Bancária no valor de 75,00 para o NIB: 0033.0000.45382218629.05, com a indicação nos descritivo do nº sinistro indicado quando da participação telefónica.
- Se a participação de acidente for enviada por correio, deverá juntar-se cheque no valor de 75,00€, ao cuidado de RNA - Rede nacional de Assistência S.A..

Nome																															
Morada																															
Localidade											C. Postal			-		Telefone						Fax									
E-mail																										Telemóvel					
Nº da Cédula da Ordem dos Médicos																															

Data da 1ª Observação ao Sinistrado DDMMAA

Causa dos ferimentos e lesões apresentadas (indicar detalhadamente as regiões atingidas)

Diagnóstico das lesões que o sinistrado apresenta

No caso de entorses é obrigatório indicar o grau

Por fisioterapia, quantas sessões são previstas e quais os tratamentos a aplicar em cada uma delas. (Obrigatório)

(1ª Prescrição apenas até 10 sessões - Descrever quais os tratamentos a aplicar em cada sessão)

<p>Cirurgia: (O médico deverá fazer o relatório complementar, pormenorizado, do tipo de cirurgia aconselhada, para ser submetido a parecer prévio e autorização dos Serviços Clínicos da Companhia</p>

Outra/Observações:

O Sinistrado fica:	Nº de dias	Parecer do médico
<input type="checkbox"/> Internado no Hospital	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Em tratamento domiciliário	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Em tratamento ambulatorio	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Sem incapacidade	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Sem incapacidade, em Tratamento Ambulatorio das <input type="text"/> H às <input type="text"/> H	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Com incapacidade Temporária Parcial de <input type="text"/> %	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Com incapacidade Temporária Absoluta <input type="text"/> %	<input type="text"/>	<input type="text"/>

É previsível que das lesões traumáticas resulte qualquer grau de desvalorização face à Tabela de Desvalorizações, para a Invalidez Permanente inscrita nas Condições Gerais da Apólice de Acidentes Pessoais? ☐ NÃO ☐ SIM

Se assinalou Sim, qual o grau e o seu enquadramento? _____

Próxima Consulta

Data

Hora

(Preenchimento Obrigatório)

Colar aqui a vinheta identificativa do médico.

Obrigatório

(Assinatura do médico)

TODA A DOCUMENTAÇÃO DEVERÁ ENVIADA, NO MÁXIMO ATÉ 8 DIAS APÓS O SINISTRO, PELO E-MAIL DANOS.CORPORAIS@RNA.COM.PT (PREFERENCIAL). EM ALTERNATIVA PODERÁ SER ENVIADA POR FAX, 210 443 688, OU, POR CORREIO, PARA: RNA - REDE NACIONAL DE ASSISTÊNCIA S.A., AV. ENG. DUARTE PACHECO, TORRE 1 - PISO 12º - SALA 1, 1070-101 LISBOA.

Manual de Procedimentos e Serviços Médicos Convencionados

Federação Portuguesa de Voleibol

SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS DE AGENTES DESPORTIVOS NÃO PROFISSIONAIS APÓLICE 14/65968 – COMPANHIA DE SEGUROS AÇOREANA

1. Definições (de acordo com as Condições Gerais, Especiais e Particulares do contrato)

a) De acordo com as Condições Gerais da Apólice, ficam cobertos todos os Jogadores e demais Agentes Desportivos de Voleibol (Treinadores, Juizes, Dirigentes e Outros), Não Profissionais, de ambos os sexos, a partir da data de aceitação e deferimento da sua inscrição ou revalidação pela FPV ou pelas Associações e desde que subscrevam a presente apólice.

Os agentes desportivos, enquanto ao serviço das selecções nacionais, são, também e para todos os efeitos, considerados Pessoas Seguras.

Os Riscos e Capitais Seguros para as Pessoas Seguras acima indicadas são os seguintes:

Menores de 14 anos:

- ⇒ Invalidez Permanente: € 30.000,00
- ⇒ Despesas de Tratamento e Repatriamento: € 5.000,00
- ⇒ Despesas de Funeral: € 2.000,00

Maiores de 14 anos e Outros Agentes Desportivos

- ⇒ Morte ou Invalidez Permanente: € 30.000,00
- ⇒ Despesas de Tratamento e Repatriamento: € 5.000,00
- ⇒ Despesas de Funeral: € 3.000,00

Sub-limite de € 300,00 para todo o tipo de despesas relacionadas com tratamentos estomatológicos.

O risco de Morte é extensivo à denominada Morte Súbita, entendendo-se como tal a morte quando ocorrida durante prática desportiva, mesmo que não provocada directamente e por acidente desde que não resulte de doença ou situação clínica previamente diagnosticada.

b) Ficam, assim garantidos os acidentes que resultem:

Da prática de voleibol, em competição, treino, estágio, preparação ou outros eventos, em representação ou sob o patrocínio da Federação, Associações, Clubes ou Entidades Oficiais.

De deslocações em qualquer meio de transporte, excluindo veículos de 2 ou 3 rodas motorizados ou não, de e para os locais onde tenham lugar as referidas actividades, desde que efectuadas em grupo em veículo da própria Federação, Associação, Clube ou entidade oficial ou a esta cedido ou alugado para o efeito ou ainda em veículo dos agentes desportivos ou seus familiares.

c) Ao subscreverem este contrato as pessoas seguras identificadas consentem o

tratamento de dados pessoais e outros, de acordo com o previsto na Lei n.º 67/98, de 26 de Outubro – Lei da Protecção de Dados.

d) Entende-se por acidente o acontecimento fortuito, súbito e violento, devido a causa exterior e alheia à vontade da Pessoa Segura, aquando da participação nas actividades acima descritas.

2. Operacionalidade

a) Verificando-se qualquer evento que active as garantias do Contrato, a Pessoa Segura obriga-se:

A respeitar o procedimento em caso de sinistro constante nas Condições Gerais e Especiais da presente apólice, bem como o estipulado neste Manual e no Circuito da Participação e Gestão de Sinistros (em anexo);

Autorizar o seu médico a fornecer as informações solicitadas pela RNA / AÇOREANA e submeter-se aos exames efectuados nos Serviços Médicos por esta Convencionados com vista à definição ou confirmação da invalidez, ou das consequências do acidente, bem como a comparecer nas consultas e exames previamente marcados e notificados, sob pena da cessação da responsabilidade da Entidade Gestora;

Enviar a documentação original e os documentos justificativos das despesas efectuadas para a RNA **no prazo de 8(oito) dias**, para efeitos de reembolso nos casos previstos no ponto 4 deste Manual;

Cumprir todas as prescrições médicas;

Enviar à RNA quaisquer outros documentos elucidativos do acidente e das suas consequências sempre que considerados necessários.

b) A Pessoa Segura (**ou o seu Clube, Associação ou Federação**) deverá apresentar à RNA - REDE NACIONAL DE ASSISTÊNCIA, sempre que esta o solicitar, o Atestado Médico comprovativo da sua capacidade Física para a prática de desporto, juntamente com os exames médicos efectuados para o efeito.

c) O não cumprimento dos deveres consagrados no contrato por parte da Pessoa Segura, do Clube, Associação ou Federação, concede à RNA o direito cessar de imediato a assistência.

3. Procedimentos em caso de Sinistro

a) Os circuitos e procedimentos em caso de Sinistro encontram-se descritos no Anexo – Circuito da Participação e Gestão dos Sinistros.

b) Após a participação telefónica, e de acordo com os procedimentos descritos no Anexo (Circuito da participação e gestão dos sinistros), a Federação, Associação ou Clube, deverá remeter a participação de acidente para a RNA - REDE NACIONAL DE ASSISTÊNCIA, preferencialmente por e-mail:

E-mail: danos.corporais@rna.com.pt

Telefone: 210 443 769 (24 Horas)

Fax : 210 443 688

RNA - Rede nacional de Assistência S.A.

Avenida Eng. Duarte Pacheco, Torre 1 – Piso 12º - Sala 1

1070-101 Lisboa

Contribuinte: 509 113 010

c) Se o sinistrado não consta em Base de Dados ou a participação for efectuada fora das 96 horas previstas procede-se de acordo com o estipulado no ponto 1.4.3.2. e 1.4.4. do Anexo.

d) É da responsabilidade da Pessoa Segura efectuar o pagamento de uma franquia por Sinistro no valor de **75,00 €** (setenta e cinco euros). O pagamento desta franquia terá que ser efectuado aquando do envio da participação de acidente para a RNA – REDE NACIONAL DE ASSISTÊNCIA conforme previsto em b), e poderá ser da seguinte forma:

- Se a participação de acidente for enviada por correio, deverá juntar-se cheque no valor de 75,00€, ao cuidado de RNA - Rede nacional de Assistência S.A..

