

SEGURADOR

Real Vida Seguros, S.A.

TIPO DE CLIENTE

Particulares e primeiro titular do Cartão Universo, que privilegiam a utilização de canais de contacto remoto e, sejam aceites pela Real Vida Seguros, S.A..

A subscrição é individual sobre uma Pessoa Segura, podendo a apólice incluir elementos do respectivo agregado familiar.

PRODUTO

Seguro de Saúde

DESCRIÇÃO

O Seguro de Saúde é um seguro que garante à Pessoa Segura, em caso de sinistro ocorrido durante a sua vigência, o acesso a cuidados de saúde numa vasta rede médica de prestadores convencionados, designadamente o acesso a consultas médicas, exames de diagnóstico e tratamentos a preços reduzidos, a disponibilização de um vasto conjunto de coberturas de assistência, como a Medicina Online, Médico ao Domicílio, Envio de Profissional de Enfermagem ao Domicílio, Serviço de Atendimento Permanente 24H/7, Check-up Anual, Aconselhamento Médico entre outros, garantindo ainda o pagamento de um subsídio diário em caso de internamento hospitalar da Pessoa Segura.

ÂMBITO DO SEGURO

O presente Contrato garante, até ao limite dos capitais seguros indicados na proposta, o pagamento de prestações convencionadas ou indemnizatórias em consequência de doença ou acidente sofrido pela(s) Pessoa(s) Segura(s) durante a vigência do contrato.

Quem pode aderir

Clientes que pretendem salvaguardar a utilização de cuidados de saúde, acedendo a uma vasta rede médica de prestadores convencionados, designadamente o acesso a consultas médicas, exames de diagnóstico e tratamentos a preços reduzidos, que se encontrem dentro dos seguintes limites etários:

Subscrição

Idade Mínima: não existe

Permanência

Idade Máxima: sem idade limite de permanência.

Subscrição e Aceitação

Para subscrever o seguro é indispensável o preenchimento de Proposta de Seguro, a ocorrer por contacto telefónico, no qual se identificará o Tomador do Seguro e a(s) Pessoa(s) Segura(s), a aceitação do seguro é automática, sem avaliação de risco.

ENTIDADE GESTORA DE SAÚDE

RNA Assistência (através da Rede de Assistência Médica RNA Medical)

COBERTURAS

O contrato de seguro pode garantir, nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Especiais e Particulares ou Certificado Individual de Seguro, e de acordo com o Plano subscrito, as seguintes coberturas:

- a) Subsídio Diário por Internamento Hospitalar;
- b) Acesso a Rede Médica (RNA Medical);
- c) Acesso a Rede Bem-Estar;
- d) Consulta Médica Online;
- e) Envio de Médico ao Domicílio;
- f) Acesso a Rede de Partos;
- g) Aconselhamento Médico;
- h) Envio de Profissional de Enfermagem ao Domicílio;
- i) Segunda Opinião Médica Nacional;
- j) Acesso a Rede de Farmácias;
- k) Acesso a Rede de Ópticas;

- l) Check-up Anual;
- m) Serviço de Atendimento Permanente 24H/7;
- n) Central de Marcação Consultas;

As garantias do contrato entram em vigor após o decurso dos períodos de carência, se aplicável, indicados para cada cobertura nas Condições Especiais ou nas Condições Particulares, sendo os mesmos contados a partir da data de subscrição de cada Pessoa Segura.

PLANO DE COBERTURAS E LIMITES DE INDEMNIZAÇÃO

Coberturas	Limites de Indemnização
Subsídio Diário por Internamento Hospitalar	€ 25,00 / dia
Acesso a Rede Médica	Sem limite - Valores convencionados
Acesso a Rede Bem-Estar	Sem limite - Valores convencionados (ou descontos até 40%)
Consulta Médica Online	Oferta de 4 consultas por anuidade (restantes co-pagamento de € 10,00 / consulta)
Envio de Médico ao Domicílio	Sem limite (co-pagamento de € 15,00 / envio)
Acesso a Rede de Partos	Sem limite - Valores convencionados
Aconselhamento Médico	Sem limite
Envio de Profissional de Enfermagem ao Domicílio	Sem limite (co-pagamento de € 10,00 / envio)
Segunda Opinião Médica Nacional	1 pedido gratuito / anuidade
Acesso a Rede de Farmácias	Sem limite (descontos até 15%)
Acesso a Rede de Ópticas	Sem limite (descontos até 40%)
Check-up Anual	1 consulta por anuidade (co-pagamento máximo de € 35,00)
Serviço de Atendimento Permanente 24H/7	Sem limite
Central de Marcação Consultas	Sem limite

ÂMBITO DAS COBERTURAS

SUBSÍDIO DIÁRIO POR INTERNAMENTO HOSPITALAR

A cobertura garante, nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Particulares, o pagamento de um subsídio diário em caso de Internamento Hospitalar por Doença ou Acidente.

O pagamento do subsídio diário mantém-se desde que subsista o internamento em hospital por um período não superior a 30 dias contados da data de internamento da Pessoa Segura, por anuidade.

No âmbito desta cobertura não se encontram abrangidas despesas decorrentes de patologias, lesões ou deformações pré-existentes à data de celebração do contrato de seguro.

ACESSO A REDE MÉDICA (RNA Medical)

A presente cobertura assegurada, através da Rede de Assistência Médica (designada por RNA Medical), tem cobertura nacional e um vasto conjunto de prestadores de cuidados de saúde: especialidades médicas, hospitais, clínicas, centros de meios auxiliares de diagnóstico, centros de medicina física e reabilitação e prestadores de prevenção e bem-estar.

Através dos serviços de assistência, esta cobertura garante às Pessoas Seguras, portadoras do respectivo cartão de saúde, o acesso a um conjunto de serviços na área da saúde, através do qual poderá usufruir de um conjunto de benefícios traduzidos em descontos de internamento, exames complementares de diagnóstico e outros, assim como o acesso a consultas de clínica geral e de especialidade a preços previamente convencionados, constantes das Condições Particulares.

Os valores convencionados para exames médicos e outros meios complementares de diagnóstico e terapêutica podem variar entre um valor mínimo e um valor máximo convencionado, cuja aplicação varia de acordo com o prestador da Rede. Sendo garantida a aplicação de um desconto mínimo de 15% face aos preços de venda ao público praticado pelo prestador da Rede.

A rede de Prestadores Clínicos actualizada poderá ser consultada em www.rnamedical.pt.

Os clientes deverão apresentar em cada utilização o cartão de Saúde identificado com o logotipo da Rede de Assistência Médica (RNA

Medical), acompanhado de um documento de identificação pessoal.

Fica a cargo da Pessoa Segura a totalidade do valor convencionado, que deve ser liquidado directamente ao Prestador aquando da realização da intervenção;

- a) Existirá um co-pagamento no valor de 20,00€ (vinte euros) por consulta de clínica geral e de especialidade.
- b) Existirá um co-pagamento no valor de 45,00€ (quarenta e cinco euros) para consultas de Urgência. Este valor corresponde ao valor de referência para a consulta de triagem em urgência, sendo os restantes actos médicos facturados individualmente.
- c) O Segurador garante ainda às Pessoas Seguras, o acesso a Rede de Cirurgia, com pacotes cirúrgicos fechados que podem contemplar as seguintes rubricas:
 - i) Diária de internamento;
 - ii) Bloco operatório;
 - iii) Honorários médicos.
- d) Exames Auxiliares de Diagnóstico: valores convencionados, podendo ser consultados junto do respectivo prestador em www.universo.pt ou através do Serviço de Atendimento Permanente 24H/7.

ACESSO A REDE BEM-ESTAR

O Segurador, através dos serviços de assistência, garante à Pessoa Segura o acesso a cuidados de lazer e bem-estar a preços preferenciais através da Rede de Bem-Estar, uma rede diversificada e devidamente certificada, com condições de acesso adequadas e vantajosas. Os descontos convencionados serão aplicados sobre o valor de venda a cargo do cliente, até ao máximo de 40%.