- Se a participação de acidente for enviada por fax ou e-mail, deverá juntar-se comprovativo de Transferência Bancária no valor de 75,00 para o NIB 0033.0000.45382218629.05, com a indicação nos descritivo da transferência bancária do nº de sinistro indicado quando da comunicação telefónica do sinistro

e) Qualquer acto médico, agendado com os prestadores da rede convencionada é acompanhado de um Termo de Responsabilidade enviado pela RNA - REDE NACIONAL DE ASSISTÊNCIA para o respectivo prestador clínico.

f) Os exames complementares de diagnóstico, propostas cirúrgicas e tratamentos, estão sujeitos a autorização prévia do corpo clínico da RNA - REDE NACIONAL DE ASSISTÊNCIA.

g) Após recepção de informação médica completa, cabe à RNA - REDE NACIONAL DE ASSISTÊNCIA emitir um parecer em **48 (quarenta e oito) horas**.

h) Em situações de urgência:

Após ocorrência de acidente de comprovada urgência médica, deverá o sinistrado ser imediatamente encaminhado para a urgência do hospital mais próximo, indicando no respectivo registo de entrada que se trata de um acidente desportivo coberto pela apólice nº **14.65968** da Companhia de Seguros Açoreana, cujo número o identificará nos serviços hospitalares.

Deverá o sinistrado solicitar os relatórios e exames médicos que tenha realizado, para posterior envio à RNA - REDE NACIONAL DE ASSISTÊNCIA.

Ultrapassada a situação de urgência deverá o sinistrado efectuar a participação de sinistro, de acordo com os procedimentos estabelecidos em Anexo, remetendo também os documentos aí identificados, acompanhados do cheque ou transferência bancária do valor da franquia (**75,00 €**).

Cirurgia em situação de urgência:

Nos casos em que, por consequência de sinistro coberto pela apólice, a Pessoa

Segura sofrer lesão grave que necessite de intervenção cirúrgica de urgência, fora da rede convencionada, será sempre obrigatório a apresentação dos exames radiológicos pré e pós-operatórios assim como de um relatório médico fundamentado para avaliação e enquadramento do sinistro face às Condições da apólice.

4. Pedidos de Reembolso

- a) O recurso a prestadores de serviços médicos não convencionados, só será admitido em casos de força maior ou impossibilidade material demonstrada, e desde que a Pessoa Segura apresente documentos justificativos e comprovativos do mesmo;
- b) Se existir interesse em o sinistrado recorrer à rede não convencionada, tal só será possível com o acordo da RNA - REDE NACIONAL DE ASSISTÊNCIA, sendo que nestes casos os actos médicos praticados só serão comparticipados na medida dos custos que os mesmos actos médicos teriam dentro da rede - previamente informados pela RNA ao sinistrado ou ao seu Clube, Associação ou Federação - e a comparticipação será efectuada em sistema de reembolso através da apresentação do original do recibo;
- c) Para as situações enquadradas na alínea anterior, as despesas relativas a meios auxiliares de diagnóstico, fisioterapia, tratamentos, medicamentos e consumíveis, só serão aceites quando acompanhados pelo original da prescrição do médico cuja especialidade, devidamente reconhecida pela ordem dos médicos, deverá ser expressa e autenticada com a vinheta do médico;
- d) Só serão reembolsadas as despesas médicas e de material ortopédico de suporte à recuperação (canadianas, cadeiras de rodas, etc.) que tenham sido prescritos pelo médico da especialidade e cuja compra tenha sido previamente autorizada pela RNA - REDE NACIONAL DE ASSISTÊNCIA;
- e) Os recibos originais das despesas médicas terão que ser enviados para a RNA - REDE NACIONAL DE ASSISTÊNCIA, por correio para a seguinte morada, com identificação do número da apólice e do nome do sinistrado:

RNA – Rede Nacional de Assistência S.A.

Avenida Eng. Duarte Pacheco, Torre 1 – Piso 12º - Sala 1

1070-101 Lisboa

- f) Independentemente do descrito nas alíneas supra, caso a Federação, Associação ou Clube solicite, por qualquer meio escrito, uma intervenção de qualquer natureza sem que exista resposta no prazo de **5 (cinco) dias úteis**, estes terão direito a recorrer a serviços fora da rede convencionada, sendo que havendo lugar a reembolso, essas despesas médicas serão comparticipadas na medida dos custos que os mesmos actos médicos teriam dentro da rede convencionada;
- g) Ficam ainda excluídas as despesas médicas, quando as mesmas forem prestadas pelos serviços ou postos médicos dos Clubes.

5. Sinistralidade

Os sinistrados cujas despesas de tratamento e repatriamento, efectuadas ou a

efectuar, atinjam 95% ou mais, do valor máximo seguro serão informados de tal situação, a fim de emitirem termo de responsabilidade declarando que serão responsáveis pelos montantes já despendidos ou a despende que excederem o capital seguro, bem como pela continuidade do tratamento fora ou dentro da rede convencionada e a suas despesas.

Esta informação será disponibilizada simultaneamente para o clube e para a F.P. Voleibol.

6. Exclusões

Não serão objecto de assistência médica ou outra, todos os casos que enquadrem as exclusões previstas nas Condições Gerais, Especiais e Particulares da Apólice que se anexa a este manual e que dele fazem parte integrante do contrato.

7. Outros

Os transportes de e para a rede de prestadores de serviço convencionados, se necessários e clinicamente justificados e prescritos pelo médico, são (salvo impossibilidade) fornecidos e suportados pela Assistência, afectando a cobertura de Despesas de Tratamento, devendo ser atribuído o meio de transporte mais adequado ao tipo de lesão.

Não serão liquidadas despesas com veículos particulares ou táxis senão quando devidamente autorizadas pela RNA - REDE NACIONAL DE ASSISTÊNCIA.

Este Manual de Procedimentos fica subordinado às Condições Gerais e Especiais da Apólice, que fazem parte integrante da apólice que garante a Assistência em caso de sinistro coberto.

ANEXO

CIRCUITO DA PARTICIPAÇÃO E GESTÃO DOS SINISTROS

I - PARTICIPAÇÃO DE ACIDENTE

1. Validação

- 1.1. A participação deverá ser efectuada até 72 horas a seguir ao acidente, prorrogáveis até 96 horas (em situações excepcionais devidamente justificadas) através da linha telefónica de serviço permanente (24 horas) (210 443 769), indicando os dados pessoais do sinistrado, categoria desportiva (atleta ou outro agente desportivo) e a respectiva licença federativa, clube e descrição da ocorrência, a fim de garantir a sua elegibilidade.
- 1.2. Exceptuam-se do número anterior os casos em que a gravidade ou urgência da lesão obriguem a que o sinistrado seja transportado para hospital público, devendo o contacto ser efectuado logo que a situação o permita.
- 1.3. O sinistrado apenas poderá recorrer à Rede Convencionada após a sua validação por parte da RNA, o que é feito pelo contacto telefónico referido no ponto 1.
- 1.4. A RNA, aquando da recepção da chamada telefónica a participar o sinistro, procede a:
 - 1.4.1. Abertura do sinistro no sistema e informação do respectivo nº do processo que deverá constar no descritivo da transferência bancária.
 - 1.4.2. Registo das circunstâncias em que ocorreu o sinistro
 - 1.4.3. Confirma a elegibilidade da Pessoa Segura na base de dados interna da RNA
 - 1.4.3.1 Se elegível, propõe a assistência médica dentro da rede convencionada, questionando sobre necessidade de assistência imediata.
 - (a) Se sim, encaminha para o prestador mediante o contacto prévio junto deste. (NOTA: caso seja evidente que, pelo tipo e gravidade da lesão, não existe na zona um prestador convencionado que reúna as condições para uma assistência adequada, deverá o Sinistrado ser encaminhado para o Hospital Público mais próximo).
 - (b) Se não, informa que os nossos serviços entrarão em contacto. O gestor deverá então agendar a data da consulta com o prestador, com o acordo e conveniência do sinistrado.
 - (c) Em qualquer das situações anteriores, questionar o Sinistrado se já é portador da Participação.
 1. Se sim, avisa que tem de proceder ao pagamento da franquia no valor de 75€, por qualquer forma de pagamento;
 2. Se não, o Sinistrado tem direito à 1ª assistência, mas é avisado que tem

de proceder ao pagamento da franquia, tem de assinar Declaração junto do prestador em como comunicou telefonicamente o sinistro para a linha de assistência e terá de diligenciar junto do Clube, Associação ou Federação para que envie a documentação no prazo de 48 horas, sem o que não poderá ser garantida a continuidade de assistência.

1.4.3.2 Se não elegível, o Sinistrado deve ser informado que não pode ser assistido na rede convencionada até que se esclareça a situação e o gestor deve proceder:

1. À abertura do processo e registo da informação;
2. Ao pedido de confirmação à Federação Portuguesa de Voleibol, através do e-mail fpvoleibol@fpvoleibol.pt
3. Se a FPV confirmar a inscrição do agente desportivo segue o circuito normal;
4. Caso contrário, procede-se à comunicação da informação ao Clube, Associação ou Federação por telefone e ao envio de carta registada, com indicação de fecho do processo sinistro.

1.4.4. Se a participação de sinistro foi efectuada fora das 96 (noventa e seis hora) previstas, procede-se:

1. À abertura do processo e registo da informação;
2. À comunicação da informação ao Clube, Associação ou Federação, por telefone;
3. Ao envio de carta registada, com indicação de fecho do processo sinistro.

2. Recepção da Participação

2.1. O gestor verifica se o impresso de Participação está correcta e totalmente preenchido e se estão cumpridos os seguintes requisitos:

- (a) Carimbo e assinatura do Clube, Associação ou Federação
- (b) A descrição do sinistro deve estar pormenorizada
- (c) Os campos destinados à informação médica no Boletim de Exame, apenas podem estar preenchidos se tiver havido assistência médica de urgência

2.2. No caso de o sinistrado ou Clube, Associação ou Federação não terem possibilidade de enviar a Participação e restante documentação no prazo estipulado, e não existam dúvidas quanto à elegibilidade, informa o sinistrado que deverá entregar toda a documentação ao prestador da rede, conforme 1.4.3.1. (c).

- 2.3.** Após a consulta, o Prestador deverá remeter por fax ou e-mail para a RNA, no prazo máximo de 48 horas, a Participação e restantes documentos, com os campos relativos à informação médica (Boletim de Exame) devidamente preenchidos. O mesmo se aplica a qualquer acto médico subsequente.
- 2.4.** No caso de o Clube, Associação ou Federação ter enviado a Participação e não ter havido prévio contacto para a linha telefónica permanente (o que se desaconselha), o gestor confirma a elegibilidade e contacta o sinistrado ou o Clube, Associação ou Federação questionando sobre a necessidade de assistência médica. Se assim for, faz a marcação da primeira consulta.

II - GESTÃO DO SINISTRO

1. Aceitação do sinistro.

O sinistro só pode ser aceite caso se verifiquem as seguintes situações após observação médica:

- 1.1.** Existirem lesões corporais resultantes de acidente desportivo que possam ser clínica e objectivamente constatadas.
- 1.2.** Ter a supervisão e decisão dos Serviços Médicos da rede convencionada da RNA.

2. Recusa do sinistro.

Sempre que da informação médica da 1ª consulta resulte a conclusão de que não existe lesão ou se verifica qualquer das exclusões da apólice, a RNA declina o sinistro por carta enviada ao Sinistrado e Clube, Associação ou Federação.

As recusas devem ser comunicadas no prazo máximo de 48 horas após a recepção da informação clínica, a fim de se evitarem situações de potencial conflito com os Prestadores e com o Sinistrado. Esta comunicação deverá ser enviada com conhecimento à FPV, usando para tal o e-mail fpvoleibol@fpvoleibol.pt

3. Assistência Médica

- 3.1.** Contactar o sinistrado (preferencialmente) ou o Clube, Associação ou Federação, no prazo máximo de 24 horas após recepção da participação, informando-o do Prestador onde se deve dirigir.
- 3.2.** Com o sinistrado em linha, fazer a marcação da consulta e informar o Prestador do nº do processo.
- 3.3.** Questionar o sinistrado sobre os seguintes pontos:

- (a) Se houve lugar a prestação de primeiros socorros
- (b) Qual o Hospital
- (c) Se liquidou a factura e qual o montante
- (d) Solicitar o envio do recibo para reembolso

3.4. Acompanhamento do sinistrado

- 3.4.1. Deve ser criado um sistema de “agenda” para controlar a informação e acompanhamento médico até à data da alta.
- 3.4.2. As consultas, exames e tratamentos devem ser imediatamente reflectidos em termos de custos no processo.
- 3.4.3. Sempre que da informação clínica decorra suspeita de provável Invalidez Permanente, a RNA deve informar a Açoreana no prazo máximo de 48 horas após o conhecimento.

3.5. Pré-autorizações

- 3.5.1. As Ressonâncias Magnéticas, TACs, Cintigrafias ou outros exames de diagnóstico de custo semelhante, bem como a aquisição ou aluguer de Material ortopédico (canadianas, cadeiras de rodas, etc.) têm obrigatoriamente de ser autorizados pelo Departamento Médico da RNA no prazo máximo de 24 horas após o conhecimento.
- 3.5.2. Se não existir autorização, a factura deve ser devolvida com indicação de acto não autorizado.

3.6. Fisioterapia

- 3.6.1. Caso o prestador onde o sinistrado está a ser seguido não tenha esta especialidade, deverá avisar a RNA nas 24 horas seguintes à prescrição ou comunicação, para que este seja encaminhado para outro prestador da rede.
- 3.6.2. O número de sessões prescritas deve ser sempre previamente comunicado à RNA, sendo que o prolongamento do tratamento terá que ser sempre autorizado pelo Departamento Médico da RNA, no prazo de 24 horas.

3.7. Hospitalizações e Cirurgias

- 3.7.1. Toda e qualquer hospitalização e/ou cirurgia deverá ser efectuada exclusivamente na rede convencionada, excepto nos casos de manifesta urgência em hospital público.
- 3.7.2. Todas as cirurgias, excepto nos casos de manifesta urgência, deverão ser autorizadas pelo Departamento Médico da RNA, no prazo de 24 horas.

- 3.7.3. Em situações verdadeiramente excepcionais e devidamente justificados, a analisar e autorizar casuisticamente pelo Departamento Médico da RNA, poderão as cirurgias que não resultam de casos de urgência ser realizadas fora da rede.

3.8. Alta

3.8.1. Alta Clínica

3.8.1.1 Os Sinistrados só podem voltar à actividade desportiva após terem tido alta clínica.

3.8.1.2 Quando é atribuída alta, o gestor deve contactar o sinistrado, no prazo de 48 horas, no sentido de avisar que o processo será encerrado, devendo também informar o Clube, Associação ou Federação.

3.8.2. Alta por abandono

3.8.2.1 Caso o sinistrado falte a uma consulta ou tratamento sem aviso prévio, deverá ser contactado telefonicamente nas 24 horas seguintes e ser-lhe-á enviada uma carta (no prazo de 48 horas) com indicação de que o processo foi encerrado e não serão aceites os sinistros considerados recaídas da lesão diagnosticada.

3.8.2.2 Quando o sinistrado informar a RNA de que prescinde da assistência médica que lhe estava a ser prestada, o gestor deve solicitar declaração por escrito e informar que não serão aceites os sinistros considerados recaídas da lesão diagnosticada.

Em ambos os casos as situações devem ser comunicadas ao Clube, Associação ou Federação por escrito, no prazo de 48 horas.

RESUMO CONTACTOS:

RNA – Rede Nacional de Assistência S.A.

TELEFONE 24 H: 210 443 769

**Avenida Eng. Duarte Pacheco, Torre 1 – Piso 12º - Sala 1
1070-101 Lisboa**

E-mail: danos.corporais@rna.com.pt

Fax: 210 443 688

Para qualquer esclarecimento adicional ou em caso de eventuais dúvidas que possam surgir, por favor contactar:

ATLAS SEGUROS – CONSULTORES E CORRETORES DE SEGUROS, S.A.

TELEFONE: 222 007 500

**Rua de Santa Catarina, 706, 3º/4º
4000-446 Porto**

E-mail: paulo.martins@atlas-seguros.com

Fax: 222 082 387

ACIDENTES PESSOAIS DESPORTO, CULTURA E RECREIO



CONDIÇÕES GERAIS

RISCO EXTRA PROFISSIONAL

ARTIGO PRELIMINAR

Entre a Companhia de Seguros AÇOREANA, SA adiante designada por Segurador, e o Tomador de Seguro identificado nas Condições Particulares, estabelece-se um contrato de seguro de Acidentes Pessoais que se regula pelas Condições Gerais, Especiais, se as houver, e Particulares desta apólice, de harmonia com as declarações constantes da proposta que lhe serviu de base e da qual faz parte integrante.

DEVER DE DECLARAÇÃO E DE INFORMAÇÃO

1. O presente contrato baseia-se nas declarações prestadas e constantes da proposta, nos boletins individuais de adesão e respectivos questionários médicos nos quais o Tomador do Seguro e/ou Segurado(s)/Pessoa(s) Segura(s) devem mencionar com inteira veracidade, todos os factos ou circunstâncias que permitam a exacta apreciação do risco ou que possam influir na aceitação do respectivo contrato ou na correcta determinação do prémio aplicável, quer resultem ou não do eventual questionário fornecido pelo segurador e de que tenha (m) conhecimento ou deva(m) ter.

2. Do dever de declaração referido no numero anterior o Tomador do Seguro e/ Segurado(s)/Pessoa(s) Segura(s) tomou(ram) conhecimento prévio à celebração do contrato tendo entendido o seu real alcance, importância e efeitos.

3. A violação do dever de declaração referido no número um pode dar lugar à anulação do contrato nos termos e com os efeitos previstos na lei e nos respectivos capítulos do presente clausulado dos quais quer o Tomador do Seguro quer o(s) Segurado(s)/Pessoa(s) Segura(s) também foi(ram) avisado(s), entendeu(ram) e ficou(ram) ciente(s).

4. Para além dos deveres gerais enunciados nos números anteriores, há ainda a cumprir os seguintes deveres especiais:

4.1. O Tomador do Seguro deve informar os Segurado(s)/Pessoa(s) Segura(s) sobre as coberturas contratadas e as suas exclusões, as obrigações e os direitos em caso de sinistro, bem como as alterações ao contrato.

5. Em caso de duvida é ónus do Tomador do Seguro, ou seja, compete-lhe provar, que forneceu ao(s) Segurado(s)/Pessoa(s) Segura(s) todas as informações previstas nos números anteriores.

CAPÍTULO I

DEFINIÇÕES, OBJECTO E ÂMBITO DO CONTRATO DE SEGURO

ARTIGO 1º - DEFINIÇÕES

Para efeitos do presente contrato entende-se por:

1. **SEGURADOR** - A entidade legalmente autorizada a exercer a actividade e que subscreve com o Tomador do Seguro o contrato de seguro.