O Segurador não procede a reembolsos de despesas efectuadas na Rede Bem-Estar convencionada ou de quaisquer outras despesas relacionadas com cuidados de saúde, havidas sem o seu prévio consentimento ou não cobertas contratualmente.

A Rede de Bem-Estar é mutável pelo que o Segurador não assume qualquer responsabilidade pelas alterações que possam vir a ocorrer quer na Rede quer nos descontos acordados com cada Entidade, que podem ser mutáveis em função das condições de mercado ou mesmo alterados por decisão unilateral com o respectivo prestador.

CONSULTA MÉDICA ONLINE

O Segurador, através dos serviços de assistência, em caso de urgência, assegura a marcação de consulta de clínica geral através de vídeo chamada.

Esta garantia tem o limite de marcações de 4 consultas por anuidade sem qualquer custo adicional, tendo, um co-pagamento no valor de €10,00 por consulta a cargo da Pessoa Segura para as consultas subseqüentes na mesma anuidade.

ENVIO DE MÉDICO AO DOMICÍLIO

Sempre que o estado de saúde o justifique, o Segurador garante à Pessoa Segura o envio de um médico ao domicílio, contra um co-pagamento a efectuar no acto da consulta directamente ao médico, nos termos previstos nas Condições Particulares.

No caso de indisponibilidade do médico ou ausência de médico no concelho ou distrito onde o cliente se encontre, o Segurador, através dos serviços de assistência organiza e suporta o transporte do cliente até ao centro clínico mais próximo, suportando o custo da respectiva consulta com um co-pagamento a cargo do Cliente, nos termos previstos nas Condições Particulares.

A utilização desta cobertura fica excluída no caso da Pessoa Segura residir, em regime permanente, em lar para terceira idade, centro de acção social e de acolhimento, instituição particular de solidariedade social, residência assistida ou qualquer instituição que, pelo seu cariz seja similar a qualquer uma das aqui enunciadas.

Esta garantia tem um co-pagamento por utilização, a cargo da Pessoa Segura, nos termos indicados nas Condições Particulares.

ACESSO A REDE DE PARTOS

O Segurador, através dos serviços de assistência, garante à Pessoa Segura o acesso a Rede de Partos convencionada com condições especiais, podendo ser consultada a lista actualizada em www.universo.pt.

A Rede de Partos tem cobertura nacional e é constituída por um vasto conjunto de prestadores de cuidados de saúde: especialidades médicas, hospitais, clínicas e centros de meios auxiliares de diagnóstico.

O Segurador, através dos serviços de assistência, garante às Pessoas Seguras portadoras do cartão de saúde, o acesso a Rede de Partos, com descontos até 20% face ao preço de venda ao público praticado pelo prestador da Rede.

Em cada utilização, as Pessoas Seguras, deverão apresentar o cartão de saúde acompanhado de documento de identificação pessoal.

ACONSELHAMENTO MÉDICO

Através da linha telefónica de atendimento 24 horas por dia, a Pessoa Segura poderá solicitar, à Equipa Médica do Segurador:

- Informação médica referente a doenças;
- Informação médica referente à prevenção de problemas de saúde;
- Informação sobre a correcta administração de medicamentos;
- Apoio na compreensão de relatórios de laboratório, terminologia médica, interpretação de relatórios e diagnósticos;
- Explicação do funcionamento e preparação prévia necessária à realização de exames médicos complementares;
- Outras informações de interesse (informação relacionada com saúde infantil, farmácias, etc.).

Caso não seja possível fornecer uma resposta imediata, o Segurador diligenciará no sentido de efectuar a procura de informações solicitadas e voltará a contactar com o cliente para transmitir as respectivas informações.

O Segurador não será responsável pelas interpretações do cliente nem pelas eventuais consequências das mesmas. As eventuais informações médicas prestadas não poderão ser entendidas como uma consulta médica, mas tão somente como uma orientação geral prestada por um dos médicos do Segurador.

ENVIO DE PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM AO DOMICILIO

Em caso de doença de que resulte acamamento ou incapacidade do cliente comprovada por relatório médico, o Segurador promoverá a procura e o envio de profissionais de enfermagem durante o tempo necessário à sua recuperação.