2. **TOMADOR DO SEGURO** - A pessoa ou a entidade que celebra o contrato de seguro com o SEGURADOR, sendo responsável pelo pagamento dos prémios.

3. **SEGURADO/Pessoa SEGURA** - A pessoa no interesse da qual o contrato de seguro é celebrado ou a pessoa (Pessoa Segura) cuja vida ou integridade física se segura.

4. **BENEFICIÁRIO** - A pessoa singular ou colectiva a favor de quem reverte a prestação do SEGURADOR decorrente do contrato de seguro.

5. **SEGURO DE GRUPO** - Seguro de um conjunto de pessoas ligadas entre si e ao Tomador do Seguro por um vínculo ou interesse comum.

5.1. **SEGURO DE GRUPO CONTRIBUTIVO** - Seguro de grupo em que os Segurados/Pessoas Seguras contribuem no todo ou em parte para o pagamento do prémio.

5.2. **SEGURO DE GRUPO NÃO CONTRIBUTIVO** - Seguro de grupo em que o Tomador do Seguro contribui na totalidade para o pagamento do prémio.

6. **APÓLICE** - Documento que titula o contrato celebrado entre o Tomador do Seguro e o SEGURADOR, de onde constam as respectivas Condições Gerais, Especiais, se as houver, e Particulares acordadas ou qualquer outro documento de informação geral ou pré-contratual.

7. **CONDIÇÕES GERAIS** - Conjunto de cláusulas que definem e regulamentam obrigações genéricas e comuns, inerentes a um ramo ou modalidade de seguro.

8. **CONDIÇÕES ESPECIAIS** - Cláusulas que visam esclarecer, completar, especificar e delimitar o âmbito de aplicação previsto nas Condições Gerais.

9. **CONDIÇÕES PARTICULARES** - Documento onde se encontram os elementos específicos e individuais de cada contrato, que o distinguem de todos os outros.

10. **ACTA ADICIONAL** - Documento que titula a alteração de uma apólice.

11. **PRÉMIO TOTAL** - Preço pago pelo Tomador do Seguro ao SEGURADOR pela contratação do seguro.

12. **ESTORNO** - Devolução ao Tomador do Seguro de uma parte do prémio de seguro já pago.

13. **ACIDENTE** - O acontecimento fortuito, súbito e anormal, devido a acção de causa exterior e estranha à vontade do Segurado/Pessoa Segura e que neste origine lesões corporais que possam ser clínica e objectivamente constatadas.

14. **SINISTRO** - Corresponde à verificação, total ou parcial, do evento que desencadeia o accionamento da(s) cobertura(s) do risco prevista(s) no contrato

15. **RISCO EXTRA PROFISSIONAL** - Toda a actividade desportiva, cultural ou recreativa que não se relacione com o desempenho da profissão da Pessoa Segura, quer essa profissão seja exercida por conta própria, quer por conta de outrem.

16. **MÉDICO** - Licenciado por Faculdade de Medicina, legalmente autorizado a exercer a profissão e cuja especialidade e inscrição sejam reconhecidas pela Ordem dos Médicos.

17. **UNIDADE HOSPITALAR** - Estabelecimento de saúde, público ou privado, oficialmente reconhecido como tal, qualquer que seja a sua designação (hospital ou clínica), destinado ao tratamento de doentes e acidentados, que disponha permanentemente de assistência médica, cirúrgica e de enfermagem.

18. **FRANQUIA** - Importância que, em caso de sinistro, fica a cargo do Tomador do Seguro e/ou Segurado/Pessoa Segura e/ou período de tempo a partir do qual se inicia o pagamento, pelo SEGURADOR, das prestações que se encontram fixadas nas Condições Particulares da Apólice.

19. **CAPITAL SEGURO** - O capital ou importância fixada nas Condições Particulares da apólice, que representa o limite máximo da indemnização ou prestação devida para cada uma das coberturas.

20. **DESPESA MÉDICA** - Despesa efectuada pelo Segurado/Pessoa Segura com a aquisição de bens ou de serviços, desde que prescrita por médico para o tratamento da lesão corporal resultante de acidente.

ARTIGO 2º - OBJECTO DO CONTRATO

Nos termos e limites definidos nas Condições Especiais, se as houver, e Particulares da apólice, o contrato garante, consoante as coberturas contratadas, o pagamento das indemnizações ou prestações devidas por:

1. Morte
2. Invalidez Permanente
3. Morte ou Invalidez Permanente
4. Incapacidade Temporária
5. Incapacidade Temporária Absoluta em caso de Internamento Hospitalar
6. Despesas de Tratamento e Repatriamento
7. Despesas de Funeral

em consequência de acidente emergente do risco Extra Profissional, única e exclusivamente, quando o Segurado/Pessoa Segura estiver no exercício duma actividade desportiva, cultural ou recreativa: quer em competição, treino, estágio, preparação, ensaio ou actuação, quer em representação ou sob o patrocínio do Tomador do Seguro e, ainda, nas deslocações de e para os locais onde a mesma tenha lugar, desde que realizadas em grupo, em veículo do próprio Tomador do Seguro ou a este cedido ou alugado.

ARTIGO 3º - DEFINIÇÃO E ÂMBITO DAS COBERTURAS

1. MORTE

1. O capital seguro por Morte só é devido se a mesma ocorrer imediatamente ou no decurso de dois anos a contar da data do acidente.
- 1.2. No caso de Morte do Segurado/Pessoa Segura, cuja idade seja inferior a 14 (catorze) anos o capital seguro por morte, reduz-se às despesas decorrentes do funeral.
- 1.3. Verificados os pressupostos enunciados no 1.1 e em 1.2, o SEGURADOR pagará o correspondente capital seguro ou a prestação estritamente indemnizatória respectivamente ao(s) beneficiário(s) expressamente designado(s) na apólice.
- 1.4. Na falta de designação de beneficiário(s), o capital seguro será atribuído segundo as regras e pela ordem estabelecida para a sucessão legítima alíneas a) a d) do número 1 do artigo 2133º do Código Civil, salvo se, não havendo herdeiros das classes previstas nas alíneas a) e b), existam herdeiros testamentários. Na falta destes seguir-se-ão os restantes critérios legais expressamente definidos no regime jurídico do contrato de seguro acerca da designação e interpretação da cláusula beneficiária.

2. INVALIDEZ PERMANENTE

- 2.1. Entende-se por Invalidez Permanente a perda anatómica ou impotência funcional de membros ou órgãos que, em consequência de lesões corporais

resultantes de acidente coberto pela apólice, se encontre especificada na Tabela de Desvalorizações anexa a estas Condições Gerais e que faz parte integrante da apólice.

2.2. O capital seguro por Invalidez Permanente só é devido se a mesma for clinicamente constatada no decurso de dois anos a contar da data do acidente.

2.3. Verificados os pressupostos enunciados em 2.1. e 2.2., o Segurador pagará a parte do correspondente capital determinado pela Tabela de Desvalorizações anexa a estas Condições Gerais.

2.4. O pagamento da indemnização ou prestação, na falta de indicação expressa em contrário nas Condições Particulares, será feito ao Segurado/Pessoa Segura, salvo se se tratar de menor não emancipado, em cujo caso o pagamento será feito à pessoa que exercer o seu poder paternal.

2.5. As indemnizações são calculadas objectivamente, isto é, considerando apenas a percentagem de Invalidez Permanente independentemente do Segurado/Pessoa Segura poder ou não praticar a actividade desportiva a que se dedicava.

2.6. Mediante convenção expressa constante das Condições Particulares poderão ser adoptadas desvalorizações diferentes das que fazem parte da Tabela de Desvalorizações anexa a estas Condições Gerais.

2.7. As lesões não enumeradas na Tabela de Desvalorizações, anexa a estas Condições Gerais, mesmo de importância menor, são indemnizadas em proporção da sua gravidade comparada com a dos casos enumerados, sem ter em conta a profissão exercida.

2.8. Se o Segurado/Pessoa Segura for canhoto, as percentagens de invalidez para o membro superior direito aplicam-se ao membro superior esquerdo e reciprocamente.

2.9. Em qualquer membro ou órgão, os defeitos físicos de que o Segurado/Pessoa Segura já era portador, à data do acidente, serão tomados em consideração ao fixar-se o grau de desvalorização proveniente deste, que corresponderá à diferença entre a invalidez já existente e aquela que passou a existir.

2.10. A incapacidade funcional parcial ou total de um membro ou órgão é equiparada à correspondente perda parcial ou total.

2.11. Em relação a um mesmo membro ou órgão, as desvalorizações acumuladas não podem exceder aquela que corresponderia à perda total desse membro ou órgão.

2.12. 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 capital seguro.

2.13. Só haverá lugar a indemnização desde que a desvalorização ou soma das desvalorizações seja igual ou superior a 10 % (dez por cento), salvo convenção em contrário e mediante aplicação do sobreprémio correspondente.

2.14. Desde que a desvalorização ou a soma das desvalorizações seja igual ou superior a 66 % (sessenta e seis por cento) a indemnização será o valor do capital seguro.

3. MORTE OU INVALIDEZ PERMANENTE

3.1. O capital seguro só é devido se a Morte ou Invalidez Permanente ocorrer no decurso de dois anos a contar da data do acidente.