A utilização desta cobertura fica excluída no caso da Pessoa Segura residir, em regime permanente, em lar para terceira idade, centro de acção social e de acolhimento, instituição particular de solidariedade social, residência assistida ou qualquer instituição que, pelo seu cariz seja similar a qualquer uma das aqui enunciadas.

Esta garantia tem um co-pagamento no valor de €10,00, a cargo da Pessoa Segura, que deve ser liquidado directamente ao Prestador aquando da realização da intervenção.

SEGUNDA OPINIÃO MÉDICA NACIONAL

O Segurador disponibiliza aos portadores do cartão de saúde, o acesso a 2.ª Opinião Médica através dos seus médicos consultores que efectuarão toda a gestão do processo clínico (recolha de provas diagnósticas, realização de consultas, análise e elaboração do respectivo diagnóstico com as respectivas recomendações diagnósticas e/ou terapêuticas e as devidas explicações à Pessoa Segura). Ampla rede de médicos especialistas com elevado prestígio, especializados em cada uma das valências associadas a esta prestação de serviço.

Este serviço cobre as seguintes doenças graves:

- a) SIDA;
- b) Afasia;
- c) Doença de Alzheimer;
- d) Esclerose Múltipla;
- e) Cegueira;
- f) Transplantes de Órgãos;
- g) Tumor Cerebral Benigno;
- h) Cancro;
- i) Doenças Cardiovasculares;
- j) Doenças Neurológicas;
- k) Parkinson;
- l) Surdez;
- m) Coma;
- n) Insuficiência Renal;
- o) Doenças Terminais;
- p) Trauma;
- q) Paralisia;

- r) AVC;
- s) Queimaduras Graves.

Doenças e situações clínicas não abrangidas:

- Fica excluído o funcionamento de quaisquer actos médicos adicionais, ainda que resultantes de recomendação obtida no âmbito deste serviço.

ACESSO A REDE DE FARMÁCIAS

O Segurador garante às Pessoas Seguras, portadoras do cartão de saúde o acesso a uma Rede convencionada de Farmácias com condições especiais na aquisição de medicamentos comparticipados, medicamentos não comparticipados, cosmética, puericultura, higiene oral. Os descontos serão aplicados sobre o valor de venda a cargo do cliente, até ao máximo de 10% em medicamentos sujeitos a receita médica e até ao máximo de 15% de desconto noutros artigos.

ACESSO A REDE DE ÓPTICAS

O Segurador garante às Pessoas Seguras, portadoras do cartão de saúde o acesso a uma Rede convencionada de Ópticas com condições especiais na aquisição de óculos graduados, óculos de sol e lentes de contacto.

Os descontos serão aplicados sobre o valor de venda a cargo do cliente, até ao máximo de 40%.

CHECK-UP ANUAL

O Segurador garante à Pessoa Segura a realização de um check-up anual a realizar em prestador convencionado da Rede RNA Medical, até ao limite de uma consulta de check-up anual a realizar com um co-pagamento a cargo da Pessoa Segura, nos termos previstos nas Condições Particulares. O Check-Up anual inclui os seguintes exames:

- Consulta de Clínica Geral;
- Urina II;
- Colesterol Total;
- HDL;
- Triglicéridos;
- Glicémia em jejum;
- Hemograma;
- Velocidade de sedimentação;
- Creatinina;
- Transaminases;
- Gamma T;
- Ácido Úrico;
- ECG em repouso;
- Raio X Tórax com relatório.

A realização do check-up anual é válida apenas na Rede de Prestadores convencionada RNA Medical, não havendo lugar a qualquer reembolso no caso de realizações efectuadas fora da referida Rede. A Pessoa Segura deverá efectuar a marcação prévia do seu exame através da linha de atendimento permanente.

SERVIÇO DE ATENDIMENTO PERMANENTE 24H/7

O Segurador, através dos serviços de assistência, garante à Pessoa Segura uma linha de apoio disponível 24 horas por dia, 7 dias por semana. A linha telefónica de atendimento está disponível através do número 210 419 219 (custo de chamada para rede fixa nacional).