3.2. Os capitais seguros não são cumuláveis entre si, pelo que, se o Segurado/Pessoa Segura vier a falecer em consequência de acidente, ao capital por Morte será deduzido o valor do capital por Invalidez Permanente que, eventualmente, lhe tenha sido

atribuído ou pago relativamente ao mesmo acidente.

4. INCAPACIDADE TEMPORÁRIA

4.1. Define-se como Incapacidade Temporária a impossibilidade física e temporária, susceptível de constatação médica objectiva, de o Segurado/Pessoa Segura, poder exercer a sua actividade normal remunerada. A circunstância de se ver inibida da prática desportiva, cultural ou recreativa não lhe confere esse direito.

4.2 O subsídio diário por Incapacidade Temporária Absoluta só é devido se a incapacidade for clínica e objectivamente comprovada nos termos desta apólice e constatada no decurso de 180 (cento e oitenta) dias subsequentes à data do acidente.

4.3 Nas situações de Incapacidade Temporária Absoluta sobrevinda no decorrer de 180 (cento e oitenta) dias contados da data do acidente, o SEGURADOR pagará, durante o período máximo de 180 (cento e oitenta) dias, a indemnização diária fixada nas Condições Particulares.

Esta indemnização é devida a partir do dia imediato ao da assistência clínica e processar-se-á na data da alta clínica, salvo se outra disposição vier a ser estabelecida nas Condições Particulares da apólice.

4.4. Não é devido subsídio diário por Incapacidade Temporária Absoluta ao Segurado/Pessoa Segura que não exerça profissão remunerada.

4.5. Na falta de indicação expressa em contrário, o pagamento do subsídio diário será feito ao Segurado/Pessoa Segura.

5. INCAPACIDADE TEMPORÁRIA ABSOLUTA EM CASO DE INTERNAMENTO HOSPITALAR

5.1. O subsídio diário por Incapacidade Temporária Absoluta em caso de Internamento Hospitalar só é devido se este tiver o seu início no decurso de 180 (cento e oitenta) dias subsequentes à data do acidente.

5.2. No caso de Incapacidade Temporária Absoluta em caso de Internamento Hospitalar, sobrevinda no decorrer de 180 (cento e oitenta) dias contados da data do acidente, o Segurador pagará o subsídio fixado nas Condições Particulares enquanto subsistir o internamento numa Unidade Hospitalar e por um período não superior a 180 (cento e oitenta) dias, a contar da data em que o Segurado/Pessoa Segura tiver sido internada.

5.3. Na falta de indicação expressa em contrário, nas Condições Particulares, o pagamento do subsídio diário será feito ao Segurado/Pessoa Segura.

6. DESPESAS DE TRATAMENTO E REPATRIAMENTO

6.1. Por Despesas de Tratamento entendem-se as relativas a honorários médicos e internamento hospitalar, incluindo assistência medicamentosa e de enfermagem, bem como de exames auxiliares de diagnóstico e de fisioterapia que forem necessárias em consequência do acidente.

6.2. Por Despesas de Repatriamento para Portugal entendem-se as despesas de transporte pelo meio adequado e clinicamente aconselhado em face das lesões para a Unidade Hospitalar prescrita pelo médico assistente do Segurado/Pessoa Segura ou para o seu domicílio habitual, ficando a sua aceitação subordinada ao parecer dos Serviços Clínicos do Segurador.

6.3. O Segurador procederá ao reembolso, até à importância para o efeito fixada nas Condições Particulares, das despesas necessárias para o tratamento das lesões sofridas, bem como das despesas extraordinárias de repatriamento.

6.4. No caso de ser necessário tratamento clínico regular, e durante todo o período do mesmo, consideram-se também incluídas as despesas de deslocação ao médico ou Unidade Hospitalar, quando indicados e/ou convencionados pelo Segurador e desde que o meio de transporte utilizado seja adequado à gravidade da lesão e devida e clinicamente fundamentado pelo médico assistente do Segurado/Pessoa Segura e consequente parecer dos Serviços Técnicos e Clínicos do Segurador.

7. DESPESAS DE FUNERAL

O Segurador procederá ao reembolso, até à importância para o efeito fixada nas Condições Particulares, das despesas com o funeral do Segurado/Pessoa Segura.

ARTIGO 4º - FRANQUIAS

Ao presente contrato são aplicáveis as franquias que se estabeleçam nas Condições Particulares.

ARTIGO 5º - EXCLUSÕES

1. Salvo convenção expressa em contrário nas Condições Especiais, quando as houver, e Particulares, excluem-se:

1.1. Acidentes consequentes de acções ou omissões do Tomador do Seguro, do Segurado/Pessoa Segura ou do Beneficiário, sempre que as mesmas estejam influenciadas por consumo excessivo de álcool (entendendo-se como tal a verificação duma taxa de alcoolémia no sangue superior à legalmente permitida para a condução de veículos automóveis) e estupefacientes fora da prescrição médica, substâncias psicotrópicas ou produtos de efeito análogo;

1.2. Acidentes consequentes de acções delituosas ou seja criminosas, negligência grave e quaisquer actos intencionais do Segurado/Pessoa Segura, praticados sobre si próprio, tal como o suicídio ou tentativa deste, incluindo actos temerários, apostas e desafios e rixas;

1.3. Acidentes consequentes de acções delituosas ou seja criminosas, negligência grave e quaisquer actos intencionais do Tomador do Seguro ou do Beneficiário, dirigidos contra o Segurado/Pessoa Segura, na parte do benefício que àquele respeitar, ou a quem este quiser beneficiar;

1.4. Acidentes ou eventos que produzam unicamente efeitos psíquicos;

1.5. Acidentes resultantes da utilização pelo Segurado/Pessoa Segura de veículos motorizados de duas ou três rodas, motoquatro (ATV) e de aeronaves não pertencentes a carreiras comerciais autorizadas;

1.6. Acidentes derivados da prática profissional de desportos;

1.7. Acidentes derivados da prática de desportos de Inverno, prática de ski na neve e aquático, surf, snowboard, boxe, karaté e outras artes marciais, tauromaquia, para-quedismo, parapente, asa delta, ultraleves, alpinismo, barragem/saltos em equitação, espeleologia, canoagem, escalada, rappel, bungee jumping, pesca submarina, mergulho com escafandro autónomo, motonáutica, motorismo e outros desportos e actividades análogas na sua perigosidade;

1.8. Acidentes resultantes de cataclismos da natureza, tais como ventos ciclónicos, terramotos, maremotos e outros fenómenos análogos nos seus efeitos e ainda acção de raio;

1.9. Acidentes resultantes de explosão ou quaisquer outros fenómenos directos ou indirectamente relacionados com a desintegração ou fusão de núcleos de átomos, bem como os efeitos da

contaminação radioactiva e de exposição a campos magnéticos;

1.10. Acidentes consequentes de greves, distúrbios laborais, tumultos, alteração de ordem pública, actos de terrorismo e sabotagem, insurreição, revolução, guerra civil, invasão e guerra contra País estrangeiro (declarada ou não) e hostilidades entre nações estrangeiras (quer haja ou não declaração de guerra) ou actos bélicos provenientes directa ou indirectamente dessas hostilidades;

1.11. Acidentes derivados de uma doença ou estado patológico preexistente, assim como lesões que sejam consequência de intervenções cirúrgicas ou tratamentos médicos não motivados por um acidente garantido por este contrato;

1.12. Hérnias qualquer que seja a sua natureza, lumbagos, reumatismo, varizes e suas complicações;

1.13. Os acidentes resultantes da inobservância das disposições preventivas das leis e regulamentos em geral e em especial os concernentes à prática das diversas actividades desportivas, culturais e recreativas;

1.14. Defeitos físicos ou doenças que possam agravar o risco de acidente ou as suas consequências;

1.15. Transplantes de membros ou órgãos, cirurgia plástica e danos em próteses pré existentes, bem como as ortóteses;

1.16. S.I.D.A. - Síndrome de Imunodeficiência Adquirida e suas consequências;

1.17. As pessoas de idade interior a 3 anos e superior a 70 anos;

1.18. Todas as situações do foro patológico, como acidentes vasculares cerebrais e acidentes cardio-vasculares;

2. Algumas das exclusões previstas no número anterior, poderão ser garantidas, mediante o pagamento dos sobreprémios que o Segurador, porventura, venha a estabelecer.

ARTIGO 6º - ÂMBITO TERRITORIAL

Salvo convenção expressa em contrário, o contrato abrange os acidentes ocorridos em qualquer parte do mundo.

CAPÍTULO II

DA DURAÇÃO E EFICÁCIA DO CONTRATO DE SEGURO

ARTIGO 7º - INÍCIO DO CONTRATO

Desde que o prémio ou fracção inicial seja pago, o presente contrato produz os seus efeitos a partir das zero horas do dia imediato ao da aceitação da proposta pelo Segurador, salvo se, por acordo entre as partes, for aceite outra data para o início da cobertura, a qual não pode todavia, ser anterior à da recepção da proposta.

ARTIGO 8º - DURAÇÃO DO CONTRATO

1. O contrato pode ser celebrado por período certo e determinado (seguro temporário) ou por um ano a continuar pelos seguintes.

2. Quando for celebrado por um período de tempo determinado o contrato cessa os seus efeitos às vinte e quatro horas do último dia.

3. Quando for celebrado por um ano a continuar pelos seguintes, considera-se o mesmo sucessivamente renovado por períodos anuais, excepto se qualquer das partes o denunciar, por correio registado, com a antecedência mínima de 30 (trinta) dias em relação ao termo da anuidade.

ARTIGO 9º - RESOLUÇÃO DO CONTRATO

1. Salvo disposição legal ou convenção expressa em

contrário, o contrato de seguro pode ser resolvido por qualquer das partes a todo o tempo, havendo justa causa, mediante o envio de correio registado, com antecedência mínima de 30 dias em relação a data em que a resolução produzirá efeitos. Quando o tomador exerça esta faculdade apenas terá direito ao estorno do prémio pago correspondente ao período não decorrido.

2. Para além dos casos previstos na Lei, o Segurador poderá, a todo o tempo, resolver imediatamente o contrato, mediante aviso ao Tomador do Seguro, por correio registado, com a antecedência mínima de 30 (trinta) dias em relação à data a partir da qual se pretenda que a redução ou resolução produzirá efeitos, nos seguintes casos:

2.1. Quando ocorra uma alteração do risco, conforme se dispõe no artigo 10º.

2.2. Quando o Tomador do Seguro, o Segurado/Pessoa Segura, o Beneficiário ou pessoa por quem estes sejam civilmente responsáveis, hajam proferido falsas, inexactas, incompletas ou reticentes declarações, por acção ou omissão de factos ou circunstâncias essenciais relativas à ocorrência de um sinistro, suas circunstâncias, causas, natureza ou consequências.

3. Salvo disposição legal em contrário, em caso de actuação intencional ou seja dolosa das entidades ou pessoas referidas em 2.2. do número anterior, o prazo de resolução referido no número 2 deste artigo será reduzido para 8 (oito) dias.

4. Sendo a resolução da iniciativa do Segurador este reembolsará o Tomador do Seguro da parte do prémio correspondente ao tempo não decorrido.

5. Quando a resolução for feita por substituição da apólice por outra do Segurador haverá lugar ao estorno do prémio pago calculado "pró rata temporis", ou seja pelo tempo não decorrido.

ARTIGO 10º - ALTERAÇÃO E AGRAVAMENTO DO RISCO

1. O Tomador do Seguro e/ou o Segurado/Pessoa Segura têm o dever de, durante a execução do contrato, no prazo de 14 (catorze) dias, a contar do conhecimento do facto, comunicar por escrito e correio registado, ao Segurador todas as circunstâncias que alterem e agravem o risco, desde que estas, caso fossem conhecidas do Segurador aquando da celebração do contrato, tivessem podido influir na decisão de contratar ou nas condições do contrato.

2. No prazo de 30 (trinta) dias a contar do momento em que tenha conhecimento da alteração ou agravamento do risco, o Segurador pode:

a) Apresentar ao Tomador do Seguro e/ou ao Segurado/Pessoa Segura, proposta de modificação do contrato, que este(s) deve(m) aceitar ou recusar em igual prazo, ou seja de 30 (trinta) dias, 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. Se antes da alteração ou cessação do contrato nos termos previstos no número anterior ocorrer um sinistro cuja verificação ou consequência tenha sido influenciada pelo agravamento do risco, o Segurador:

a) Cobre o risco, efectuando a prestação convencionada, se o agravamento tiver sido correcta

e tempestivamente comunicado antes do sinistro ou antes de decorrido o prazo dos 14 (catorze) dias previsto no número um;

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 do sinistro em caso de comportamento intencional, ou seja doloso do Tomador do Seguro e/ou o Segurado/Pessoa Segura com o propósito de obter(em) uma vantagem, mantendo o Segurador o direito aos prémios vencidos.

4. Nas situações previstas nas alíneas a) e b) do número anterior, sendo o agravamento do risco resultante de facto do Tomador do Seguro ou do Segurado/Pessoa Segura, 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.

5. Para efeitos deste contrato constitui, nomeadamente, alteração das condições do risco:

5.1. Mudança ou cessação da actividade desportiva, cultural ou recreativa do Segurado/Pessoa Segura;

5.2. Toda a doença ou alteração do estado de saúde do Segurado/Pessoa Segura nomeadamente: alterações de visão, de audição, da consciência, epilepsia, paralisia, diabetes, tuberculose, perturbações cardiovasculares e sanguíneas, afecções da espinal medula, reumatismo agudo ou crónico ou qualquer alteração importante da integridade física;

5.3. Prestação de serviço militar;

5.4. Qualquer inclusão ou exclusão de Segurados/Pessoas Seguras por esta apólice.

6. As alterações considerar-se-ão tacitamente aceites no caso de alguma das partes não se pronunciar em contrário nos prazos previstos neste artigo.

ARTIGO 11º - ANULAÇÃO DO CONTRATO

1. O Tomador do Seguro ou o Segurado/Pessoa Segura, estão obrigado antes da celebração do contrato a declarar com exactidão todas as circunstâncias que conheçam e devam ter por significativas para a apreciação do risco por parte do Segurador.

2. Nas declarações acima referidas incluem-se também todas aquelas circunstâncias ou factos, conhecidos ou que o devessem ser, do Tomador do Seguro ou do Segurado/Pessoa Segura, mesmo que a sua declaração não seja solicitada em questionário eventualmente fornecido pelo Segurador ou seu representante.

3. Em caso de incumprimento doloso dos deveres referidos nos números anteriores o contrato e/ou o Certificado de Seguro correspondente ao Segurado/Pessoa Segura é anulável pelo Segurador mediante o envio da respectiva declaração ao Tomador do Seguro no prazo de três meses a contar do conhecimento do incumprimento. O Segurador não é obrigado a cobrir qualquer sinistro que ocorra antes de ter tido conhecimento do incumprimento em causa ou no decurso do referido prazo.

4. Em caso de anulação do contrato nos termos previstos no número anterior, o Segurador tem direito ao prémio devido até ao termo do prazo referido no número anterior se não tiver concorrido dolo ou

negligência grosseira do Segurador ou do seu representante. Em caso de dolo do Tomador do Seguro ou do Segurado/Pessoa Segura com o propósito de obter uma vantagem o prémio é devido até ao termo do contrato.

5. Quando o incumprimento dos deveres indicados nos números 1 e 2 for negligente, o Segurador pode, mediante declaração a enviar ao Tomador do Seguro, no prazo de três meses a contar do conhecimento:

a) Propor uma alteração ao contrato fixando um prazo não inferior a 14 dias para o envio da aceitação ou, caso a admita, da contraproposta. O contrato cessa os seus efeitos 20 dias após a recepção pelo Tomador do Seguro da proposta de alteração caso este nada responda ou a rejeite;

b) Fazer cessar o contrato e/ou o Certificado de Seguro correspondente ao Segurado/Pessoa Segura, demonstrando que, em caso algum, celebra contratos para a cobertura de riscos relacionados com o facto omitido ou declarado inexactamente. O contrato e/ou o Certificado de Seguro correspondente ao Segurado/Pessoa Segura cessa os seus efeitos 30 dias após o envio da declaração de cessação.

6. Em caso de cessação nos termos no número anterior, o prémio é devolvido "*pro rata temporis*" (ou seja pelo tempo decorrido) atendendo à cobertura havida.

7. Se antes da cessação ou alteração do contrato e/ou do Certificado de Seguro correspondente ao Segurado/Pessoa Segura ocorrer um sinistro cuja verificação ou consequências tenham sido influenciadas por facto relativamente ao qual tenham havido omissões ou inexactidões negligentes, o Segurador:

a) Cobre o sinistro na proporção da diferença entre o prémio pago e o prémio que seria devido, caso tivesse tido conhecimento do facto omitido ou declarado inexactamente à data da celebração do contrato;

b) Não cobre o sinistro, se demonstrar que, em caso algum, teria celebrado o contrato se tivesse conhecimento do facto omitido ou declarado inexactamente, ficando apenas vinculado à devolução do prémio.

ARTIGO 12º NULIDADE DO CONTRATO

1. Este contrato considera-se nulo e, consequentemente não produzirá quaisquer efeitos em caso de sinistro, quando por parte do Tomador do Seguro ou do Segurado/Pessoa Segura, quer no momento da celebração quer durante a vigência do contrato, não haja interesse digno de protecção legal relativo ao(s) risco(s) coberto(s).

2. No seguro de pessoas, o interesse referido no número anterior respeita à sua saúde ou integridade física.

3. Este contrato considera-se igualmente nulo e de nenhum efeito se aquando da celebração do contrato, o Segurador, o Tomador do Seguro ou o Segurado/Pessoa Segura tiver(em) conhecimento que o risco cessou.

4. O Segurador não cobre igualmente sinistros anteriores à data de celebração do contrato ou da adesão da Pessoa Segura ao seguro quando o Tomador do Seguro ou Segurado/Pessoa Segura dele tivessem conhecimento nessa data.

5. O contrato de seguro ou o Certificado de Seguro correspondente ao Segurado/Pessoa Segura não produz igualmente efeitos relativamente a um risco futuro que não chegue a existir.

6. Nos casos previstos nos números anteriores, o

Tomador do Seguro tem direito à devolução do prémio pago, deduzido das despesas necessárias à celebração do contrato e/ou à emissão do Certificado de Seguro correspondente ao Segurado/Pessoa Segura suportadas pelo Segurador de boa fé.