CENTRAL DE MARCAÇÃO DE CONSULTAS

O Segurador, através dos serviços de assistência, garante à Pessoa Segura o acesso a uma central de marcação de consultas disponível 24/7 e disponível através da linha telefónica de apoio.

COMPARTICIPAÇÕES, CO-PAGAMENTOS E PERÍODOS DE CARÊNCIA

Ao presente contrato aplicam-se, de acordo com o quadro abaixo, os seguintes limites de capitais, franquias, co-pagamentos e períodos de carência.

Coberturas	Prestações na Rede		Período de Carência
	Segurador	Cliente	
Subsídio Diário por Internamento Hospitalar	€ 25/ dia ¹⁾	n.a.	180 dias
Franquia por sinistro (ocorrência / sinistro)			7 dias
Acesso a Rede Médica	√	√	n.a.
Ambulatório - Consultas			
Consulta Medicina Geral e Familiar e de Especialidade		€ 20,00 / consulta	
Consulta de Urgência		€ 45,00 / consulta	
Restantes Serviços		Preço de Rede	
Consulta Médica Online	√	√	n.a.
Co-Pagamento (por sinistro)		€ 10,00 ²⁾	
Envio de Médico ao Domicílio	√	√	n.a.
Co-Pagamento (por sinistro)		€ 15,00 / envio	
Envio de Profissional de Enfermagem ao Domicílio	√	√	n.a.
Co-Pagamento (por sinistro)		€ 10,00 / serviço	
Acesso a Rede Bem-Estar	√	Preço de Rede	n.a.
Acesso a Rede de Partos	√	Preço de Rede	n.a.
Aconselhamento Médico	√	-	n.a.
Segunda Opinião Médica Nacional	√	1 pedido / anuidade	n.a.
Acesso a Rede de Farmácias	√	descontos até 15%	n.a.
Acesso a Rede de Ópticas	√	descontos até 40%	n.a.
Check-up Anual	√	1 consulta / anuidade	n.a.
Co-Pagamento (por sinistro)		máximo de € 35,00	
Serviço de Atendimento Permanente 24H/7	√	-	n.a.
Central de Marcação de Consultas	√	-	n.a.

¹⁾ Aplicável também a internamentos Fora da Rede.

²⁾ As quatro primeiras consultas gratuitas, por anuidade.

n.a. - não aplicável

REGIME DE FUNCIONAMENTO DAS GARANTIAS

As coberturas contratadas de acordo o definido nas Condições Particulares reveste a seguinte modalidade:

Acesso a Rede Médica

Disponibilização de serviços de cuidados de saúde, garantidos pelo presente contrato de seguro, executados por prestadores da Rede Médica convencionada, aos quais a Pessoa Segura tem acesso, suportando na totalidade os respectivos custos.

Prestações na Rede

Serviços de cuidados de saúde, garantidos pelo presente contrato de seguro, realizados em prestadores da Rede Médica Convencionada, nos quais a comparticipação das despesas de saúde é suportada directamente pelo Segurador, nos termos do disposto nas Condições Particulares, suportando a Pessoa Segura o pagamento das Franquias e/ou Co-pagamentos, estando o respectivo acesso sujeito aos critérios de utilização definidos pelo Segurador, incluindo a Autorização para actos e procedimentos nos termos do disposto na Apólice.

LIMITES ETÁRIOS

Subscrição

Idade Mínima: Não existe.

Permanência

Idade Máxima: sem idade limite de permanência.

PRÉMIO

1. O prémio inicial é devido na totalidade na data da celebração do contrato.
2. A cobertura dos riscos depende do prévio pagamento do prémio.
3. Por acordo das partes o prémio pode ser fraccionado, porém a ocorrência de sinistro implica o vencimento imediato das fracções de prémio vincendas.
4. O prémio das anuidades subsequentes é devido na data da respectiva prorrogação.
5. O prémio resultante de eventuais alterações ao contrato é devido na data indicada no aviso para pagamento.

FORMA DE PAGAMENTO

O prémio é Anual com fraccionamento mensal e pago através de débito directo.