7. Em caso de má fé do Tomador do Seguro e/ou do Segurado/Pessoa Segura, o Segurador de boa fé tem direito a reter o prémio pago.

8. Presume-se a má fé do Tomador do Seguro se o Segurado/Pessoa Segura tiver conhecimento, aquando da celebração do contrato de seguro, de que ocorreu o sinistro.

ARTIGO 13º - CADUCIDADE

Salvo convenção expressa em contrário, o contrato caducará automaticamente:

1. No termo da anuidade em que o Segurado/Pessoa Segura complete 70 (setenta) anos de idade.

2. No caso de o Segurado/Pessoa Segura deixar de residir habitualmente em Portugal.

CAPÍTULO III

PAGAMENTO E ALTERAÇÃO DOS PRÉMIOS

ARTIGO 14º - PAGAMENTO DOS PRÉMIOS

1. O prémio ou fracção inicial é, salvo convenção em contrário nas condições particulares, devido na data de celebração do contrato, ficando a eficácia do contrato dependente do respectivo pagamento efectivo do prémio ou fracção inicial.

2. Os prémios ou fracções subsequentes, certos, parte de um prémio de montante variável ou prémio adicional, são devidos nas datas estabelecidas na apólice ou nas datas indicadas nos respectivos avisos, nos termos previstos nos números seguintes.

3. O Segurador encontra-se obrigado até 30 dias antes da data em que o prémio, fracção, acerto, parte de prémio de montante variável ou prémio adicional é devido, a avisar, por escrito, o Tomador do Seguro, indicando a data, o valor a pagar, a forma e o lugar de pagamento e as consequências da falta do respectivo pagamento.

4. Nos contratos de seguro cujo pagamento do prémio seja objecto de fraccionamento por prazo inferior ao trimestre, e estejam identificados em documento contratual as datas de vencimento e valor a pagar, bem como as consequências da falta de pagamento do prémio, fracção, acerto, ou adicional, o Segurador pode optar por não proceder ao envio do aviso previsto no número anterior, cabendo-lhe, nesse caso, o ónus da prova da emissão, aceitação e envio ao Tomador do Seguro, daquele documento contratual.

5. Nos termos da lei, a falta de pagamento de prémio ou fracção, de acerto, de parte de prémio de montante variável ou de prémio adicional fundado num agravamento superveniente do risco, na data indicada no aviso ou no documento contratual referido no número anterior, determina a não renovação ou a resolução automática e imediata do contrato na data em que o pagamento seja devido.

6. O não pagamento, até a data de vencimento indicado no aviso, do prémio adicional resultante de uma modificação contratual determina a ineficácia da respectiva 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 o contrato igualmente resolvido na data do vencimento do prémio adicional não pago.

7. O prémio pode ser pago, nos termos previstos na lei ou nas condições particulares da apólice, por terceiro, interessado ou não no cumprimento da obrigação.

8. Quando aplicável, a cessação do contrato de seguro por efeito do não pagamento do prémio, ou de parte ou fracção deste, de acerto ou adicional, não exonera o Tomador do Seguro da obrigação de pagamento do prémio correspondente

ao período em que o contrato haja vigorado acrescido de juros de mora desde a data do vencimento.

9. Em caso de sinistro, o Segurador reserva-se o direito, por via de compensação, de cobrar ou descontar na eventual indemnização o pagamento da totalidade do prémio ou das fracções ainda não pagas.

10. O disposto nos números anteriores é aplicável ao Segurado nos Seguros de Grupo Contributivos.

ARTIGO 15º - FRACCIONAMENTO DOS PRÉMIOS

1. Admite-se o fraccionamento do pagamento de prémios de apólices que vigorem por um ano e seguintes, desde que a pedido do Tomador do Seguro, com o acordo do Segurador e nos termos das normas vigentes.

2. Em caso de sinistro, o Segurador reserva-se o direito de cobrar ou descontar, por via de compensação, na prestação que lhe couber liquidar o valor das prestações vincendas

ARTIGO 16º - ALTERAÇÃO DOS PRÉMIOS

1. Não havendo alteração no objecto ou garantias do contrato, qualquer alteração do prémio apenas poderá efectivar-se no vencimento anual seguinte, mediante comunicação escrita ao Tomador do Seguro com uma antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

2. O Tomador do Seguro dispõe de um prazo de 14 (catorze) dias após a recepção da comunicação referida no número anterior para, não aceitando o novo prémio, reduzir ou resolver o contrato.

CAPÍTULO IV

DOS CAPITALIS SEGUROS E SINISTROS

ARTIGO 17º - CAPITALIS SEGUROS

Os capitais ou importâncias garantidas são as que se encontram fixadas nas Condições Particulares da apólice e constituem o limite máximo de indemnização ou prestação a cargo do Segurador, por cobertura e período de vigência do contrato.

ARTIGO 18º - REDUÇÃO AUTOMÁTICA DOS CAPITALIS SEGUROS E A SUA REPOSIÇÃO

Mediante convenção expressa nas Condições Particulares da apólice, ocorrendo um sinistro, os capitais seguros ficarão, até ao vencimento do contrato, automaticamente reduzidos dos valores correspondentes às indemnizações ou prestações pagas ao abrigo das coberturas de Invalidez Permanente, Despesas de Tratamento e Repatriamento, sem que haja lugar a estorno de prémio, a não ser que, o Tomador do Seguro solicite, por escrito, a reposição dos referidos capitais seguros, mediante o pagamento do correspondente prémio adicional.

ARTIGO 19º - OBRIGAÇÕES DO TOMADOR DO SEGURO E/OU DO SEGUADO/PESSOA SEGURA

Verificando-se, durante a vigência do contrato, qualquer sinistro susceptível de fazer funcionar as garantias do contrato, o Tomador do Seguro e o Segurado/Pessoa Segura, sob pena de responderem por perdas e danos, obrigam-se a:

1. Tomar todas as providências para evitar o agravamento das consequências do acidente.

2. Comunicar o sinistro ao Segurador, por escrito, em impresso próprio fornecido pelo Segurador, no prazo máximo de 8 (oito) dias a contar da data da sua ocorrência, efectuando a sua descrição, tão pormenorizada quanto possível, indicando dia, hora, local, causas, consequências, testemunhas presenciais, eventual responsável, autoridades que dele tomaram

conhecimento e quaisquer outros elementos considerados relevantes.

Existindo vários seguros cobrindo o mesmo risco, esta comunicação deverá ser efectuada aos respectivos Seguradores com indicação do nome dos restantes.

3. Promover o envio, até 8 (oito) dias após o Segurado/Pessoa Segura ter sido clinicamente assistida, dos exames auxiliares de diagnóstico e respectivos relatórios, do relatório médico onde conste o seu diagnóstico, a natureza e localização das lesões os dias eventualmente previstos para Incapacidade Temporária, bem como a indicação da possível Invalidez Permanente.

4. Comunicar, até 8 (oito) dias após a sua verificação, a cura das lesões, promovendo o envio do relatório médico, devidamente fundamentado, onde conste, além da data da alta, o número de dias em que houve Incapacidade Temporária e a percentagem de Invalidez Permanente eventualmente constatada.

5. Entregar, para reembolso a que houver lugar, a documentação original e todos os documentos justificativos das despesas de tratamento efectuadas e abrangidas pelo contrato.

6. Cumprir as prescrições médicas, sob pena de o Segurador apenas responder pelas consequências do acidente que presumivelmente se verificariam se aquelas prescrições tivessem sido observadas.

7. Sujeitar-se a exame por médico designado pelo Segurador, sempre que esta o requeira.

8. Autorizar os médicos e Unidades Hospitalares, a que tenha recorrido a prestarem todas as informações e elementos nosológicos que sejam solicitados pelo Segurador, bem como a facultar os relatórios clínicos e quaisquer outros documentos referentes ao sinistro participado, com a finalidade de documentar o processo.

9. Enviar ao Segurador se do acidente resultar a morte do Segurado/Pessoa Segura, em complemento da participação do acidente, a certidão do óbito e o relatório da autópsia.

10. Apresentar todos os documentos justificativos das Despesas de Tratamento e Repatriamento e Despesas de Funeral realizadas, sem qualquer rasura ou omissão, sob pena de não serem aceites, no prazo de 90 (noventa) dias a contar da data da realização da despesa. Os documentos terão de observar os seguintes requisitos cumulativos:

- 10.1. Ser passados em papel timbrado;
- 10.2. Ser identificados com o nome do Segurado/Pessoa Segura a que digam respeito;
- 10.3. Obedecer às normas legais, nomeadamente, de natureza fiscal;
- 10.4. Discriminar pormenorizadamente os serviços prestados, tais como o número de dias de hospitalização, descrição da intervenção cirúrgica efectuada, anestesia, exames auxiliares, ou os bens consumidos acompanhados da respectiva prescrição;
- 10.5. No caso de aquisição de medicamentos, possuir, ainda, as etiquetas destacáveis que usualmente se destinam aos Organismos Oficiais.

ARTIGO 20º - PRÉ EXISTÊNCIA DE DOENÇA OU ENFERMIDADE

Salvo convenção expressa em contrário, se as consequências de um acidente forem provocados 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 21º - PAGAMENTO DAS INDEMNIZAÇÕES OU PRESTAÇÕES

1. O Segurador obriga-se a pagar as indemnizações ou

prestações devidas, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a recepção de todos os elementos e documentos justificativos e esclarecimentos, conforme se dispõe no artigo 19º.

2. O Segurador poderá descontar às prestações devidas os prémios que se encontrem vencidos e não liquidados, bem como quaisquer outras quantias que legalmente lhe sejam devidas pelo Tomador do Seguro e/ou Segurado/Pessoa Segura relacionadas com o mesmo contrato.

3. Os pagamentos a fazer pelo Segurador são efectuados em Portugal e em moeda portuguesa. No caso de despesas efectuadas em moeda estrangeira, a conversão em Euros é feita à taxa média de câmbio de venda, para divisas, no dia da realização da despesa médica.

CAPÍTULO V

DISPOSIÇÕES FINAIS

ARTIGO 22º - PLURALIDADE DE SEGUROS

1. O Tomador do Seguro ou Segurado/Pessoa Segura ficam obrigados a participar ao segurador, sob pena de responderem por perdas e danos, a existência de outros seguros com o mesmo objecto e garantia.

2. A omissão fraudulenta da informação referida no número anterior exonera os seguradores das respectivas prestações.

3. O Tomador do Seguro e/ou Segurado/Pessoa Segura fica(m) sempre obrigado(s), em caso de sinistro a comunicar ao segurador, se recebeu, por via de outro contrato de seguro, montante(s) a título de despesas médicas ou outras garantias a fim de evitar repetição de pagamento sob pena de ficar obrigado à respectiva devolução.

ARTIGO 23º - DESIGNAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS

1. Cabe ao Tomador do Seguro e/ou ao Segurado/Pessoa Segura proceder à designação ou à modificação do beneficiário das prestações conferidas por este contrato.

2. As comunicações referidas no número anterior só produzirão efeitos a partir da data da sua recepção pelo Segurador e constarão, obrigatoriamente, da apólice

ARTIGO 24º - SUB-ROGAÇÃO

O Segurador fica sub-rogado, relativamente às Despesas de Tratamento e Repatriamento, bem como às Despesas de Funeral, até à concorrência das indemnizações pagas por si, em todos os direitos, acções e recursos do Tomador do Seguro e/ou Segurado/Pessoa Segura, contra terceiros responsáveis pelo sinistro, obrigando-se aqueles a praticar o que necessário for para o exercício desses direitos, sob pena de responder(em) por perdas e danos ou omissões que prejudiquem a sub-rogação.

ARTIGO 25º - COMUNICAÇÕES E NOTIFICAÇÕES

1. As comunicações ou notificações do Tomador do Seguro ou do Segurado/Pessoa Segura previstas nesta apólice consideram-se válidas e plenamente eficazes caso sejam efectuadas por correio registado, ou por outro meio do qual fique registo escrito, para a sede social do Segurador.

2. A alteração de morada ou de sede do Tomador do Seguro ou do Segurado/Pessoa Segura deve ser comunicada ao Segurador nos 30 dias subsequentes à data em que se verifiquem, por carta registada com aviso de recepção, sob pena de as comunicações ou notificações que o Segurador venha a efectuar para a morada desactualizada se terem por validas e eficazes.

3. As comunicações ou notificações do Segurador previstas nesta apólice consideram-se válidas e plenamente eficazes caso sejam efectuadas por correio registado, ou por outro meio do qual fique registo escrito, para a última morada do Tomador do Seguro ou do Segurado/Pessoa Segura constante do contrato, ou entretanto comunicada nos termos previstos no número anterior.

ARTIGO 26º - ARBITRAGEM

1. Sem prejuízo de posterior recurso aos Tribunais, em caso de

litígio emergente deste contrato que as partes acordem poder ser dirimido através de arbitragem particular, será constituída uma comissão formada por dois árbitros, um indicado pelo Tomador do Seguro e outro pelo Segurador.

2. Se não houver acordo entre os árbitros, desempatará um terceiro por eles nomeado, caso não cheguem a acordo na escolha do terceiro árbitro, será a nomeação requerida nos termos da Lei.

3. Cada parte suportará as despesas e honorários do árbitro por si indicado, sendo as despesas e honorários do árbitro do desempate igualmente repartidas entre ambos.

4. Caso se tratem de divergências de natureza clínica, os árbitros terão de ser, obrigatoriamente, médicos.

ARTIGO 27º - LEI APLICÁVEL AO CONTRATO

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, ao Instituto de Seguros de Portugal (www.isp.pt).

ARTIGO 28º - FORO

O foro competente para dirimir as questões emergentes do presente contrato é o fixado na lei civil.

ANEXO:

TABELA PARA SERVIR DE BASE DE CÁLCULOS DAS INDEMNIZAÇÕES DEVIDAS POR INVALIDEZ PERMANENTE COMO CONSEQUÊNCIA DE ACIDENTE

A – INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL		%
Perda total dos dois olhos ou da visão dos dois olhos	100	
Perda completa de uso dos dois membros inferiores ou superiores ...	100	
Alienação mental incurável e letal, resultante directa e exclusivamente dum acidente	100	
Perda completa das duas mãos ou dos dois pés	100	
Perda completa de um braço e de uma perna ou de uma mão e de uma perna	100	
Perda completa de um braço e de um pé ou de uma mão e de um pé	100	
Hemiplegia ou paraplegia completa	100	
B – INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL		%
Perda completa de um olho ou redução a metade da visão biocular ...	25	
Surdez total	60	
Surdez completa dum ouvido	15	
Síndrome pós-comocional dos traumatismos cranianos, sem sinal objectivo	5	
Epilepsia generalizada pós-traumática, uma ou duas crises convulsivas por mês, com tratamento	50	
Anosmia absoluta	4	
Fractura dos ossos próprios do nariz ou septo nasal com mal-estar respiratório	3	
Estenose nasal total, unilateral	4	
Fractura não consolidada do maxilar inferior	20	
Perda letal ou quase total dos dentes:		
• Com possibilidade de prótese	10	
• Sem possibilidade de prótese	35	
Ablação completa do maxilar inferior	70	
Perda de substância do crânio interessando as duas tábuas e com o diâmetro máximo:		
• Superior a 4 cm	35	
• Superior a 2 cm e inferior ou igual a 4 cm	25	
• De 2 cm	15	
MEMBROS SUPERIORES E ESPÁDUAS		D % E %
Fractura da clavícula com sequelas nítidas	5	3
Rigidez do ombro, pouco acentuada	5	3
Rigidez do ombro, projecção para a frente e a abdução não atingindo 90º	15	11
Perda completa do movimento do ombro	30	25
Amputação do braço pelo terço superior ou perda completa do uso do braço	70	55
Perda completa do uso de uma mão	60	50
Fractura não consolidada de um braço	40	30
Pseudartrose dos dois ossos do antebraço	25	20
Perda completa do uso do movimento do cotovelo	20	15
Amputação do polegar:		
• Perdendo o metacarpo	25	20
• Conservando o metacarpo	20	15
Amputação do indicador	15	10
Amputação do médio	8	6
Amputação do anelar	8	6
Amputação do dedo mínimo	8	6
Perda completa dos movimentos do punho	12	9
Pseudartrose de um só osso do antebraço	10	8
Fractura do 1º metacarpo com sequelas que determinem incapacidade funcional	4	3
MEMBROS INFERIORES		%
Desarticulação dum membro inferior pela articulação coxo-femural ou perda completa do uso de um membro inferior	60	
Amputação da coxa pelo terço médio	50	
Perda completa do uso dum pé abaixo da articulação do joelho ..	40	
Perda completa do pé	40	
Fractura não consolidada da coxa	45	
Fractura não consolidada de uma perna	40	
Amputação parcial de um pé, compreendendo todos os dedos e uma parte do pé	25	
Perda completa do movimento da anca	35	
Perda completa do movimento do joelho	25	
Anquilose completa do tornozelo em posição favorável	12	
Sequelas moderadas de fractura transversal da rótula	10	
Encurtamento de um membro inferior em:		
• 5 cm ou mais	20	
• 3 a 5 cm	15	
• 2 a 3 cm	10	
Amputação do dedo grande do pé com o seu metatarso	10	
Perda completa de qualquer dedo do pé, com exclusão de dedo grande	3	
RAQUIS - TORAX		%
Fractura da coluna vertebral cervical sem lesão medular	10	
Fractura da coluna dorsal ou lombar:		
• Compressão com rigidez raquidiana nítida, sem sinais neurológicos	10	
Cervicalgias com rigidez raquidiana nítida	5	
Lombalgias com rigidez raquidiana nítida	5	
Paraplegia fruste, marcha possível, espasmodicidade dominando a paralisia	20	
Algias radiculares com irradiação (forma ligeira)	2	
Fractura isolada do esterno com sequelas pouco importantes	3	
Fractura uni-costal com sequelas pouco importantes	1	
Fracturas múltiplas de costelas com sequelas importantes	8	
Resíduos de um derrame traumático com sinais radiológicos	5	
ABDÓMEN		%
Ablação do baço, com sequelas hematóiógicas, sem manifestações clínicas	10	
Nefrectomia	20	
Cicatriz abdominal de intervenção cirúrgica com eventração de 10 cm, não operável	15	