Consequências da falta de pagamento do prémio

A falta de pagamento do prémio inicial, ou da primeira fracção deste, ou fracções subsequentes, na data do vencimento, determina a resolução automática do contrato a partir da data da sua celebração, deixando de produzir quaisquer efeitos.

A falta de pagamento do prémio de anuidades subsequentes, ou da primeira fracção destas, na data do vencimento, impede a prorrogação do contrato, pelo que este não se renovará e deixará de produzir quaisquer efeitos.

Alteração do prémio

1. Não havendo alteração das garantias ou do risco, qualquer alteração do prémio, por iniciativa do Segurador, apenas poderá efectivar-se na data de renovação anual do contrato, mediante aviso ao Tomador do Seguro com antecedência mínima de 30 (trinta) dias sobre essa data.
2. Poderão originar variação no valor do prémio os seguintes factores: a actualização da tarifa, a alteração do número de pessoas seguras e/ou das coberturas contratadas, a inflação, sempre que tal alteração possa causar impactos financeiros negativos e/ou comprometer a sustentabilidade do seguro, e a revisão de preços por parte dos prestadores de serviços de saúde.
3. Se o Segurador modificar a sua tarifa, terá o direito de fixar o novo prémio em conformidade, a partir do vencimento anual seguinte, obrigando-se a comunicar tal facto no prazo disposto no número 1.
4. Em virtude de alteração do risco ou em casos de força maior, por alteração anormal das circunstâncias que determinaram a contratação do seguro, o Segurador poderá propor ao Tomador do Seguro a alteração do valor do prémio fixando um prazo não inferior a 14 dias para que este aceite a alteração, e o contrato cessará os seus efeitos 20 dias após a recepção pelo Tomador do Seguro da proposta de alteração, caso este nada responda ou a rejeite.
5. Para os efeitos da presente cláusula, consideram-se motivos de força maior atendíveis, a necessidade de revisão do valor do prémio resultante de alterações legislativas, regulamentares e/ou fiscais, bem como, resultante da verificação de programas de resgate externo do FMI, CE e BCE, geradores de impactos financeiros negativos e insustentáveis para a manutenção do seguro, demonstradoras de uma efectiva alteração anormal das circunstâncias em que as partes fundaram a decisão de contratar, sendo que tais alterações apenas serão aceitáveis se efectuadas na exacta medida do necessário.

RESPONSABILIDADE MÁXIMA DO SEGURADOR EM CADA PERÍODO DE VIGÊNCIA DO CONTRATO

Os valores garantidos pelo contrato, assim como as franquias contratadas, co-pagamentos e os períodos de carência aplicáveis, constam das Condições Particulares e vigoram em cada anuidade da apólice.

DURAÇÃO, RENOVAÇÃO E DENÚNCIA DO CONTRATO

1. O contrato produz efeitos a partir das zero horas do dia seguinte ao da sua celebração, desde que o prémio inicial seja pago.
2. O contrato é celebrado por um ano a continuar pelos anos seguintes.
3. O contrato celebrado renova-se sucessivamente por novos períodos de um ano, salvo se for denunciado por qualquer uma das partes ou se não for pago o prémio.
4. Qualquer uma das partes pode denunciar o contrato com a antecedência mínima de 30 dias em relação ao termo da anuidade.

DIREITO DE LIVRE RESOLUÇÃO DO CONTRATO

1. O Tomador do Seguro pode resolver o contrato, sem invocar justa causa, num prazo de 30 dias a contar da data de recepção da Apólice, mediante comunicação por escrito, em suporte de papel ou outro meio duradouro disponível e acessível ao Segurador.
2. O exercício do direito de livre resolução determina a cessação do contrato, extinguindo todas as obrigações dele decorrentes, com

efeitos a partir da celebração do mesmo, tendo o Segurador direito ao valor do prémio calculado pro rata temporis, na medida em que tenha suportado o risco até à resolução do contrato;

RECLAMAÇÕES

O Segurador dispõe de uma unidade orgânica específica para receber, analisar e dar resposta a quaisquer reclamações relacionadas com o contrato ou com as obrigações e direitos dele decorrentes, podendo para o efeito dirigir documento escrito para a sua sede, na Avenida de França, 316 – 5.º, Edifício Capitólio, 4050-276 Porto ou utilizar o endereço electrónico reclamacoes@realvidaseguros.pt. Caso não haja concordância com a resposta apresentada, a reclamação deverá ser dirigida para o Provedor do Cliente no endereço indicado ou através do endereço electrónico provedor.cliente@realvidaseguros.pt, sem prejuízo de poder ser requerida a intervenção da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões.

INTERVENÇÃO DE MEDIADOR DE SEGUROS

1. Nenhum Mediador de seguros se presume autorizado a, em nome do Segurador, celebrar ou extinguir contratos de seguro, a contrair ou alterar as obrigações deles emergentes ou a validar declarações adicionais, salvo o disposto nos números seguintes.
2. Pode celebrar contratos de seguro, contrair ou alterar as obrigações deles emergentes ou validar declarações adicionais, em nome do Segurador, o Mediador de seguros ao qual o Segurador tenha conferido, por escrito, os necessários poderes.
3. Não obstante a carência de poderes específicos para o efeito da parte do Mediador de seguros, o seguro considera-se eficaz quando existam razões ponderosas, objectivamente apreciadas, tendo em conta as circunstâncias do caso, que justifiquem a confiança do Tomador do Seguro de boa fé na legitimidade do Mediador, desde que o Segurador tenha igualmente contribuído para fundar a confiança do Tomador do Seguro.
4. O Tomador do Seguro, se assim o desejar, poderá solicitar ao Segurador a informação sobre a forma de remuneração do Mediador de Seguros relativamente à prestação do serviço de mediação, bem como o nome das empresas de seguros e mediadores de seguros com os quais o mediador possa trabalhar, se aplicável.

PROVA CONVENCIONADA

O Tomador do Seguro e o Segurador acordam que todo e qualquer registo electrónico, bem como as gravações orais (assim como a sua transcrição escrita, caso exista), conservados pelo Segurador em suporte duradouro, serão aceites como prova das operações realizadas para a subscrição, modificação ou cessação do presente contrato.

PROTECÇÃO DE DADOS PESSOAIS

1. O Segurador é a entidade responsável pelo tratamento dos dados pessoais dos Tomadores de Seguros, Pessoas Seguras e Beneficiários ("Clientes", em conformidade com política interna de privacidade).
2. O Segurador recolhe os dados directamente junto dos Clientes ou através de parceiros comerciais.
3. O Segurador trata as seguintes categorias de dados: dados de identificação, dados de contacto, dados financeiros e bancários, dados de saúde e demais dados necessários à contratação, gestão e execução do contrato de seguro (incluindo pagamento e facturação do prémio, reembolsos), gestão de reclamações, gestão de sinistros, avaliação de risco, entre outros.
4. O Segurador poderá tratar os dados pessoais dos titulares dos dados para lhes enviar informações e comunicações de marketing, através de e-mail, correio postal, SMS, contacto telefónico, ou outros, sobre os seus produtos e serviços, sendo este tratamento de dados apenas realizado com o consentimento expresso dos Clientes, prestado no momento da recolha dos dados pessoais.
5. Caso pretenda retirar o seu consentimento, o Cliente pode a qualquer momento contactar o Segurador através de correio electrónico para o endereço dpo.dadospessoais@realvidaseguros.pt.
6. O Segurador dispõe de uma Política de Privacidade que descreve as orientações e princípios por si adoptados para assegurar a protecção dos titulares de dados pessoais, estabelecendo directrizes relativas aos direitos dos titulares e ao tratamento e livre circulação dos dados pessoais, a qual poderá ser consultada em www.realvidaseguros.pt.

LEI APLICÁVEL

O presente contrato rege-se pela lei portuguesa.

Sem prejuízo da possibilidade de recurso à arbitragem, o foro competente para qualquer pleito emergente deste contrato é o da Comarca do local que constar na data de emissão das Condições Particulares, sem prejuízo do estabelecido na lei processual civil no que respeita à competência territorial em matéria de cumprimento de obrigações.

AUTORIDADE DE SUPERVISÃO

Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões.