

GUIA

DE SEGUROS E FUNDOS DE PENSÕES



Guia completo escrito em
linguagem simples e clara



ASF

Autoridade de Supervisão
de Seguros e Fundos de Pensões

GUIA DE SEGUROS E FUNDOS DE PENSÕES

Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões

Lisboa, 2015

O presente Guia desempenha uma função informativa, não constituindo base legal sobre as matérias nele abordadas e, conseqüentemente, não dispensando a consulta da legislação em vigor. O seu conteúdo não pode, por isso, ser invocado junto das empresas de seguros ou sociedades gestoras de fundos de pensões, ou perante os Tribunais ou meios alternativos de resolução de litígios ou quaisquer outras entidades.

Índice

Nota de abertura.....	11
Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões	13
Principais atribuições	15
Supervisão prudencial das empresas de seguros.....	15
Supervisão prudencial dos fundos de pensões.....	16
Supervisão comportamental	16
Apoio aos Consumidores.....	17
Contrato de Seguro.....	19
O que distingue os seguros de danos dos seguros de pessoas?.....	21
Qual a diferença entre seguros individuais e seguros de grupo?	22
Antes do Contrato.....	22
O que é e para que serve a proposta de seguro?	22
De que modo o segurador é informado sobre o risco a cobrir?	23
O que acontece se não se informar de um modo correto e completo o segurador sobre o risco a cobrir?.....	23
Quais são as principais informações que o segurador deve prestar?	24
Como devem os seguradores prestar informações?	24
O que é o dever especial de esclarecimento do segurador?	25
O que acontece se o segurador não cumprir os seus deveres de informação?	25
Como se celebra um contrato de seguro	25
O que são as condições gerais, especiais e particulares?	26
O que deve constar da apólice?.....	26
Quando e como deve ser emitida e entregue a apólice?	27
O que acontece se o segurador não entregar a apólice no prazo previsto?	28
Quando é que se considera celebrado o contrato de seguro?	28
Qual a duração de um contrato de seguro?.....	28
Como se pode fazer cessar um contrato de seguro?.....	29
O que é a revogação?	29
O que é a caducidade?.....	29
O que é a denúncia?	29
O que é a resolução?	30
É possível desistir do contrato de seguro sem justa causa?.....	30
O que acontece quando um contrato de seguro cessa por livre resolução?	31
Prémio	31
Quando se deve pagar o prémio?.....	31
O que acontece se não se pagar o prémio?	32
Se o seguro cessar antes do período de duração acordado, o prémio é devolvido?	32
Sinistro	32
Em caso de sinistro, o que se deve fazer?	32
Em caso de sinistro, quais são as obrigações do segurador?	33

Seguro de Grupo	35
Seguros contributivos e não contributivos: quem paga o prémio?	37
Existem condições especiais de adesão a um seguro de grupo contributivo?	37
Quem deve cumprir os deveres de informação ao segurado?	38
Quanto tempo dura um contrato de seguro de grupo?	38
Seguros comercializados por Telefone e Internet	39
Como se deve informar o segurador do risco a cobrir nos contratos celebrados através da Internet?	41
Quais são as principais informações que o segurador deve prestar antes de celebrar um contrato de seguro através da Internet?	41
Quais são as principais informações que o segurador deve prestar antes de celebrar um contrato de seguro pelo telefone?	42
Prémio	42
Como se pode fazer cessar o contrato.....	42
Seguro Automóvel	43
Seguro obrigatório	45
Quais as consequências da falta de seguro?	45
Os seguradores podem recusar-se a celebrar o seguro obrigatório?	45
O que cobre o seguro obrigatório?.....	45
Seguros facultativos.....	46
Que outras coberturas se podem contratar?.....	46
É possível fazer um seguro “contra todos os riscos”?	46
Preço do seguro	47
O preço do seguro é igual em todos os seguradores?	47
A franquia afeta o preço do seguro?	47
O preço do seguro pode variar de ano para ano?	47
Que tipo de informações se devem pedir e analisar antes de escolher um seguro automóvel?	48
O que fazer em caso de acidente.....	48
Para que serve a Declaração Amigável de Acidente Automóvel?	49
E se, em caso de sinistro, um dos veículos não estiver seguro?	49
O que é e para que serve o Fundo de Garantia Automóvel?	50
O que fazer em caso de acidente em Portugal com um veículo de matrícula estrangeira?	50
Regularização do sinistro	51
Qual o prazo para o segurador comunicar a sua decisão?.....	51
É obrigatório aceitar a decisão do segurador?	52
Em caso de acidente, existe o direito a um veículo de substituição?.....	52
O que significa “perda total”?	52
Qual o valor da indemnização em caso de acidente com perda total?.....	53
Como é atualizado o valor do veículo no seguro de danos próprios?	53
Conduzir no estrangeiro	54
Que precauções se devem tomar ao viajar para o estrangeiro?	54
O que fazer se tiver um acidente no estrangeiro?	54
Onde se pode obter informação sobre os seguros e os representantes para sinistros?.....	54
O que é e para que serve o organismo de indemnização?	55

Se vender o veículo.....	55
O seguro transfere-se para o novo proprietário do veículo?	55
O prémio é devolvido, se o contrato ainda não tiver chegado ao seu termo?	56
Seguro de Habitação.....	57
Seguro de incêndio.....	59
O que cobre o seguro obrigatório de incêndio?	59
Seguro multirriscos habitação	59
O que é um seguro multirriscos habitação?	59
Quais as coberturas do seguro multirriscos habitação?	60
Preço do seguro e contrato.....	60
O preço do seguro é igual em todos os seguradores?.....	60
Que informações se devem pedir e analisar antes de escolher um seguro de habitação?	60
Em que momento se inicia a cobertura dos riscos pelo contrato?	61
Qual a duração do contrato?.....	61
O prémio é devolvido, se o contrato cessar antes da data inicialmente acordada?	61
Capital seguro	61
Qual deve ser o capital seguro relativo ao imóvel?	61
Qual deve ser o capital seguro relativo ao recheio do imóvel?.....	62
Como é feita a atualização do capital seguro?.....	62
É possível atualizar automaticamente o capital seguro?	63
O que fazer em caso de sinistro	63
Quais as obrigações do segurado em caso de sinistro?	63
Quais as obrigações do segurador em caso de sinistro?	64
Pagamento da indemnização.....	64
Como é paga a indemnização?	64
O que é a regra proporcional e quando se aplica?	64
Seguro de Saúde	65
Como funcionam as garantias?	67
O que está normalmente excluído de um seguro de saúde?	67
As doenças preexistentes estão cobertas pelo seguro de saúde?.....	68
O que fazer em caso de acidente ou doença.....	68
Pagamento das despesas de saúde	68
Como são feitos os pagamentos de um seguro de saúde?.....	68
Como funciona o sistema de reembolso?	68
Como funciona o sistema de rede convencionada?	69
Seguro de Responsabilidade Civil	71
Quais são os seguros de responsabilidade civil obrigatórios?.....	73
O que está normalmente coberto por um seguro de responsabilidade civil?	73
O que está normalmente excluído de um seguro de responsabilidade civil?	73
Qual é o período de cobertura de um seguro de responsabilidade civil?	74
O que deve fazer o segurado em caso de sinistro?	74
A quem deve a vítima de um sinistro dirigir o seu pedido de indemnização?	74
Qual o valor da indemnização?	74
E se existirem vários lesados?	74

Seguros do ramo Vida	75
Conceitos importantes.....	77
Pagamento do prêmio do seguro.....	78
Como é pago o prêmio?	78
Quando e como deve ser feito o aviso para pagamento do prêmio?	78
Quais as consequências de não pagar o prêmio?	78
Pagamento do capital seguro	78
Que documentos podem ser pedidos pelo segurador para que pague o capital seguro (valor de resgate ou de reembolso)?	78
Qual é o prazo para o pagamento dos valores de resgate e de reembolso?	80
Seguro de vida	80
O que é um seguro de vida?	80
Porque é importante fazer um seguro de vida?	81
Quais as informações que o segurador tem de prestar ao tomador do seguro, antes da celebração do contrato de seguro de vida?	81
Que informações devem constar da apólice de seguro de vida?.....	82
Seguros de nupcialidade / natalidade.....	82
Seguros ligados a fundos de investimento	82
O que são seguros ligados a fundos de investimento (ou <i>unit linked</i>)?	82
Um seguro ligado a um fundo de investimento garante um rendimento?	82
Que informações devem constar da apólice de seguros ligados a fundos de investimento?.....	83
Operações de capitalização.....	83
O que são operações de capitalização?	83
Que informações devem constar das condições gerais e especiais das operações de capitalização?.....	84
Qual a diferença fundamental entre uma operação de capitalização e um seguro de vida?	85
Qual a diferença fundamental entre uma operação de capitalização e um seguro de vida ligado a um fundo de investimento?	85
Planos de Poupança	87
Que tipo de planos de poupança existem?	89
Sob que forma podem existir os fundos de poupança?.....	89
Reembolso do valor do plano de poupança	89
Em que casos é possível o reembolso dos planos de poupança?	89
Quais as modalidades de reembolso?	91
Transferência do plano de poupança	91
É possível transferir um plano de poupança?	91
É legal a cobrança de comissões pela transferência dos planos de poupança?	92
Gestão dos planos de poupança	92
Quem são as entidades competentes para gerir os diferentes tipos de fundos de poupança?	92
Como deve ser composto o património do fundo de poupança?	93
Que tipos de comissões podem ser cobradas?	93
As entidades gestoras são obrigadas a enviar informação sobre o rendimento obtido pelo participante no fundo?	93
Que entidades têm poderes de supervisão sobre os fundos de poupança?	93

Fundos de Pensões	95
Quais são os principais intervenientes nos fundos de pensões?	97
Que tipos de fundos de pensões existem?	97
O que significa autonomia patrimonial?	98
Os fundos de pensões podem ser extintos?	98
O que são planos de pensões?	98
Que tipos de planos de pensões existem?	99
Como são financiados os planos de pensões?	99
O que são direitos adquiridos?	100
O que é a portabilidade dos benefícios?	100
Os contratos e regulamentos de fundos de pensões podem ser alterados?	100
Como são pagos os benefícios dos planos de pensões?	100
É possível pedir o reembolso das contribuições nos planos contributivos?	101
O que é a comissão de acompanhamento do plano de pensões?	101
Quais são as funções da comissão de acompanhamento do plano de pensões?	102
Fundos de pensões abertos	102
Quem pode comercializar as unidades de participação dos fundos de pensões abertos?	102
Que informações devem constar do regulamento de gestão de fundos de pensões abertos?	102
Adesão individual a fundos de pensões abertos	103
Como é feita a adesão individual a fundos de pensões abertos?	103
Que informações devem constar do contrato de adesão individual a um fundo de pensões aberto?	103
Se mudar de ideias, o contribuinte pode desistir do contrato?	104
O que acontece quando o contribuinte desiste do contrato?	104
Qual o destino dos custos suportados pelo consumidor, pela desistência do contrato?	104
Que informações devem ser prestadas, durante o contrato, aos participantes que aderiram individualmente a fundos de pensões abertos?	105
Adesão coletiva a fundos de pensões abertos	105
Como é feita a adesão coletiva a fundos de pensões abertos?	105
Que informações devem ser prestadas aos participantes de adesões coletivas a fundos de pensões abertos, no início do contrato?	105
Que informações devem constar do contrato de adesão coletiva a um fundo de pensões aberto?	106
Que informações se devem prestar, durante o contrato, aos participantes que aderiram individualmente a fundos de pensões abertos?	106
Que informações devem ser prestadas aos beneficiários de adesões coletivas a fundos de pensões abertos?	107
Fundos de pensões fechados	108
Que informações devem ser prestadas aos participantes de fundos de pensões fechados, no início do contrato?	108
Que informações devem ser prestadas, ao longo do contrato, aos participantes de fundos de pensões fechados?	109
Que informações devem ser prestadas aos beneficiários de fundos de pensões fechados?	109
Gestão dos fundos de pensões	110
Quais as funções da entidade gestora?	110
Quais os deveres gerais de atuação das entidades gestoras?	110

Provedor dos participantes e beneficiários para as adesões individuais aos fundos de pensões abertos e suas funções	111
Supervisão dos fundos de pensões	111
Publicidade aos fundos de pensões.....	112
Acidentes de Trabalho	113
Qual a importância do seguro de acidentes de trabalho?.....	115
Consequências da falta de seguro	115
Trabalhadores por conta de outrem	115
O que é um acidente de trabalho?	116
O que se entende por local e tempo de trabalho?	117
Quais as prestações garantidas em caso de acidente de trabalho?	118
O que é a remição de uma pensão?	118
Em que condições podem ser remidas as pensões?	118
As pensões são anualmente atualizáveis?	119
O que se entende por trabalhador independente?.....	119
Quais as regras do seguro de acidentes de trabalho do trabalhador independente?.....	119
Que regime se aplica a um acidente cujo sinistrado seja simultaneamente trabalhador por conta de outrem e independente?	119
Qual o âmbito territorial do seguro de acidentes de trabalho do trabalhador por conta de outrem?	120
Qual o âmbito territorial do seguro de acidentes de trabalho do trabalhador independente?	120
Quais os deveres gerais de informação do segurador antes da celebração do contrato?	120
Quais os deveres de informação do tomador do seguro antes da celebração do contrato?	121
Quando se inicia a cobertura dos riscos pelo contrato?.....	122
Qual a duração do contrato?.....	122
Qual a retribuição a considerar para efeitos de seguro do trabalhador por conta de outrem?	122
Qual a retribuição a considerar para efeitos de seguro do trabalhador independente?.....	122
Existem limites ao montante das prestações?	122
Quais as obrigações do tomador do seguro (no seguro de acidentes de trabalho do trabalhador por conta de outrem) anteriores ao sinistro?.....	123
Quais as obrigações do segurador em caso de sinistro?	123
A quem compete designar o médico assistente do sinistrado?	124
Qual a informação clínica a que o sinistrado tem direito?	124
Quando há lugar a revisão das prestações?	124
Como se pode fazer cessar um contrato de seguro?.....	125
Em que consiste a revogação do contrato?.....	125
Em que casos pode ocorrer a resolução do contrato?	125
O que sucede aos riscos recusados?	125
O que é o Fundo de Acidentes de Trabalho?	125
Principais competências.....	125
Fontes de financiamento principais:.....	126
Práticas Comerciais Desleais	127
As práticas comerciais desleais são permitidas?	129
Que tipos de práticas comerciais desleais existem?	129
Existem práticas comerciais desleais na área dos seguros e fundos de pensões?.....	130
O que acontece quando há uma prática comercial desleal?	130
O que se pode fazer contra uma prática comercial desleal?	130
É proibido enviar bens ou serviços não pedidos?	131

Discriminação	133
O que é a discriminação?	135
A discriminação é proibida na área dos seguros?	135
Em que termos é proibida a discriminação em razão do sexo na área dos seguros?	135
O que acontece se houver discriminação em razão do sexo?	135
Em que termos é proibida a discriminação por deficiência ou risco agravado de saúde?	136
As diferenças de tratamento são sempre proibidas?	136
Que informação é obrigatória quando se recusa um seguro ou se aumenta o valor de um prémio?	136
É possível discordar da decisão de recusa do seguro ou aumento do prémio?	136
Reclamações	137
Apresentar uma reclamação	139
Quem pode apresentar reclamações?	139
A quem se podem apresentar reclamações?	139
Livro de reclamações	139
O livro de reclamações é obrigatório?	139
Quais são as obrigações destas entidades?	140
Como se deve apresentar a reclamação no livro de reclamações?	140
O que acontece depois de se fazer uma reclamação no livro de reclamações?	141
Gestão de reclamações nos seguradores	141
O segurador pode recusar a reclamação?	141
Como se deve apresentar uma reclamação ao segurador?	142
A apresentação de uma reclamação ao segurador envolve custos?	142
O segurador é obrigado a responder à reclamação?	142
Como devem os seguradores gerir as reclamações?	142
Quando se apresenta uma reclamação ao segurador já não se pode recorrer aos tribunais?	143
Gestão de reclamações na Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões	143
É possível apresentar uma reclamação à ASF?	143
Como se pode apresentar uma reclamação à ASF?	144
A apresentação de uma reclamação à ASF envolve custos?	144
Como é feita a gestão de reclamações na ASF?	144
A ASF decide sobre os casos que lhe são apresentados?	145
Provedor do cliente de seguros	145
É obrigatório existir um provedor do cliente de seguros?	145
A reclamação pode ser logo feita ao provedor?	145
A apresentação de uma reclamação ao provedor envolve custos?	145
O provedor pode recusar a reclamação?	146
O provedor tem prazos para responder?	146
A quem deve o provedor comunicar a sua decisão?	146
O segurador tem de acatar a decisão do provedor?	146
As decisões do provedor são tornadas públicas?	146
Quando se apresenta uma reclamação ao provedor do cliente de seguros já não se pode recorrer aos tribunais?	147
Glossário	149

Caro leitor,

A complexidade, abrangência e importância crescentes do setor segurador e dos fundos de pensões na economia portuguesa em geral e, mais concretamente, na gestão das poupanças de médio e longo prazo e na mitigação dos riscos das famílias e das empresas, tornou premente a necessidade de aumentar o conhecimento técnico e a familiaridade dos consumidores com os produtos e serviços deste setor. Para a Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões (ASF) esta é uma tarefa prioritária.

Estamos, portanto, empenhados no desenvolvimento de instrumentos onde o consumidor encontre um apoio seguro, no momento de tomar decisões, que lhe permita o entendimento da lógica, da arquitetura e do funcionamento dos produtos e do setor.

Pretende-se que deste entendimento resulte um melhor esclarecimento do consumidor, não só quanto aos riscos inerentes às decisões tomadas, mas também quanto às oportunidades proporcionadas pelo setor. Acreditamos que o conhecimento específico poderá simultaneamente beneficiar o mercado e proteger os consumidores.

O *Guia de Seguros e Fundos de Pensões*, escrito em linguagem simples e clara, oferece informação básica sobre os diversos produtos do setor, para consulta do consumidor que procure segurança e consciência, ao tomar decisões no âmbito dos seguros e fundos de pensões.

Recorremos à experiência acumulada pela ASF na atividade de esclarecimento dos consumidores, que diariamente nos dirigem perguntas e dúvidas, e a que, no cumprimento da nossa missão, diariamente respondemos. Graças a esta experiência, conhecemos as questões mais recorrentemente levantadas, e pudemos portanto organizar o presente *Guia*, de modo a que ele se torne numa verdadeira fonte de respostas úteis para os consumidores de seguros e fundos de pensões.

A ASF deseja que todos os que se relacionam com o setor segurador encontrem, no *Guia de Seguros e Fundos de Pensões*, as respostas de que precisam para uma atuação consciente e confiante.

José Figueiredo Almaça

Presidente da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões

Autoridade de Supervisão de Seguros
e Fundos de Pensões

13



Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões

A Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões (ASF) é a autoridade nacional responsável pela regulação e supervisão, quer **prudencial** quer **comportamental**, da atividade seguradora, resseguradora, de fundos de pensões e da mediação de seguros.

A ASF tem por missão garantir o bom funcionamento do mercado segurador e fundos de pensões em Portugal, de forma a contribuir para a garantia da proteção dos tomadores de seguros, segurados, subscritores, participantes, beneficiários e lesados. Esta missão é assegurada através da promoção da estabilidade e solidez financeira de todas as entidades sob a sua supervisão, bem como da garantia da manutenção de elevados padrões de conduta por parte dos operadores.

A ASF é uma pessoa coletiva de direito público, com natureza de entidade administrativa independente, dotada de autonomia administrativa, financeira e de gestão e de património próprio. As suas receitas provêm, essencialmente, de uma taxa paga pelas entidades sujeitas à sua supervisão.

Principais atribuições

No quadro das responsabilidades que lhe estão atribuídas, destacam-se, pela sua importância, as seguintes:

Função normativa, que consiste na elaboração de normas regulamentares e colaboração na feitura de diplomas legais que regulam o acesso e exercício da atividade seguradora e dos fundos de pensões.

Função de supervisão, que consiste na monitorização dos operadores (empresas de seguros, empresas de resseguros, mediadores de seguros e sociedades gestoras de fundos de pensões) e fiscalização do cumprimento da legislação e regulamentos que regem o setor.

Supervisão prudencial das empresas de seguros

A ASF efetua a supervisão das empresas de seguros através de inspeções e da recolha de informações, para avaliar a adequação de diversos aspetos do seu funcionamento, nomeadamente:

- o grau de adequação das **provisões técnicas** que as empresas de seguros constituem para fazer face às responsabilidades – atuais e futuras – decorrentes de contratos que celebram com os tomadores de seguros;

Regulação e supervisão prudencial

Tem por objetivo garantir que as entidades supervisionadas possuem os recursos financeiros adequados às responsabilidades que assumem e que gerem de forma prudente os riscos a que se encontram expostas.

Regulação e supervisão comportamental

Tem por objetivo garantir elevados padrões de conduta por parte das entidades supervisionadas na sua relação com os consumidores.

Provisões técnicas

Montante que a empresa de seguros deve contabilizar e financiar adequadamente e ser suficiente para fazer face às responsabilidades resultantes dos contratos de seguro.



Ativos

Conjunto de bens e direitos (ações, obrigações, depósitos bancários, terrenos e edifícios, etc.) que podem fazer parte do património de uma empresa de seguros ou de um fundo de pensões.

Avaliação atuarial

Estudo efetuado por um especialista na aplicação de metodologias atuariais, que pretende determinar as responsabilidades associadas a seguros ou planos de pensões.

- o tipo e a segurança dos investimentos que realizam, considerando, nomeadamente, as disposições legais aplicáveis aos **ativos** representativos das provisões técnicas;
- o nível de solvência, que se traduz na existência de capacidade financeira para satisfazer os seus compromissos, incluindo a margem de segurança necessária para fazer face a acontecimentos adversos menos prováveis;
- a existência de procedimentos apropriados a uma gestão sã e prudente.

Supervisão prudencial dos fundos de pensões

A intervenção da ASF neste âmbito passa pela verificação dos seguintes aspetos:

- a conformidade legal dos contratos constitutivos e dos contratos de gestão desse tipo de fundos;
- a adequação dos montantes e da composição dos ativos dos fundos de pensões, conforme as **avaliações atuariais**, as regras legais e as disposições dos correspondentes planos de pensões;
- a existência de procedimentos que permitam uma gestão adequada dos fundos de pensões por parte das respetivas entidades gestoras.

Supervisão comportamental

No âmbito da supervisão comportamental, a ASF fiscaliza os procedimentos adotados pelos operadores, no sentido de verificar, para além do cumprimento das disposições legais, que os seus padrões de conduta estão de acordo com as melhores práticas, nomeadamente no que se refere:

- à informação que as empresas de seguros, as entidades gestoras de fundos de pensões e os mediadores de seguros estão obrigados a publicar ou a disponibilizar aos tomadores de seguros, aos segurados ou aos beneficiários dos produtos que comercializam;
- aos procedimentos adotados na regularização de sinistros, em geral, e aos respetivos prazos definidos na lei para o seguro automóvel, em particular;

- à conformidade legal da estrutura técnica e jurídica dos produtos colocados à disposição do consumidor e da forma como estes são comercializados, quer diretamente, quer através de um **mediador de seguros**.

Para além da análise dos casos individuais que lhe são reportados, a ASF tem assumido, para as questões mais transversais, a divulgação de **entendimentos** ao mercado segurador e fundos de pensões (mediação de seguros incluída), no sentido de garantir uma aplicação adequada e uniforme por parte das entidades sujeitas à sua supervisão nas áreas analisadas.

Apoio aos Consumidores

A ASF dispõe de um Serviço de Apoio aos Consumidores especialmente vocacionado para prestar esclarecimentos sobre os temas relacionados com a atividade seguradora e os fundos de pensões (mediação de seguros incluída), fornecendo orientações gerais, por exemplo, sobre as condições contratuais mais importantes ou ainda sobre os direitos e obrigações decorrentes dos contratos.

A este Serviço compete ainda analisar e dar parecer sobre as reclamações que lhe sejam apresentadas por particulares, não resolvidas noutras instâncias, relativamente às entidades sujeitas à supervisão da ASF.

A Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões, para além de procurar contribuir para a resolução das situações apresentadas, utiliza as informações recolhidas através das reclamações para avaliar de forma mais global a conduta das empresas.

Sempre que existem indícios de comportamentos que não estão conformes com a legislação em vigor ou de práticas que podem ser melhoradas, a ASF intervém junto das empresas para garantir o bom funcionamento do mercado.

Mediador de seguros

Qualquer pessoa ou entidade que exerça, mediante remuneração, a atividade de mediação de seguros e se encontre inscrito como mediador na Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões.

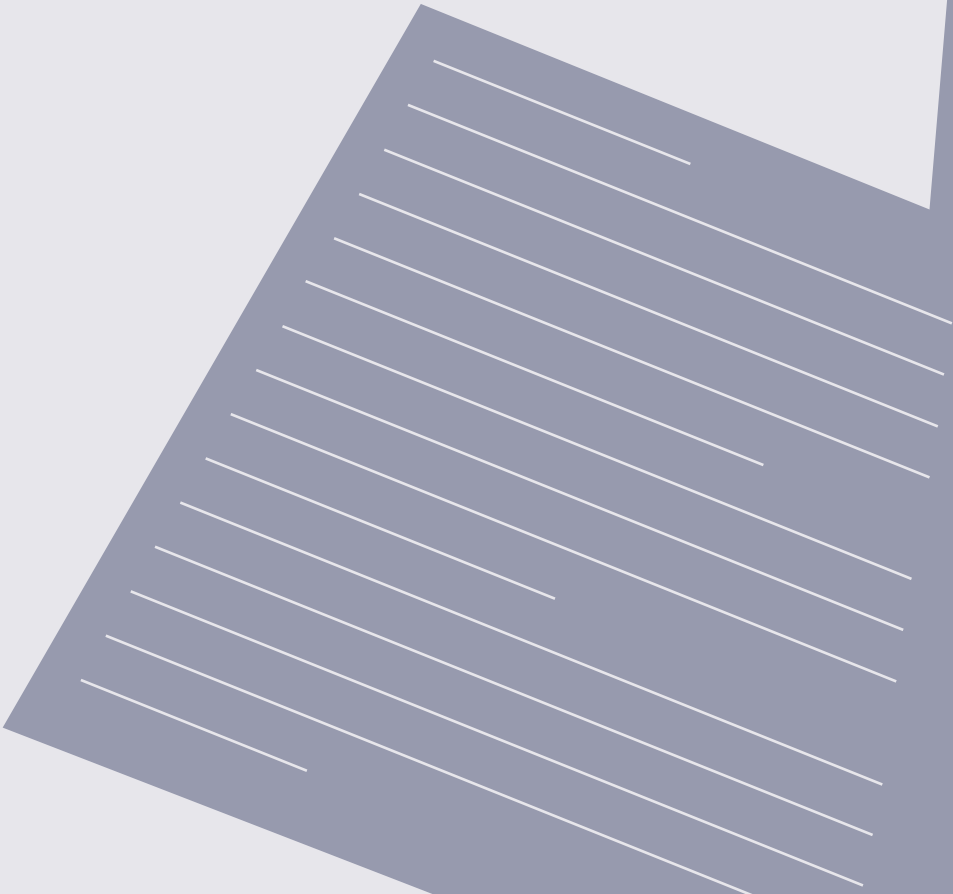
Pode fazê-lo por conta de um ou vários seguradores ou de forma independente.

Entendimento

Interpretação de disposições legais, regulamentares ou contratuais com o objetivo de promover uma aplicação adequada e uniforme por parte das entidades sujeitas à supervisão da ASF.

Contrato de Seguro

19



Contrato de Seguro

O contrato de seguro é um acordo através do qual o segurador assume a cobertura de determinados **riscos**, comprometendo-se a satisfazer as indemnizações ou a pagar o capital seguro em caso de ocorrência de sinistro, nos termos acordados.

Em contrapartida, a pessoa ou entidade que celebra o seguro (o tomador do seguro) fica obrigada a pagar ao segurador o prémio correspondente, ou seja, o custo do seguro.

A prestação do que ficou acordado no contrato pode ser efetuada à pessoa ou entidade no interesse do qual o seguro é celebrado (o segurado) ou de terceiro designado pelo **tomador do seguro** (o beneficiário) ou ainda a uma terceira pessoa ou entidade que tenha sofrido prejuízos que o segurado deva indemnizar – **o terceiro lesado**.

Os seguros podem ser obrigatórios (quando a respetiva celebração é exigida por lei) ou facultativos (quando é opção do tomador do seguro celebrá-lo ou não).

O que distingue os seguros de danos dos seguros de pessoas?

Os seguros podem cobrir riscos relativos a coisas, bens imateriais, créditos e outros direitos patrimoniais (seguros de danos) ou riscos relativos à vida, à saúde e à integridade física de uma pessoa (seguros de pessoas).

Entre os **seguros de danos** destacam-se:

Seguro de responsabilidade civil, que cobre o risco de surgir uma obrigação de indemnizar terceiros por danos causados pelo segurado, por pessoas por quem este é responsável (por exemplo, filhos menores) ou por animais ou bens que tem à sua guarda.

Seguro de incêndio, que cobre os danos sofridos pelos bens identificados no contrato de seguro, quando resultam de um incêndio. Este seguro é obrigatório para os edifícios em propriedade horizontal, normalmente chamados condomínios.

Entre os **seguros de pessoas** destacam-se:

Seguro de vida, que garante o pagamento da prestação acordada no caso de morte de uma pessoa segura (seguro em caso de morte) ou no caso de a **pessoa segura** se encontrar viva no fim do contrato (seguro em caso de vida).

Risco

Incerteza associada a um acontecimento futuro, seja quanto à sua realização, ao momento em que ocorre ou aos danos dele decorrentes.

Tomador do seguro

Pessoa que celebra o contrato de seguro com a empresa de seguros, sendo responsável pelo pagamento do prémio.

Terceiro lesado

Vítima de um sinistro, que não é parte do contrato de seguro que cobre o risco em causa, mas que tem o direito a ser indemnizada.

Pessoa segura

Pessoa cuja vida, saúde ou integridade física se segura.

Seguro de acidentes, que garante a prestação acordada no caso de verificação de lesão corporal, invalidez ou morte da pessoa segura resultante de um acidente (por exemplo, de trabalho).

Seguro de saúde, que garante a prestação acordada referente a cuidados de saúde.

Segurador

Entidade legalmente autorizada a exercer a atividade seguradora e que é parte no contrato de seguro.

Qual a diferença entre seguros individuais e seguros de grupo?

Os seguros individuais cobrem os riscos referentes a uma única pessoa, um agregado familiar ou um conjunto de pessoas que vivam em economia comum. Os seguros de grupo são contratos através dos quais o **segurador** cobre riscos de um conjunto de pessoas ligadas ao tomador do seguro por uma relação distinta do seguro (por exemplo, seguro de saúde do conjunto dos trabalhadores de uma empresa).

Os seguros de grupo podem ser contributivos ou não contributivos. Serão contributivos se os segurados suportarem o pagamento de parte ou da totalidade do prémio e não contributivos se o prémio for totalmente suportado pelo tomador do seguro (por exemplo, seguro de saúde oferecido aos trabalhadores, que são os segurados, pela empresa em que trabalham, que é a tomadora do seguro).

Antes do contrato

O que é e para que serve a proposta de seguro?

A proposta de seguro é o documento através do qual o tomador do seguro expressa a sua vontade de celebrar um contrato de seguro e informa o segurador do risco que pretende segurar. É o primeiro passo para se celebrar um contrato de seguro.

O modelo da proposta, normalmente apresentado em impresso fornecido pelo segurador, pode variar de um segurador para outro e pode ser apresentado em formato eletrónico (por exemplo, no sítio na Internet do segurador).

Depois de receber a proposta preenchida e assinada pelo tomador do seguro, o segurador pode aceitar ou recusar o contrato de seguro. Se aceitar, emite a **apólice de seguro**, que é o documento que contém o que foi acordado pelas partes, nomeadamente as condições do contrato celebrado entre o tomador do seguro e o segurador.

Apólice de seguro

Documento que contém as condições do contrato de seguro acordadas pelas partes e que incluem as condições gerais, especiais e particulares.

De que modo o segurador é informado sobre o risco a cobrir?

A proposta de seguro deve ser preenchida na totalidade e sem inexactidões, porque serve de base ao contrato de seguro.

É a partir do que é declarado na **proposta de seguro** que o segurador avalia o risco e decide se aceita cobri-lo. É também com base nessa informação que o segurador calcula o **prémio** a pagar. Para isso, pode pedir mais informações para além das que são solicitadas na proposta. O tomador do seguro e o segurado devem comunicar todos os factos que conheçam, sem omitir informação que seja significativa para o segurador avaliar o risco a cobrir.

Quando a proposta contém um questionário, para além de responder de forma completa e verdadeira a todas as questões, o tomador do seguro e o segurado devem acrescentar as informações relevantes para a análise do risco, ainda que as mesmas não lhes sejam diretamente pedidas no questionário.

Durante a vigência do contrato de seguro, todas as alterações do risco devem ser comunicadas ao segurador (por exemplo, no seguro automóvel, a alteração da residência ou do condutor habitual do veículo).

O que acontece se não se informar de um modo correto e completo o segurador sobre o risco a cobrir?

Se o erro ou omissão for propositado

Se o tomador do seguro ou o segurado não informarem, intencionalmente, de forma correta e completa o segurador, o contrato pode ser anulado. Nesse caso, o segurador não é obrigado a cobrir o sinistro que ocorre antes de ter tido conhecimento dessa situação ou nos três meses seguintes a esse conhecimento.

Se o erro ou omissão for negligente (não intencional)

Se o tomador do seguro ou o **segurado** não for cuidadoso na declaração do risco, fazendo-a de forma incorreta ou incompleta, mas sem que o erro ou omissão seja intencional, o segurador pode:

- propor uma alteração do contrato, no prazo de três meses a contar da data em que tomou conhecimento de que a informação sobre o risco não estava correta;
- fazer cessar o contrato, se provar que nunca celebra contratos para cobrir os riscos que não foram comunicados ou que o foram incorretamente.

Proposta de seguro

Documento através do qual o tomador do seguro expressa a vontade de celebrar o contrato de seguro e dá a conhecer ao segurador o risco que pretende segurar.

Prémio

Valor total, incluindo taxas e impostos, que o tomador do seguro deve pagar ao segurador pelo seguro.

Segurado

Pessoa ou entidade no interesse da qual é feito o contrato de seguro ou pessoa cuja vida, saúde ou integridade física se segura (pessoa segura).

Sinistro

Evento ou série de eventos que resultam de uma mesma causa e que acionam a cobertura do risco prevista no contrato.

Se antes da cessação ou alteração do contrato ocorrer um sinistro cuja verificação ou consequências tenham sido influenciadas pelo facto omitido ou incorreto, o segurador deve cobri-lo de forma proporcional à diferença entre o prémio pago e o que seria devido se o segurador conhecesse de forma completa e exata o risco, ou seja:

- se o prémio pago representar 50% do prémio que deveria ser pago caso não tivesse existido o erro ou omissão, o segurador apenas é responsável por 50% da prestação convencionada.

Se o segurador provar que não celebra contratos para cobrir o risco não comunicado ou comunicado incorretamente, não é obrigado a cobrir o **sinistro** (tem apenas de devolver o prémio já pago).

Quais são as principais informações que o segurador deve prestar?

O segurador deve informar e esclarecer o tomador do seguro acerca das condições do contrato, nomeadamente sobre:

- a sua denominação e estatuto legal (por exemplo, se é uma sociedade anónima, etc.);
- o risco que vai cobrir, o valor total do prémio, possíveis agravamentos (aumentos) e bónus (reduções) desse prémio em função da inexistência ou existência de sinistros, as formas de pagamento e as consequências de falta de pagamento;
- o que o seguro não cobre (as exclusões e limitações da cobertura);
- o valor mínimo para o **capital seguro**, nos seguros obrigatórios;
- a duração do contrato e as regras para o renovar e fazer cessar;
- o modo de efetuar reclamações, os meios de proteção jurídica existentes e a autoridade responsável pela supervisão.

Capital seguro

Valor máximo que o segurador paga em caso de sinistro, mesmo que o prejuízo seja superior. Este valor é, normalmente, definido nas condições particulares da apólice.

Como devem os seguradores prestar informações?

As informações que o segurador está obrigado a prestar devem ser fornecidas por escrito, de forma clara e, em regra, em português, antes de o tomador do seguro celebrar o contrato.

A proposta de seguro deve mencionar que, antes de celebrar o contrato, o segurador prestou ao tomador do seguro todas as informações obrigatórias.

O que é o dever especial de esclarecimento do segurador?

Se a complexidade da cobertura, o montante do prémio do seguro e o capital seguro o justificarem, o segurador deve esclarecer o tomador do seguro, antes da celebração do contrato, sobre quais dos seus seguros são apropriados para as necessidades identificadas.

Para isso, o segurador deve:

- responder a todas as questões do tomador do seguro;
- chamar a atenção do tomador do seguro sobre o que vai ser coberto e como (nomeadamente quanto aos seguintes aspetos: **exclusões, períodos de carência**, formas de o segurador fazer cessar o contrato, etc.);

O dever especial de esclarecimento do segurador não se aplica a seguros de grandes riscos nem a contratos celebrados por intermédio de um mediador de seguros, relativamente aos quais existem deveres de informação e esclarecimento específicos.

O que acontece se o segurador não cumprir os seus deveres de informação?

Se o segurador não cumprir os seus deveres de informação, pode vir a ter de indemnizar o tomador do seguro por eventuais danos causados.

Nestas situações, o tomador do seguro tem direito a **resolver** o contrato (ou seja, solicitar a sua cessação), exceto se a falta de informação do segurador não tiver afetado a sua decisão de contratar o seguro ou se a cobertura do seguro já tiver sido acionada por terceiros. O tomador do seguro dispõe de 30 dias a contar da data em que recebeu a apólice para resolver o contrato, com efeitos desde o seu início, tendo direito à devolução da totalidade do prémio pago.

O mesmo acontece se as condições da apólice não estiverem de acordo com as informações prestadas antes da celebração do contrato.

Como se celebra um contrato de seguro

O contrato de seguro pode ser celebrado por simples acordo entre o segurador e o tomador do seguro, sem necessidade de formalidades nem assinatura. No entanto, a proposta de seguro é usualmente feita através do preenchimento pelo tomador do seguro de um formulário já existente para esse efeito.

Exclusão

Cláusula de um contrato de seguro que procede à delimitação negativa do âmbito da cobertura, isto é, define aquilo que o seguro não cobre.

Período de carência

Período entre o início do contrato de seguro e uma determinada data, no qual certas coberturas não se encontram ainda a produzir efeitos.

Resolução

Cessação antecipada de um contrato de seguro por iniciativa de uma das partes, havendo justa causa.

Apólice de seguro

Documento que contém as condições do contrato de seguro acordadas pelas partes e que incluem as condições gerais, especiais e particulares.

Cobertura ou garantia

Conjunto de situações cuja verificação determina a prestação do segurador ao abrigo do contrato.

Franquia

Parte do valor dos danos que fica a cargo do tomador do seguro ou segurado.

Quando o segurador aceita a proposta, deve formalizar o contrato através de um documento escrito, datado e assinado, que se designa **apólice de seguro**.

A apólice inclui as condições do contrato de seguro acordadas entre as partes (gerais, especiais, se as houver, e particulares).

O que são as condições gerais, especiais e particulares?**Condições gerais**

Conjunto de cláusulas contratuais previamente elaboradas e apresentadas pelo segurador. Incluem os aspetos básicos do contrato seguro, normalmente comuns para riscos com características semelhantes. Definem, por exemplo, as **coberturas** e exclusões gerais e os direitos e obrigações das partes.

Condições especiais

Conjunto de cláusulas que complementam ou especificam as condições gerais. As condições especiais (normalmente coberturas adicionais), que sejam realmente contratadas, encontram-se identificadas nas condições particulares.

Condições particulares

Conjunto de cláusulas que adaptam o contrato à situação concreta de um tomador do seguro.

Identificam, nomeadamente, as coberturas constantes das condições especiais que foram escolhidas, os valores do capital seguro que foram acordados, as **franquias** que as partes estabeleceram, os beneficiários, as características relevantes da pessoa ou bem seguros e a data do início do contrato.

O que deve constar da apólice?

No mínimo, da apólice devem constar:

- a indicação «apólice» e a identificação dos documentos que a compõem;
- a identificação completa das partes envolvidas no contrato;
- a natureza do seguro, os riscos cobertos, a duração do contrato e os países onde é válido;

- os direitos e as obrigações do segurador, do tomador do seguro, do segurado e do beneficiário;
- o valor máximo que o segurador paga se o contrato de seguro for acionado, mesmo que o prejuízo seja superior (capital seguro) ou a forma como será determinado;
- o valor total do prémio;
- o conteúdo da prestação do segurador em caso de sinistro ou a forma como será determinada;
- a lei aplicável ao contrato e as condições de **arbitragem** em caso de conflito com o segurador.

A apólice deve ter escritas em letras destacadas e de maior dimensão que as restantes:

- as cláusulas que definam as situações em que o contrato pode ser invalidado, renovado, suspenso ou cessado por iniciativa de qualquer das partes;
- as cláusulas que definem o que está e o que não está coberto pelo seguro;
- as cláusulas que definem prazos para o tomador do seguro ou o beneficiário avisar o segurador (por exemplo, sobre se pretende ou não renovar o contrato).

Se o contrato de seguro for objeto de publicidade feita pelo segurador, não pode conter condições que contrariem o que foi anunciado, a menos que se verifique uma destas situações:

- as condições do contrato são mais favoráveis ao tomador do seguro ou ao beneficiário do que as anunciadas na publicidade;
- decorreu, pelo menos, um ano desde o fim da emissão dessa publicidade e a realização do contrato;
- a própria publicidade indica um período durante o qual as condições se aplicam e o contrato é celebrado fora desse período.

Quando e como deve ser emitida e entregue a apólice?

O segurador deve entregar a apólice ao tomador do seguro no momento em que o contrato é celebrado ou enviá-la posteriormente:

- no prazo de 14 dias, no caso dos **seguros de riscos de massa**, a menos que haja uma justificação para ser enviada mais tarde;
- no prazo combinado entre as partes, no caso dos **seguros de grandes riscos**.

Arbitragem

Modalidade de resolução extrajudicial de litígios em que um terceiro intervém de forma imparcial em relação ao conflito, impondo uma solução que tem a mesma força que uma sentença proferida num tribunal judicial de primeira instância.

Seguros de riscos de massa

Contrato através do qual o segurador cobre os riscos que, por lei, não são considerados "grandes riscos".

Estes contratos cobrem riscos comuns para a maioria das pessoas ou entidades. Por exemplo, o seguro obrigatório de responsabilidade civil automóvel.

Seguros de grandes riscos

Contrato através do qual o segurador cobre os riscos que são considerados, por lei, como "grandes riscos".

Os grandes riscos abrangem determinados ramos e atividades (ex: navegação e transporte marítimo e aéreo) e empresas acima de certa dimensão.

A apólice pode ser entregue em papel ou, se o tomador do seguro concordar, em suporte eletrónico duradouro, que lhe permita guardá-la e aceder-lhe facilmente (por exemplo, um ficheiro enviado por correio eletrónico).

O tomador do seguro pode exigir a entrega da apólice de seguro a qualquer momento, mesmo depois de o contrato cessar.

Contrato de seguro

Contrato através do qual o segurador assume a cobertura de determinados riscos, comprometendo-se a satisfazer as indemnizações ou a pagar o capital seguro em caso de ocorrência do sinistro, nos termos acordados.

Em contrapartida, o tomador do seguro obriga-se a pagar o prémio correspondente.

Certificado de seguro

Documento que confirma que um contrato de seguro é válido. Pode ser entregue pelo segurador ou por um mediador de seguros.

A Carta Verde, por exemplo, é um certificado específico do seguro automóvel.

O que acontece se o segurador não entregar a apólice no prazo previsto?

Se houver atraso na entrega da apólice, o segurador só pode aplicar cláusulas que estejam num documento escrito e assinado pelo tomador do seguro ou que lhe tenha sido entregue anteriormente.

Depois de terminar o prazo para a entrega e enquanto a apólice não lhe for entregue, o tomador do seguro pode resolver (fazer cessar) o contrato e tem direito à devolução da totalidade do prémio pago.

Quando é que se considera celebrado o contrato de seguro?

- O **contrato de seguro** considera-se celebrado quando o segurador aceita a proposta do tomador do seguro ou segurado. Normalmente, o segurador confirma que aceitou a proposta através da emissão da apólice ou de um **certificado de seguro**.

No caso de um contrato de seguro individual em que o tomador é uma pessoa singular (e não, por exemplo, uma empresa), o segurador tem 14 dias a contar da data em que recebe a proposta de seguro para dar uma resposta. Se não o fizer, o contrato conclui-se automaticamente de acordo com a proposta feita, desde que esta seja:

- elaborada num impresso do próprio segurador;
- corretamente preenchida;
- acompanhada dos documentos indicados pelo segurador;
- entregue no local indicado pelo segurador.

Qual a duração de um contrato de seguro?

A duração do contrato é o período de tempo durante o qual estão cobertos os riscos indicados no contrato de seguro.

A duração do contrato é decidida pelas partes. Salvo se as partes acordarem outra duração, o contrato de seguro produz efeitos por um ano a partir das 0 horas do dia seguinte ao da sua celebração.

Exceto se houver acordo em contrário, os contratos de seguro feitos para um ano **prorrogam-se** sucessivamente no fim do contrato, por novos períodos de um ano. Os contratos de seguro celebrados para menos ou mais do que um ano não se prorrogam no fim do contrato.

Quando um contrato de seguro é prorrogado, considera-se que se trata do mesmo contrato.

Como se pode fazer cessar um contrato de seguro?

Um contrato de seguro pode cessar por revogação, caducidade, denúncia ou resolução.

O que é a revogação?

A revogação é o modo de cessar o contrato por acordo entre as partes.

O segurador e o tomador do seguro podem, a qualquer momento, concordar em cessar o contrato de seguro.

Se o tomador do seguro e o segurado identificados na apólice não forem o mesmo, a revogação do contrato tem de ser autorizada pelo **segurado**.

O que é a caducidade?

Um contrato cessa por caducidade quando chega ao final do seu período de **vigência**, exceto se for automaticamente prorrogado (ou seja, se o contrato continuar em vigor porque as partes assim o decidiram).

O que é a denúncia?

A denúncia é o modo de cessar o contrato para evitar a sua prorrogação.

A denúncia deve ser feita por escrito e enviada ao destinatário:

- para a maioria dos seguros, no mínimo 30 dias antes da data de prorrogação do contrato;
- para os seguros com duração indeterminada ou com um período inicial de duração igual ou superior a cinco anos, no mínimo 90 dias antes da data de fim do contrato.

Prorrogação

Prolongamento de um contrato de seguro para além do seu prazo inicial de duração e por igual período, desde que nenhuma das partes se oponha.

Segurado

Pessoa ou entidade no interesse da qual é feito o contrato de seguro ou pessoa cuja vida, saúde ou integridade física se segura (pessoa segura).

Vigência

Período durante o qual o contrato de seguro produz os seus efeitos.

Justa causa

Razão aceitável à luz das regras legais e contratuais do caso em concreto.

ICAE

Designação que caracteriza o conjunto de produtos financeiros cuja rentabilidade depende da evolução do valor de outros instrumentos financeiros. O risco de investimento é assumido, total ou parcialmente, pelo investidor.

Suporte duradouro

Qualquer meio que permita armazenar informações que lhe sejam dirigidas, de tal forma que possam ser consultadas posteriormente, durante um período adequado aos fins dessas informações e que permita a sua reprodução exata.

O que é a resolução?

A resolução ocorre quando o contrato cessa por iniciativa de uma das partes.

Havendo **justa causa**, qualquer uma das partes pode fazer cessar o contrato de seguro a qualquer momento.

É possível desistir do contrato de seguro sem justa causa (direito de livre resolução)?

Se o tomador do seguro for uma pessoa singular, pode fazer cessar o contrato por livre resolução nas seguintes situações (**ver quadro**)

Tipo de seguro	Prazo para cessar o contrato por livre resolução
Seguros de vida, de acidentes pessoais e de saúde com uma duração igual ou superior a seis meses, exceto se se tratar de um seguro de grupo	30 dias a seguir à data da receção da apólice
Seguros classificados como instrumentos de captação de aforro estruturados (ICAE)	30 dias a seguir à data da receção da apólice
Restantes seguros contratados à distância (por exemplo, por telefone ou Internet), exceto se se tratar de um seguro com prazo inferior a um mês ou de um seguro de viagem ou bagagem	14 dias a seguir à data da receção da apólice

Os prazos anteriores podem também contar-se a partir da data de celebração do contrato, desde que o tomador do seguro disponha em **suporte duradouro**, nessa data, de todas as informações sobre o seguro que devam constar da apólice.

A resolução do contrato deve ser comunicada por escrito.

O que acontece quando um contrato de seguro cessa por livre resolução?

Quando um contrato cessa por **livre resolução**, o segurador pode ter direito:

- ao valor do prémio relativo ao tempo decorrido, na medida em que tenha coberto o **risco** até à data de resolução do contrato;
- ao valor das despesas razoáveis que tenha efetuado com exames médicos do tomador do seguro ou segurado, quando estes deveriam ser pagos pelo tomador do seguro;
- aos custos de desinvestimento que comprovadamente tenha suportado.

No caso da livre resolução de um seguro contratado à distância (pela Internet ou por telefone), o segurador só tem direito a estes valores se a **cobertura** se tiver iniciado durante o prazo fixado para resolver o contrato.

Prémio

O prémio é o preço do seguro, que inclui:

- os custos de cobertura do risco;
- os custos de aquisição e gestão do contrato e de cobrança;
- os encargos relacionados com a emissão da apólice.

Ao prémio somam-se os impostos e taxas a pagar pelo tomador do seguro.

Quando se deve pagar o prémio?

O prémio deve ser pago na data em que se celebra o contrato, exceto se for acordada outra data.

Caso o prémio inicial não seja pago na totalidade, as prestações seguintes devem ser pagas nas datas estabelecidas no contrato. O mesmo acontece com os prémios anuais seguintes e as respetivas prestações.

Livre resolução

Possibilidade de desistir do contrato de seguro sem necessidade de invocar um motivo.

Risco

Incerteza associada a um acontecimento futuro, seja quanto à sua realização, ao momento em que ocorre e aos danos dele decorrentes.

Cobertura ou garantia

Conjunto de situações cuja verificação determina a prestação do segurador ao abrigo do contrato.

Prorrogação

Prolongamento de um contrato de seguro para além do seu prazo inicial de duração e por igual período, desde que nenhuma das partes se oponha.

Beneficiário

Pessoa ou entidade com direito às prestações previstas no contrato de seguro.

Participação de sinistro

Comunicação ao segurador sobre a ocorrência de um sinistro, no âmbito do contrato de seguro.

A participação deve conter todas as informações importantes para a análise e avaliação do sinistro, nomeadamente, indicar as causas, a data e o local do acontecimento e os prejuízos sofridos.

O que acontece se não se pagar o prémio?

Na maioria dos seguros, os riscos não ficam cobertos enquanto não for pago o prémio.

Quando o prémio inicial, ou a sua primeira prestação, não é pago na data devida, o contrato resolve-se (cessa) automaticamente. Nesta situação, considera-se que o contrato terminou logo na data em que foi celebrado. Isto é, pode não chegar a haver cobertura dos riscos.

Quando os prémios anuais seguintes, ou a sua primeira prestação, não são pagos na data devida, o contrato não é **prorrogado**.

Se o seguro cessar antes do período de duração acordado, o prémio é devolvido?

Quando o contrato cessa antes do período inicialmente acordado, em regra, o tomador do seguro tem direito à devolução de parte do prémio já pago. O valor devolvido será proporcional ao tempo que falta para terminar o prazo do contrato, exceto se as partes acordarem outro método.

Sinistro

O sinistro é um evento ou série de eventos resultantes de uma causa capaz de acionar as garantias de um ou mais contratos de seguro.

Em caso de sinistro, o que se deve fazer?

O tomador do seguro, o segurado ou o **beneficiário** devem informar o segurador quando ocorre um sinistro. Devem fazê-lo dentro do prazo fixado no contrato ou, caso não tenha sido fixado um prazo, nos oito dias a seguir ao dia em que tiveram conhecimento do sinistro. A comunicação do sinistro designa-se participação.

A **participação** deve conter todas as informações importantes para a análise do sinistro e avaliação dos prejuízos, como as suas causas, a data e o local do acontecimento e os prejuízos sofridos. O tomador do seguro, o segurado ou o beneficiário devem transmitir ao segurador todas as informações que este solicite sobre o sinistro e as suas consequências.

Em caso de sinistro, quais são as obrigações do segurador?

Depois do sinistro, o segurador leva a cabo um conjunto de ações para:

- confirmar que ocorreu o **sinistro**;
- analisar as suas causas, circunstâncias e consequências;
- decidir se vai reparar os danos ou compensar os prejuízos resultantes do sinistro;
- decidir qual o valor da compensação.

O segurador tem a obrigação de reparar o **dano** ou pagar a quem for devido, da forma como ficou acordado no contrato. A prestação do segurador pode ser em dinheiro ou em bens ou serviços (por exemplo, pode corresponder à reparação de um bem danificado).

Sinistro

Evento ou série de eventos que resultam de uma mesma causa e que acionam a cobertura do risco prevista no contrato.

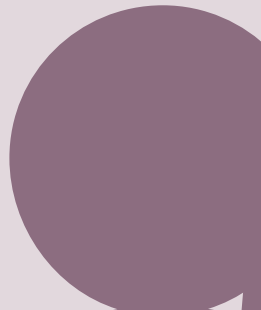
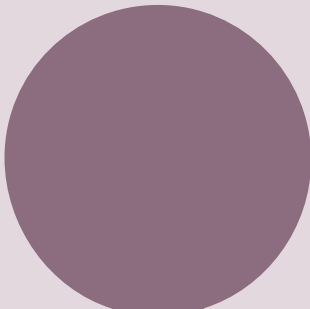
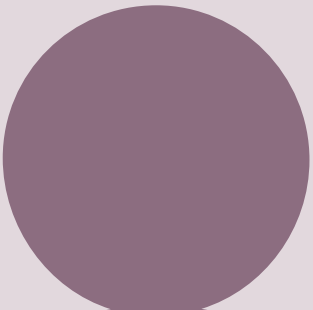
Dano

Prejuízo sofrido por alguém.

O dano pode ser causado por perda, destruição ou avaria de bens ou por lesão que afete a saúde física ou mental de uma pessoa.

Seguro de Grupo

35



Seguro de Grupo

O contrato de seguro de grupo cobre riscos de um conjunto de pessoas ligadas ao tomador do seguro por uma relação distinta da do seguro (por exemplo, um seguro de saúde em que uma empresa é tomadora do seguro e os seus trabalhadores as pessoas seguras).

O seguro de grupo envolve dois momentos:

- quando se realiza o contrato entre o segurador e o tomador do seguro;
- quando os segurados aderem ao contrato de seguro.

Seguros contributivos e não contributivos: quem paga o prémio?

O seguro de grupo pode ser contributivo ou não contributivo. Tanto num como noutro, quem tem a obrigação de pagar o **prémio** ao segurador é o tomador do seguro.

O seguro de grupo é contributivo quando o contrato estabelece que os segurados suportam a totalidade ou parte do prémio. Normalmente, os segurados pagam o prémio ao tomador do seguro, mas pode ser acordado que os segurados paguem diretamente a sua parte do prémio ao segurador.

O seguro de grupo é não contributivo quando só o tomador do seguro suporta o prémio.

Existem condições especiais de adesão a um seguro de grupo contributivo?

Nos casos em que o tomador do seguro é simultaneamente mediador de seguros que representa o segurador, a pessoa que pretende aderir envia a **proposta** de adesão ao tomador do seguro, que a entrega ao segurador.

Se no prazo de 30 dias o segurador não comunicar ao **proponente** que a sua proposta não foi aceite ou que são necessárias mais informações para avaliar o risco, a proposta de adesão considera-se aceite.

Se o segurador já tiver pedido mais esclarecimentos para avaliar o risco e não comunicar ao proponente, no prazo de 30 dias a contar da receção dessas informações, que a sua proposta não foi aceite, a proposta de adesão considera-se aceite.

Prémio

Valor total, incluindo taxas e impostos, que o tomador do seguro deve pagar ao segurador pelo seguro.

Proposta de seguro

Documento através do qual o tomador do seguro expressa a vontade de celebrar o contrato de seguro e dá a conhecer ao segurador o risco que pretende segurar.

Proponente

Pessoa que apresenta uma proposta de adesão ao seguro de grupo.



Cobertura ou garantia

Conjunto de situações cuja verificação determina a prestação do segurador ao abrigo do contrato.

Exclusão

Cláusula de um contrato de seguro que procede à delimitação negativa do âmbito da cobertura, isto é, define aquilo que o seguro não cobre.

Seguro de grupo contributivo

Seguro de grupo em que os segurados suportam, no todo ou em parte, o pagamento do prémio.

No momento da entrega, o segurador ou o tomador do seguro de grupo contributivo devem fornecer ao proponente uma cópia da sua proposta e dos documentos que tenham apresentado com elementos essenciais à avaliação do risco, com indicação da data em que foram recebidos.

O tomador do seguro de grupo contributivo é responsável, perante o segurador, pelos danos causados pela falta de entrega da proposta ou dos documentos com informações essenciais à avaliação do risco ou pela sua entrega atrasada.

Quem deve cumprir os deveres de informação ao segurado?

É o tomador do seguro quem tem o dever de informar os segurados sobre as **coberturas** e **exclusões**, as obrigações e os direitos em caso de sinistro e as alterações ao contrato. Esta informação deve basear-se num modelo elaborado pelo segurador.

Por outro lado, o segurador deve responder aos pedidos de informação feitos pelos segurados, fornecendo-lhes tudo o que necessitem para compreender o contrato.

Nos contratos de **seguro de grupo contributivos**, o tomador do seguro deve prestar aos segurados todas as informações a que um tomador de um seguro individual teria direito (ver páginas 24 e 25) e caso seja simultaneamente beneficiário do mesmo (o que acontece frequentemente no caso dos seguros de vida associados ao crédito à habitação), deve informar os segurados do montante das remunerações que lhe sejam devidas pela sua intervenção no contrato, bem como a proporção dessas remunerações face ao valor do prémio que o segurado suporta.

Quanto tempo dura um contrato de seguro de grupo?

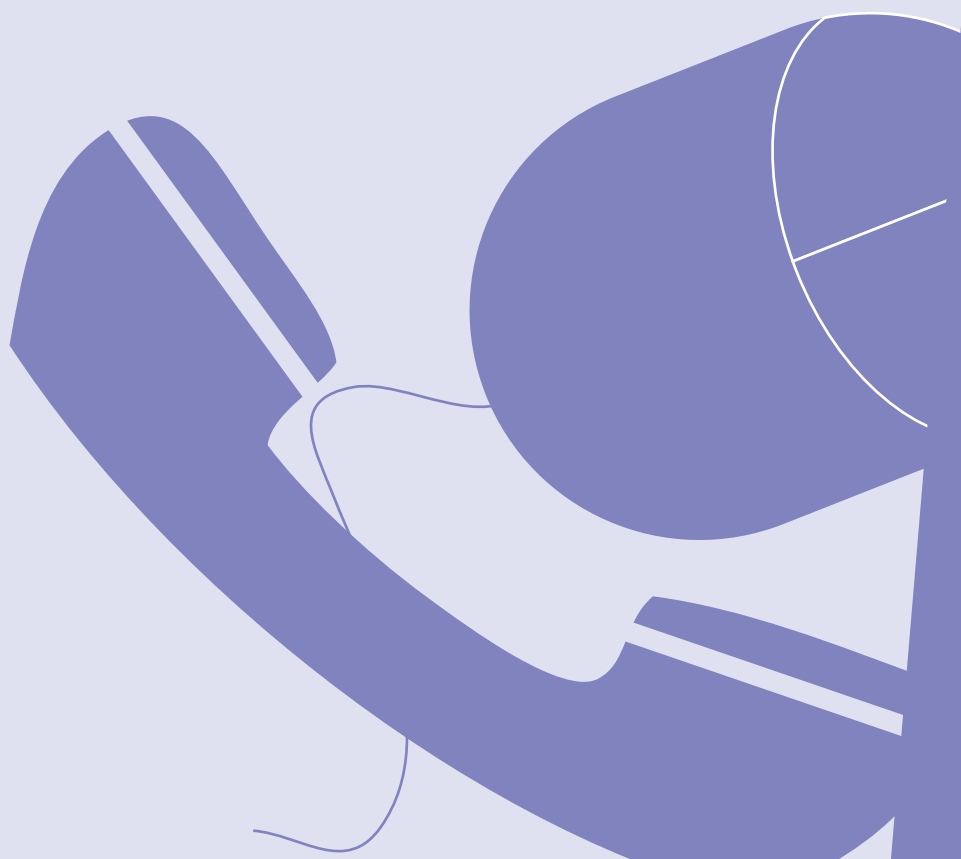
Como nos contratos de seguro em geral, a duração do contrato é decidida pelas partes. Num seguro de grupo, normalmente o contrato dura enquanto o segurado pertencer ao grupo (por exemplo, enquanto trabalhar para uma determinada empresa).

O contrato de seguro de grupo pode terminar como os contratos de seguro em geral por revogação, caducidade, denúncia ou resolução (ver páginas 29 a 31).

O contrato de seguro de grupo pode cessar por decisão do tomador do seguro, podendo ainda o segurado fazer cessar a respetiva adesão.

Seguros comercializados
por Telefone e Internet

39



Seguros comercializados por Telefone e Internet

Podem celebrar-se contratos de seguro por telefone ou Internet. É sempre necessário que sejam prestadas ao tomador do seguro informações sobre o segurador e as condições do contrato, antes deste se vincular. O tomador do seguro tem também de identificar, de um modo completo e verdadeiro, o **risco** que apresenta ao segurador.

Como se deve informar o segurador do risco a cobrir nos contratos celebrados através da Internet?

Como nos contratos de seguro em geral, o risco a segurar deve ser comunicado com todo o rigor. O tomador do seguro ou o segurado devem preencher de forma completa e verdadeira o formulário do segurador na Internet.

Os espaços existentes no formulário podem não ser suficientes para dar todos os detalhes importantes para o segurador avaliar o risco a cobrir. Nessa situação, o tomador do seguro deve comunicar esses factos ao segurador por outros meios (por exemplo, através de algum campo de observações no formulário ou por correio eletrónico).

Quais são as principais informações que o segurador deve prestar antes de celebrar um contrato de seguro através da Internet?

Para além dos esclarecimentos comuns aos contratos de seguro em geral, o segurador que celebra contratos através da Internet deve prestar informações específicas sobre:

- os custos adicionais dos meios de comunicação à distância;
- o modo de realizar o pagamento;
- o direito de **livre resolução** do contrato;
- o período de validade das informações prestadas;
- os **meios alternativos de resolução de litígios** e o respetivo modo de acesso.

Estas informações devem ser prestadas de forma clara e em português, antes de o tomador do seguro celebrar o contrato. No sítio na Internet do segurador, as informações devem estar acessíveis, apresentar-se ao tomador do seguro à medida que ele avança no processo de contratação e poder ser guardadas.

Risco

Incerteza associada a um acontecimento futuro, seja quanto à sua realização, ao momento em que ocorre e aos danos dele decorrentes.

Livre resolução

Possibilidade de desistir do contrato de seguro sem necessidade de invocar um motivo.

Meios alternativos de resolução de litígios

Formas de resolver conflitos sem recorrer aos tribunais. Por exemplo, a mediação, a conciliação e a arbitragem.



Quais são as principais informações que o segurador deve prestar antes de celebrar um contrato de seguro pelo telefone?

Quando o segurador contacta o consumidor por telefone, deve anunciar logo no início, de forma clara, a sua identidade e o objetivo do contacto.

Segurador

Entidade legalmente autorizada a exercer a atividade seguradora e que é parte no contrato de seguro.

Se o consumidor autorizar a continuação do contacto, o segurador é obrigado a indicar:

- a identidade da pessoa que está a contactar o consumidor e a sua relação com o **segurador**;
- a descrição das principais características do seguro;
- o preço total a pagar pelo seguro;
- a existência ou não do direito de livre resolução do contrato (se existir, deve indicar o prazo para o fazer, as suas condições e o custo que pode ter para o consumidor).

De seguida, o segurador deve transmitir ao tomador do seguro, em papel ou noutro **suporte duradouro**, toda a informação obrigatória por lei e as condições do seguro, antes de o tomador celebrar o contrato.

Prémio

Nos contratos realizados à distância aplicam-se as mesmas regras que nos restantes (ver páginas 31 e 32). Nos contratos de seguro celebrados através da Internet é usual efetuar-se o pagamento do prémio recorrendo a meios de pagamento à distância (por exemplo, o cartão de crédito ou a transferência bancária).

Suporte duradouro

Qualquer meio que permita armazenar informações que lhe sejam dirigidas, de tal forma que possam ser consultadas posteriormente durante um período adequado aos fins dessas informações e que permita a sua reprodução exata.

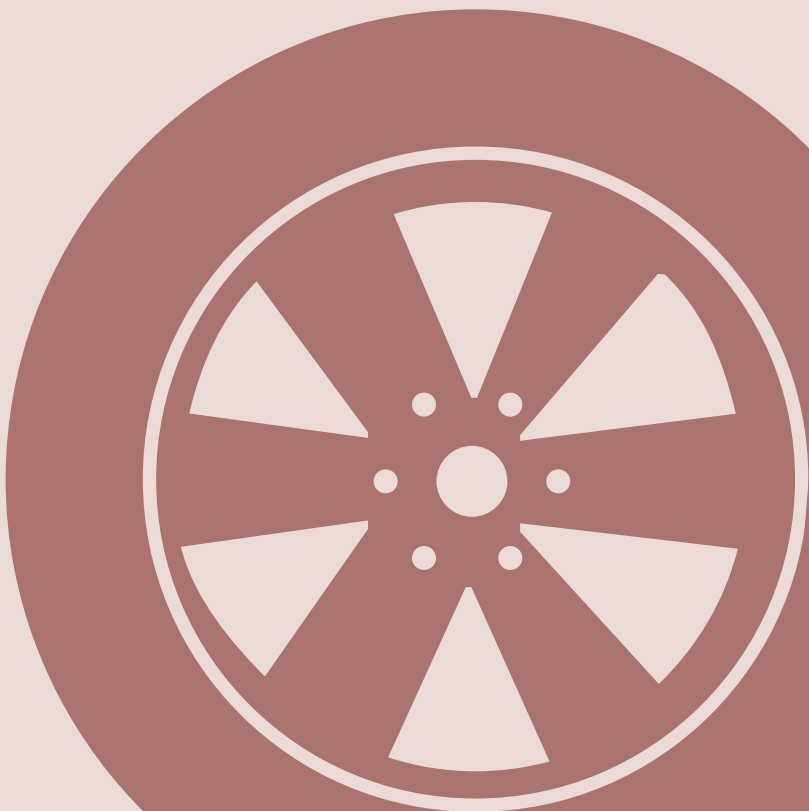
Como se pode fazer cessar o contrato

O contrato de seguro celebrado por telefone ou Internet pode cessar nos mesmos termos dos contratos de seguro em geral: por revogação, caducidade, denúncia ou resolução (ver páginas 29 a 31).

Se o tomador do seguro for uma pessoa singular, pode fazer cessar o contrato celebrado por telefone ou Internet por resolução sem necessidade de invocação de um motivo nos 14 ou 30 dias a seguir à data da receção da apólice, dependendo do seguro contratado (ver a tabela na página 30, sobre o contrato de seguro em geral).

Seguro Automóvel

43



Seguro Automóvel

Seguro obrigatório

O proprietário ou o condutor de um veículo são responsáveis pelos prejuízos que este possa causar e em caso de acidente podem ter de pagar indemnizações elevadas.

Para proteger os interesses dos **lesados**, que têm direito a que os seus prejuízos sejam pagos, independentemente de o responsável pelo acidente ter condições financeiras para o fazer, é obrigatório o seguro de responsabilidade civil dos veículos terrestres a motor e seus reboques.

Quais as consequências da falta de seguro?

Um veículo para o qual não foi contratado um seguro de responsabilidade civil encontra-se numa situação ilegal. Por lei, o veículo pode ser apreendido e o seu proprietário pode ter de pagar uma **coima**. Em caso de acidente, o condutor ou proprietário do veículo podem ser responsabilizados pelo pagamento das indemnizações devidas aos lesados.

Os seguradores podem recusar-se a celebrar o seguro obrigatório?

Podem. No entanto, existe uma forma de ultrapassar esta recusa. Quem não conseguir a aceitação do seguro obrigatório em, pelo menos, três seguradores, deve exigir a cada um a respetiva declaração de recusa. Os seguradores são obrigados a fornecer esta declaração.

De seguida, deve contactar a Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões, que lhe indicará, depois de receber os documentos necessários, qual o segurador que fica obrigado a aceitar o seguro e qual o preço que lhe será cobrado.

O que cobre o seguro obrigatório?

O seguro obrigatório assegura o pagamento das indemnizações por **danos** corporais e materiais causados a terceiros e às pessoas transportadas, com exceção do condutor do veículo.

No mínimo, este seguro tem de cobrir 2 500 000 € por acidente para danos corporais e 750 000 € por acidente para danos materiais. A partir de 1 de junho de 2012, estes valores aumentam para 5 000 000 € e 1 000 000 €, respetivamente.

Terceiro lesado

Vítima de um sinistro, que não é parte do contrato de seguro que cobre o risco em causa, mas que tem o direito a ser indemnizada.

Coima

Sanção de natureza pecuniária que resulta de uma infração (um ato ou omissão que não respeite a lei)

Dano

Prejuízo sofrido por alguém. O dano pode ser causado por perda, destruição ou avaria de bens ou por lesão que afete a saúde física ou mental de uma pessoa.



Dano corporal

Dano relativo à vida, à saúde ou à integridade física de uma pessoa.

Dano material

Prejuízo causado a coisas, bens materiais, créditos e quaisquer outros direitos patrimoniais.

Seguro de danos próprios

Designação por que é conhecido o seguro que cobre os prejuízos sofridos pelo veículo seguro, mesmo nas situações em que o condutor seja responsável pelo acidente.

Seguros facultativos

Que outras coberturas se podem contratar?

Além da cobertura obrigatória de responsabilidade civil, o seguro automóvel pode incluir outras coberturas facultativas (ou seja, cuja contratação depende da vontade do tomador do seguro), como, por exemplo:

Capital facultativo para o seguro de responsabilidade civil

Permite cobrir **danos corporais** e **materiais** de valor superior a 2 500 000 € e 750 000 €, respetivamente.

Assistência em viagem para o veículo seguro e seus passageiros

Abrange, em regra, em caso de avaria ou acidente, o reboque do veículo, o transporte de pessoas e bens e o fornecimento de outro veículo até ao final da viagem.

Proteção jurídica

Cobre os custos de um advogado que represente os interesses do segurado e as despesas decorrentes de um processo judicial ou administrativo.

Privação temporária de uso

Garante o pagamento de uma compensação pelos prejuízos resultantes da impossibilidade de utilização do veículo seguro durante um determinado período (por exemplo, enquanto o veículo está a ser reparado).

É possível fazer um seguro “contra todos os riscos”?

Apesar de se ouvir frequentemente falar em “seguros contra todos os riscos”, nenhum contrato de seguro cobre todos os riscos. Geralmente, esta designação refere-se ao seguro que cobre também os **danos próprios**.

Este tipo de seguro cobre os danos sofridos pelo veículo seguro, mesmo nas situações em que o condutor seja responsável pelo acidente. Entre as coberturas que podem ser contratadas, destacam-se: a de choque, colisão e capotamento, a de incêndio, raio e explosão e a de furto ou roubo.



Preço do seguro

O preço do seguro é igual em todos os seguradores?

Cada segurador é livre de fixar os seus próprios preços, incluindo o do seguro obrigatório de responsabilidade civil automóvel.

Fatores como a idade do veículo, a idade do condutor e há quantos anos tem a carta de condução podem influenciar o preço do seguro, de acordo com a tabela específica de cada segurador.

A franquia afeta o preço do seguro?

A **franquia** corresponde ao valor que fica a cargo do tomador do seguro, em caso de **sinistro**. Permite reduzir o preço do seguro, porque responsabiliza o tomador do seguro por uma parte do prejuízo.

A franquia, quando existe, está definida nas condições particulares da apólice de seguro. Pode ser um valor fixo ou uma percentagem do valor do capital seguro ou do dano.

Na cobertura de danos próprios, o valor da franquia é deduzido da indemnização devida pelo segurador ao tomador do seguro.

Na cobertura obrigatória de responsabilidade civil, o segurador indemniza na totalidade os terceiros lesados pelos danos sofridos, sendo depois reembolsado pelo tomador do seguro do valor da franquia.

O preço do seguro pode variar de ano para ano?

O preço do seguro pode ser atualizado uma vez por ano, na renovação do contrato. Normalmente, o preço aumenta em função da ocorrência de sinistros que sejam da responsabilidade do segurado e diminui por cada um ou mais anos sem sinistros. Na primeira situação, diz-se que houve uma penalização ou agravamento do prémio; na segunda, que houve uma **bonificação ou bónus**.

Antes de alterar o preço, o segurador deve avisar o tomador do seguro.

Franquia

Parte do valor dos danos que fica a cargo do tomador do seguro ou segurado.

Sinistro

Evento ou série de eventos que resultam de uma mesma causa e que acionam a cobertura do risco prevista no contrato.

Bonificação ou bónus

Diminuição do prémio na renovação do contrato de seguro, nas situações fixadas na apólice (por exemplo, não terem ocorrido sinistros).



Tabela de desvalorização

Tabela utilizada nos contratos de seguro automóvel que incluem cobertura de danos próprios, que serve para atualizar o valor seguro para efeitos do montante das indemnizações em caso de perda total, sendo o prémio do seguro ajustado à desvalorização do veículo.

Declaração amigável de acidente automóvel (DAAA)

Impresso a preencher em caso de acidente automóvel.

Destina-se a recolher certas informações indispensáveis à regularização do sinistro pelos seguradores e a fazer a participação do acidente.

Este impresso, sempre que possível, deve ser preenchido no próprio local do acidente e assinado por ambas as partes.

Que tipo de informações se devem pedir e analisar antes de se escolher um seguro automóvel?

Antes de contratar um seguro automóvel devem ser solicitadas ao segurador as seguintes informações:

- o preço da cobertura obrigatória e das coberturas facultativas;
- os riscos que estão cobertos e os que estão excluídos;
- as opções quanto à franquia e o seu impacto no preço do seguro;
- a tabela de penalização e bonificação do prémio;
- os países onde são válidas as diversas coberturas;
- os critérios utilizados pelo segurador para determinar e atualizar o valor do veículo seguro (nos seguros de danos próprios) e a respetiva **tabela de desvalorização**.

O que fazer em caso de acidente

Em caso de acidente automóvel, deve-se:

- obter, no local do acidente, os elementos de identificação dos:
 - condutores,
 - veículos,
 - seguros (o nome do segurador e o número da apólice, que podem ser encontrados num selo que deverá estar colocado no vidro da viatura);
- identificar as testemunhas do acidente e recolher os seus contactos (telefone e morada).
- Se for possível chegar a acordo sobre o modo como ocorreu o acidente, os condutores devem preencher e assinar a mesma **Declaração Amigável de Acidente Automóvel (DAAA)**. Cada condutor deve ficar com um exemplar para entregar ao seu segurador. Sempre que possível, deve juntar fotografias dos danos e do local do acidente.
- Se não for possível chegar a acordo, cada condutor deve preencher e assinar o seu próprio formulário de Declaração Amigável e entregá-lo ao segurador do outro veículo. Nestes casos, é ainda mais importante juntar fotografias dos danos e do local do acidente.
- Se não for possível chegar a acordo sobre o modo como ocorreu o acidente ou se houver danos pessoais deve solicitar-se a presença da polícia.
- Para preencher a Declaração Amigável não é necessário que nenhum dos condutores se declare culpado.



- Se o condutor não for responsável pelo acidente, o facto de ter preenchido a Declaração Amigável não irá afetar o preço do respetivo seguro.

Para que serve a Declaração Amigável de Acidente Automóvel?

Quando os dois condutores estão de acordo sobre a forma como se deu o acidente, devem preencher e assinar a Declaração Amigável de Acidente Automóvel e entregá-la ao seu próprio segurador.

A entrega deste documento aos respetivos seguradores é essencial para o funcionamento do sistema **IDS - Indemnização Direta ao Segurado**, que tem como finalidade acelerar a **regularização do sinistro**.

Cada tomador do seguro lida diretamente com o seu próprio segurador, que se encarrega de regularizar o sinistro, sendo depois reembolsado pelo segurador do outro condutor, caso este último seja o responsável pelo acidente.

O sistema IDS aplica-se desde que:

- estejam envolvidas no acidente apenas duas viaturas,
- tenha havido um choque direto entre elas,
- ambas estejam seguradas em seguradores aderentes ao sistema,
- o acidente tenha ocorrido em território português,
- não existam danos corporais,
- os danos materiais não sejam superiores a 15 000 € por veículo.

E se, em caso de sinistro, um dos veículos não estiver seguro?

Se algum dos condutores não apresentar os documentos comprovativos do contrato de seguro de responsabilidade civil, além de recolher os elementos de identificação do condutor e do veículo, é aconselhável solicitar a presença da polícia.

Através da matrícula do veículo é possível saber qual é o seu segurador. Para isso, basta visitar o sítio da Internet da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões em www.asf.com.pt.

Se o veículo não estiver seguro, o lesado poderá recorrer ao Fundo de Garantia Automóvel.

IDS

É um acordo entre seguradores com o objetivo de acelerar a resolução de acidentes automóvel.

Regularização de sinistro

Conjunto de ações realizadas pelo segurador com o objetivo de:

- confirmar que ocorreu um sinistro;
- analisar as suas causas, circunstâncias e consequências;
- decidir se vai reparar os danos ou compensar os prejuízos resultantes do sinistro;
- decidir qual o valor da indemnização ou prestação.



O que é e para que serve o Fundo de Garantia Automóvel?

O Fundo de Garantia Automóvel (FGA) garante, entre outros casos, a reparação dos danos **corporais** e **materiais** resultantes de acidentes de viação ocorridos em Portugal, quando o responsável pelo mesmo seja desconhecido ou, sendo conhecido, não tenha cumprido a obrigação de celebrar o seguro de responsabilidade civil automóvel, nos seguintes termos:

Dano corporal

Dano relativo à vida, à saúde ou à integridade física de uma pessoa.

- tratando-se de danos corporais, o FGA satisfaz as indemnizações devidas quando o responsável pelo acidente seja desconhecido ou, sendo conhecido, não tenha cumprido a obrigação de celebrar o seguro de responsabilidade civil automóvel;
- tratando-se de danos materiais, o FGA satisfaz as indemnizações devidas quando o responsável pelo acidente seja conhecido e não tenha cumprido a obrigação de celebrar o seguro de responsabilidade civil automóvel;
- em determinadas situações, o FGA satisfaz as indemnizações devidas por danos materiais quando o responsável é desconhecido, nomeadamente quando, em simultâneo, existem danos corporais significativos, quando o veículo causador do acidente tenha sido abandonado no local do acidente e a autoridade policial confirme a sua presença no respetivo auto de notícia ou nos casos em que a prova existente não deixe dúvidas quanto à matrícula do veículo causador do acidente.

Os responsáveis por acidentes de viação que não tenham cumprido a obrigação de celebrar o seguro de responsabilidade civil automóvel ficam obrigados a reembolsar, com juros, as indemnizações satisfeitas pelo FGA.

Dano material

Prejuízo causado a coisas, bens materiais, créditos e quaisquer outros direitos patrimoniais.

O que fazer em caso de acidente em Portugal com um veículo de matrícula estrangeira?

O VEÍCULO TEM SEGURO		O VEÍCULO NÃO TEM SEGURO	
↓	↓	↓	↓
Seguro efetuado em Portugal	Seguro efetuado noutros países	Veículo matriculado num País aderente ao sistema Carta Verde	Outras matrículas
↓	↓	↓	↓
Deve contactar a seguradora	Deve contactar o Gabinete Português de Carta Verde		Deve contactar o Fundo de Garantia Automóvel

Em caso de acidente em Portugal com um veículo de matrícula estrangeira, deve contactar-se o Gabinete Português de Carta Verde (GPCV) que funciona junto da Associação Portuguesa de Seguradores (www.apseguradores.pt).

O sistema de Carta Verde tem por objetivo facilitar a circulação rodoviária. Nos países que aderiram a este sistema, a Carta Verde comprova que o veículo se encontra seguro.

Regularização do sinistro

Qual o prazo para o segurador comunicar a sua decisão?

Após ter conhecimento de um sinistro, o segurador tem dois dias úteis para fazer o primeiro contacto com o lesado e marcar as peritagens.

- Seguidamente, o segurador deve comunicar ao tomador do seguro ou segurado e ao **terceiro lesado** a sua decisão sobre a responsabilidade pelo acidente num prazo máximo de:
- 30 dias úteis a contar do último dia do prazo para o primeiro contacto, se houver apenas danos materiais (15 dias, com Declaração Amigável de Acidente Automóvel);
- 45 dias a contar da data do pedido de indemnização, se houver danos corporais.

Estes prazos podem ser alargados ou suspensos se:

- o acidente tiver ocorrido sob condições climatéricas excecionais;
- tiver havido um número excecionalmente elevado de acidentes em simultâneo;
- houver suspeita de fraude.

Se o **segurador** decidir assumir a responsabilidade pelos prejuízos resultantes do acidente, deve comunicar a sua decisão por escrito, junto com uma **proposta razoável** de indemnização. No caso de danos corporais, se ainda não houver um relatório de alta clínica ou se o dano não estiver quantificado, a proposta de indemnização é provisória.

Se decidir não assumir a responsabilidade, deve enviar, também por escrito, uma justificação da recusa, devidamente fundamentada.

Terceiro lesado

Vítima de um sinistro, que não é parte do contrato de seguro que cobre o risco em causa, mas que tem o direito a ser indemnizada.

Segurador

Entidade legalmente autorizada a exercer a atividade seguradora e que é parte no contrato de seguro.

Proposta razoável

Conceito utilizado na regularização de sinistros no âmbito do seguro de responsabilidade civil automóvel, nos termos do qual o segurador que assumiu a responsabilidade pela reparação do dano deve apresentar ao terceiro lesado uma proposta de indemnização que seja equilibrada face aos danos sofridos, sob pena de pagamento de juros no dobro da taxa legal prevista na lei e ainda de se sujeitar a uma sanção pecuniária.



É obrigatório aceitar a decisão do segurador?

Não é obrigatório aceitar as decisões do segurador sobre o acidente.

Caso o tomador do seguro, o segurado ou o lesado não concordem com o segurador, podem reclamar ao próprio segurador e, se assim o entenderem, recorrer ao **provedor do cliente**, à mediação, à arbitragem ou aos tribunais judiciais.

Provedor do cliente

Entidade ou perito independente de reconhecido prestígio e idoneidade, designado pelas empresas de seguros, ao qual os tomadores de seguros, segurados, beneficiários ou terceiros lesados podem apresentar reclamações relativas a atos ou omissões daquelas empresas.

Em caso de acidente, existe o direito a um veículo de substituição?

Se o veículo sinistrado ficar imobilizado, o lesado tem direito a um veículo de substituição, de características semelhantes, a partir da data em que o segurador assume a responsabilidade exclusiva pela indemnização dos danos resultantes do acidente.

Se o veículo do lesado estiver a ser reparado numa oficina recomendada pelo segurador, tem direito ao veículo de substituição até o seu estar reparado. Se tiver optado por outra oficina, tem direito ao veículo de substituição durante os dias que, de acordo com o **perito** do segurador, sejam necessários para realizar os trabalhos de reparação.

No caso de perda total do veículo imobilizado, o segurador só tem de disponibilizar um veículo de substituição até ao momento em que coloque à disposição do lesado o pagamento da indemnização. O veículo de substituição deve ser imediatamente devolvido, caso contrário o lesado pode ter de pagar pelo seu aluguer.

Nos seguros de danos próprios, o direito a um veículo de substituição depende do que estiver definido no contrato.

O que significa “perda total”?

Quando ocorre um acidente, o veículo pode sofrer danos parciais, que podem ser reparados, ou sofrer danos tão graves que o veículo se considera em situação de perda total. Nesta situação, em vez de o veículo ser reparado, o lesado é indemnizado em dinheiro.

Existe perda total se:

- o veículo desapareceu ou foi totalmente destruído;
- o veículo sofreu danos que não podem ou não devem ser reparados, por colocarem em causa as suas condições de segurança;

Perito regularizador de sinistros

Especialista com qualificação para avaliar os danos ocorridos na sequência de um sinistro.



- no caso de veículos com menos de dois anos, o custo estimado para a reparação dos danos, somado ao valor do veículo no estado em que ficou após o acidente (o **valor do salvado**), ultrapassa os 100% do valor pelo qual poderia ser substituído antes do acidente (**valor venal**);
- no caso de veículos com mais de dois anos, o custo estimado para a reparação dos danos, somado ao valor do veículo no estado em que ficou após o acidente, ultrapassa os 120% do valor pelo qual o veículo poderia ser substituído antes do acidente.

Qual o valor da indemnização em caso de acidente com perda total?

Para calcular o valor da indemnização é preciso determinar o valor do salvado, que é o que resta do veículo sinistrado, e o valor venal, que é o valor pelo qual o veículo poderia ser substituído antes do acidente.

A indemnização a pagar por perda total corresponde:

- ao valor venal do veículo depois de deduzido o valor do salvado, se o salvado ficar na posse do proprietário;
- ao valor venal do veículo, se o veículo passar a pertencer ao segurador.

Ao propor o pagamento de uma indemnização por perda total, o segurador está obrigado a prestar ao lesado as seguintes informações:

- quem foi a entidade que estimou o custo de reparação dos danos e avaliou se era ou não possível repará-los;
- qual o valor venal do veículo no momento anterior ao acidente;
- qual a estimativa do valor do salvado e quem é a entidade que se compromete a comprá-lo por esse valor.

No **seguro de danos próprios**, se a situação de perda total estiver coberta, o valor da indemnização é calculado de acordo com o que está previsto no contrato.

Como é atualizado o valor do veículo no seguro de danos próprios?

O valor seguro do veículo, que é utilizado para calcular a indemnização em caso de perda total, deve ser atualizado automaticamente pelo segurador todos os anos, de acordo com uma tabela de desvalorização definida no contrato. A atualização leva em consideração a idade do veículo e o preço em novo.

Em alternativa, o segurador e o tomador do seguro podem acordar outro valor, desde que seja razoável.

Valor do salvado

Valor do veículo no estado em que ficou após o acidente.

Valor venal

Valor pelo qual o veículo poderia ser substituído imediatamente antes do acidente.

Seguro de danos próprios

Designação por que é conhecido o seguro que cobre os prejuízos sofridos pelo veículo seguro, mesmo nas situações em que o condutor seja responsável pelo acidente.



Conduzir no estrangeiro

Certificado de seguro

Documento que confirma que um contrato de seguro é válido. Pode ser entregue pelo segurador ou por um mediador de seguros.

A Carta Verde é, por exemplo, o certificado de seguro específico do seguro automóvel.

Que precauções se devem tomar ao viajar para o estrangeiro?

O automobilista deve verificar se a sua Carta Verde é válida para todo o período da viagem e para os países que vai visitar.

O seguro obrigatório é válido para todos os países indicados na Carta Verde. No entanto, para manter as coberturas facultativas fora de Portugal é necessário, na maior parte dos casos, pedir antecipadamente ao segurador uma extensão territorial que abranja os países pretendidos, pagando eventualmente um prémio suplementar.

O que fazer se tiver um acidente no estrangeiro?

Em caso de acidente causado por um veículo da União Europeia, ocorrido no território comunitário ou em países terceiros aderentes ao Sistema da **Carta Verde**, o lesado pode resolver o acidente no seu próprio país.

As empresas de seguros autorizadas a comercializar o seguro obrigatório de responsabilidade civil automóvel na União Europeia estão obrigadas a nomear um **representante para sinistros** em cada um dos Estados-Membros, com exceção do país em que a empresa possui a sua sede (*ver quadro*).

Em caso de acidente no estrangeiro, o lesado poderá obter no seu país de residência a identificação do segurador do veículo causador do acidente e do respetivo representante para sinistros. Com base nesta informação, o lesado pode apresentar o pedido de indemnização junto do representante para sinistros do seu país, que lhe deve responder no prazo de três meses.

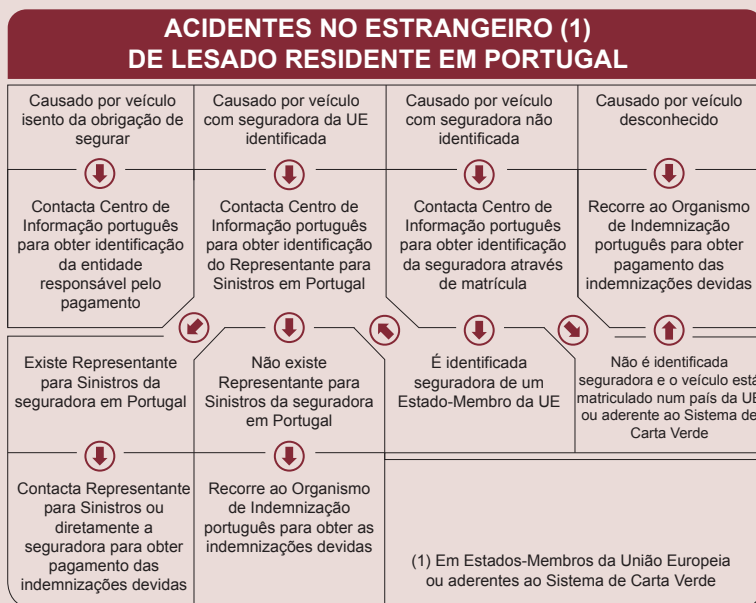
Onde se pode obter informação sobre os seguros e os representantes para sinistros?

A Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões, através do Fundo de Garantia Automóvel, disponibiliza informação relativa ao seguro automóvel de veículos matriculados em países da União Europeia, nomeadamente o nome e a morada das empresas de seguros e respetivos representantes para sinistros.

Representante para sinistros

Pessoa ou entidade que representa em Portugal as empresas de seguros da União Europeia (UE) para efeitos de tratamento e regularização de sinistros ocorridos na UE, contribuindo para uma mais fácil resolução dos mesmos.

A informação sobre o representante para sinistros da seguradora do responsável pelo acidente pode ser obtida no sítio na Internet da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões, em www.asf.com.pt.



Fundo de Garantia Automóvel (FGA)

Entidade que garante o pagamento das indemnizações por danos corporais e materiais resultantes de acidentes de viação causados por veículos matriculados em Portugal que não tenham, à data do acidente, o seguro obrigatório necessário.

O que é e para que serve o organismo de indemnização?

O organismo de indemnização, que em Portugal é o **Fundo de Garantia Automóvel**, é chamado a pagar as indemnizações se:

- não se souber quem causou o acidente ou qual é o seu segurador;
- o segurador do causador do acidente não tiver designado um representante para sinistros;
- o segurador ou o seu representante para sinistros não tiverem dado uma resposta fundamentada ao pedido de indemnização do lesado no prazo de três meses.

Se vender o veículo

O seguro transfere-se para o novo proprietário do veículo?

Não. O seguro termina às 24 horas do dia da venda, pelo que o novo proprietário tem de celebrar outro **contrato de seguro**.

O tomador do seguro deve comunicar imediatamente ao seu segurador a venda do veículo.

Contrato de seguro

Contrato através do qual o segurador assume a cobertura de determinados riscos, comprometendo-se a satisfazer as indemnizações ou a pagar o capital seguro em caso de ocorrência do sinistro, nos termos acordados.

Em contrapartida, o tomador do seguro obriga-se a pagar o prémio correspondente.

**Tomador do seguro**

Pessoa que celebra o contrato de seguro com a empresa de seguros, sendo responsável pelo pagamento do prémio.

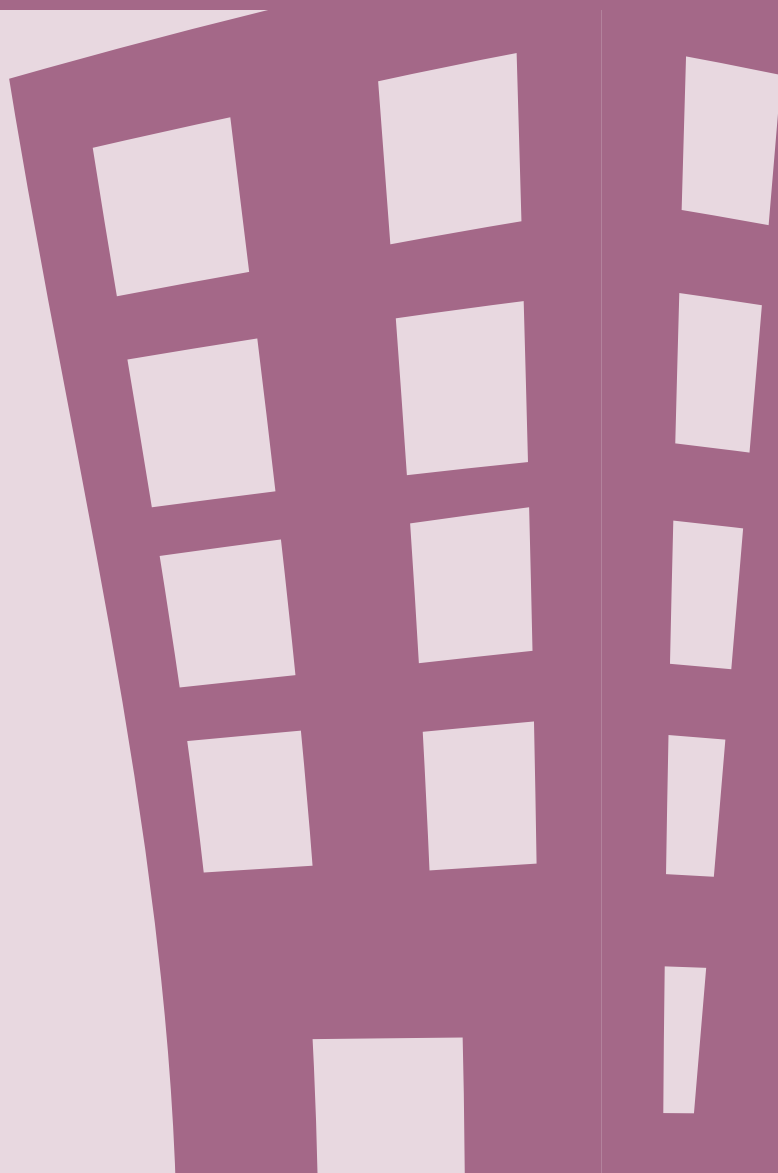
O prémio é devolvido, se o contrato ainda não tiver chegado ao seu termo?

Se vender o veículo antes do termo do contrato de seguro, o **tomador** dispõe de duas opções:

- Pode solicitar ao segurador a devolução da parte do prémio correspondente ao tempo que ainda faltava para o contrato terminar;
- Pode manter o seguro e utilizá-lo para segurar outro veículo, que irá substituir o veículo vendido. A substituição tem de ser feita no prazo de 120 dias.

Seguro de Habitação

57



Seguro de incêndio

O seguro de incêndio, que cobre o risco de danos provocados no imóvel por incêndio, é obrigatório para os edifícios em regime de propriedade horizontal. Deve cobrir cada fração autónoma e as partes comuns do edifício (telhado, escadas, elevadores, garagem, etc.).

O seguro deve ser feito pelos proprietários de cada fração (condóminos). Se estes não o fizerem dentro do prazo e pelo valor decidido na assembleia de condóminos, o administrador do condomínio deve fazê-lo, sendo depois reembolsado pelos condóminos.

A obrigação de segurar o risco de incêndio pode ser cumprida através da contratação de **apólice de seguro** da modalidade **Incêndio e Elementos da Natureza** ou incluída num seguro multirriscos.

O que cobre o seguro obrigatório de incêndio?

O seguro obrigatório cobre os danos diretamente causados por incêndios nas frações autónomas e nas partes comuns de edifícios em propriedade horizontal.

Estão também cobertos os danos diretamente causados nos bens seguros por:

- calor, fumo, vapor ou explosão resultantes do incêndio;
- os meios usados no combate ao incêndio;
- remoções ou destruições executadas por ordem da autoridade competente (bombeiros, polícia, etc.) ou com o fim de salvamento.

A menos que no contrato se estabeleça o contrário, estão ainda cobertos os danos causados por queda de raio, explosão ou outro acidente semelhante, mesmo que não seja acompanhado de incêndio.

Seguro multirriscos habitação

O que é um seguro multirriscos habitação?

Para além do seguro obrigatório, é frequente os proprietários de imóveis optarem por contratar um seguro mais abrangente, que cubra outros riscos.

Apólice de seguro

Documento que contém as condições do contrato de seguro acordadas pelas partes e que incluem as condições gerais, especiais e particulares.

Seguro de incêndio e elementos da natureza

Contrato através do qual o segurador garante a reparação dos danos materiais causados no bem indicado no contrato devido a incêndio ou outros acontecimentos, tais como explosão, raio, fenómenos sísmicos, inundações, tempestades, etc.



Seguro multirriscos habitação

Contrato através do qual o segurador cobre os principais riscos relativos a um imóvel (habitação) e normalmente aos bens móveis existentes no seu interior (recheio).

Cobertura ou garantia

Conjunto de situações cuja verificação determina a prestação do segurador ao abrigo do contrato.

Prémio

Valor total, incluindo taxas e impostos, que o tomador do seguro deve pagar ao segurador pelo seguro.

O **seguro multirriscos** oferece um conjunto de coberturas facultativas de danos no imóvel ou no seu recheio, podendo também incluir uma cobertura de responsabilidade civil.

Quais as coberturas do seguro multirriscos habitação?

O seguro multirriscos habitação pode garantir:

- a reparação de danos causados no edifício, na própria fração ou noutras frações, por ocorrência de riscos distintos do incêndio como, por exemplo, inundações, tempestades e riscos elétricos;
- a reparação de danos causados nos bens móveis da habitação;
- indemnização por furto ou roubo;
- a responsabilidade civil do segurado e pessoas do seu agregado familiar (caso seja necessário indemnizar terceiros por danos causados);
- indemnizações por morte do segurado ou cônjuge, em consequência de incêndio, queda de raio, explosão ou roubo, quando ocorrida na habitação.

O seguro multirriscos tem normalmente um conjunto de **coberturas** predeterminadas, sendo possível adicionar outras coberturas complementares. O **prémio** é calculado em função das coberturas contratadas.

Preço do seguro e contrato

O preço do seguro é igual em todos os seguradores?

Cada segurador é livre de fixar os seus próprios preços, incluindo o do seguro obrigatório de incêndio.

As características do imóvel (tipo de construção e materiais, localização, se tem ou não alarme ligado a uma central, etc.) podem influenciar a avaliação do risco e, consequentemente, o preço do seguro.

Que informações se devem pedir e analisar antes de se escolher um seguro de habitação?

Antes de contratar um seguro de habitação, devem ser solicitadas ao segurador as seguintes informações:

- os riscos que estão cobertos e os que estão excluídos;



- as coberturas facultativas;
- as opções quanto às **franquias** e o seu impacto no preço do seguro;
- outros fatores que afetem o preço do seguro (por exemplo, dispor de um sistema de proteção contra roubo ou de meios de combate a incêndios);
- os critérios utilizados pelo segurador para determinar o valor das **indenizações**.

Em que momento se inicia a cobertura dos riscos pelo contrato?

A cobertura dos riscos inicia-se no dia e na hora indicados no contrato e depende do pagamento prévio do prémio.

Qual a duração do contrato?

A duração é a indicada no contrato, podendo ser por:

- um período limitado acordado entre o segurador e o tomador do seguro ou o segurado (seguro temporário);
- um ano, prorrogado automaticamente por novos períodos de um ano.

O contrato termina às 24 horas do último dia do seu prazo, se não se prorrogar automaticamente.

O prémio é devolvido, se o contrato cessar antes da data inicialmente acordada?

O segurado tem direito à devolução da parte do prémio correspondente ao tempo que ainda faltava para o termo do contrato, exceto se o contrato estabelecer algo diferente.

Capital seguro

Qual deve ser o capital seguro relativo ao imóvel?

O tomador do seguro é responsável por estabelecer, no início e ao longo do contrato, qual é o **capital seguro**.

Franquia

Parte do valor dos danos que fica a cargo do tomador do seguro ou segurado.

Indemnização

Prestação devida pelo segurador para reparar um dano resultante de uma situação coberta pela apólice.

A indemnização pode ser:

- a reparação de um bem (por exemplo, o arranjo de um automóvel);
- a substituição de um bem por outro ou o pagamento do seu valor em dinheiro;
- um valor definido no contrato (por exemplo, um valor por cada dia em que não foi possível usar o automóvel);
- uma renda ou pensão.

Capital seguro

Valor máximo que o segurador paga em caso de sinistro, mesmo que o prejuízo seja superior. Este valor é, normalmente, definido nas condições particulares da apólice.



Valor matricial

Valor pelo qual um edifício se encontra registado na matriz predial.

O valor do capital seguro deve corresponder:

- ao custo de reconstrução do imóvel, tendo em conta o tipo de construção e outros fatores que possam influenciar esse custo;
- ao **valor matricial**, no caso de edifícios que vão ser demolidos ou expropriados.

Para determinar o capital seguro, devem ser considerados todos os elementos do imóvel (à exceção dos terrenos), incluindo o valor proporcional das partes comuns.

Qual deve ser o capital seguro relativo ao recheio do imóvel?

Neste caso, o valor do capital seguro deve corresponder ao custo de substituição dos bens.

Na **proposta de seguro** devem ser claramente identificados os bens a segurar e o seu valor. Os bens mais raros ou valiosos (por exemplo, antiguidades, obras de arte e joias) devem ser especificamente identificados, se possível através de fotografias e descrição das suas características e ser-lhes atribuído um valor por peça.

Em caso de sinistro, é o segurado que tem o ónus da prova, isto é, que tem de provar que os danos se verificaram e que os bens lhe pertenciam ou estavam à sua guarda. É, por isso, importante guardar toda a documentação que prove a existência dos bens seguros, nomeadamente os recibos discriminados que comprovem a sua compra.

Proposta de seguro

Documento através do qual o tomador do seguro expressa a vontade de celebrar o contrato de seguro e dá a conhecer ao segurador o risco que pretende segurar.

Como é feita a atualização do capital seguro?

A atualização do capital seguro é da exclusiva responsabilidade do tomador do seguro. O segurador não pode, de sua livre iniciativa, proceder a essa alteração.

No caso do seguro de recheio, o tomador do seguro deverá atualizar periodicamente o valor atribuído a cada bem, tendo em atenção que o custo de substituição poderá ser superior ao que indicou inicialmente.

No caso do seguro obrigatório de incêndio, a atualização anual do capital seguro é obrigatória. Cada condómino deverá atualizar o capital seguro para a sua fração, de acordo com o valor que for aprovado na assembleia de condóminos. Se a assembleia não tiver aprovado um valor de atualização, o capital seguro deve ser atualizado de acordo com o Índice de Edifícios (IE) publicado pela Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões.

É possível atualizar automaticamente o capital seguro?

O **tomador do seguro** poderá optar por um de dois tipos de atualização automática do capital seguro:

Atualização convencional – o capital seguro é atualizado anualmente com base numa percentagem indicada pelo tomador do seguro (por exemplo, pode decidir aumentar o valor do capital seguro 5% todos os anos)

Atualização indexada – o capital seguro é atualizado anualmente de acordo com as variações dos índices IE (edifícios), IRH (recheio) ou IRHE (recheio e edifício), publicados pela Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões.

O que fazer em caso de sinistro

Quais as obrigações do segurado em caso de sinistro?

Em caso de sinistro, o tomador do seguro ou o segurado devem:

- comunicar o **sinistro**, por escrito, ao segurador, no mais curto prazo de tempo possível (nunca excedendo oito dias a contar do dia em que ocorreu ou em que tomou conhecimento dele), explicando de que forma ocorreu, quais as causas e as consequências;
- tomar as medidas ao seu alcance para prevenir ou limitar as consequências do sinistro; o que pode incluir, na medida do razoável, conservar os **salvados** e não alterar os vestígios do sinistro sem autorização do segurador;
- prestar ao segurador todas as informações que este solicite acerca do sinistro e das suas consequências;
- não prejudicar o direito de o segurador receber do responsável pelos danos as indemnizações que entretanto tenha pago ao segurado;
- cumprir as regras de segurança que sejam impostas pela lei, pelos regulamentos legais ou pelas cláusulas do contrato.

Se o tomador do seguro e o segurado não cumprirem estas obrigações, a cobertura e o valor da indemnização podem ser afetados.

Tomador do seguro

Pessoa que celebra o contrato de seguro com a empresa de seguros, sendo responsável pelo pagamento do prémio.

Sinistro

Evento ou série de eventos que resultam de uma mesma causa e que acionam a cobertura do risco prevista no contrato.

Salvado

O bem salvo do sinistro, nas situações de perda total.



Quais as obrigações do segurador em caso de sinistro?

Em caso de sinistro, o segurador deve, rápida e diligentemente:

- investigar o sinistro;
- avaliar os danos;
- pagar as indemnizações devidas.

Subseguro

Situação em que o bem é segurado por um valor inferior ao seu valor real.

O segurador deve pagar a indemnização ou autorizar a reparação ou reconstrução logo que estejam concluídas as investigações e a avaliação dos danos. Se, tendo todos os elementos necessários, não o fizer no prazo de 30 dias, terá de pagar juros sobre o valor da indemnização.

Pagamento da indemnização

Como é paga a indemnização?

O segurador paga a indemnização em dinheiro, se for impossível ou demasiado caro reparar os bens destruídos ou danificados.

Quando for possível substituir, repor, reparar ou reconstruir os bens, o segurado deve colaborar nesse sentido com o segurador ou com quem este indicar.

O que é a regra proporcional e quando se aplica?

Sobresseguro

Situação em que o bem é segurado por um valor superior ao seu valor real.

A regra proporcional aplica-se quando o capital seguro **é inferior** ao custo de reconstrução (no caso de edifícios) ou ao custo de substituição por novo (no caso de mobiliário e recheio). Nesta situação, o segurador só paga uma parte dos prejuízos proporcional à relação entre o custo de reconstrução ou substituição à data do sinistro e o capital seguro.

Por exemplo, se um edifício cujo custo de reconstrução é de 100 000 € e estiver seguro por 80 000 €, o segurador será responsável apenas por 80% dos prejuízos, ficando os restantes 20% a cargo do segurado. Assim, se ocorresse um sinistro que causasse danos de 50 000 €, o segurador apenas indemnizaria 40 000 € (80% de 50 000 €), suportando o segurado os restantes 10 000 €.

Se se verificar o oposto e o capital seguro **for superior** ao valor de reconstrução ou de substituição, a indemnização paga pelo segurador terá como limite máximo o valor de reconstrução ou de substituição.

Seguro de Saúde

65



Seguro de Saúde

O seguro de saúde cobre riscos relacionados com a prestação de cuidados de saúde, conforme as coberturas previstas nas condições do contrato, com os limites nelas fixados.

Como funcionam as garantias?

Podem funcionar através do reembolso ao tomador do seguro de despesas realizadas com cuidados de saúde, do pagamento direto aos prestadores dos serviços de saúde ou da combinação das duas modalidades.

Se a pessoa segura receber qualquer **comparticipação** de um sistema de segurança social, o seguro cobre apenas a parte das despesas de saúde que não é comparticipada.

O que está normalmente **excluído** de um seguro de saúde?

Normalmente, o seguro de saúde não cobre:

- doenças profissionais e **acidentes de trabalho**;
- perturbações nervosas e doenças do foro psiquiátrico;
- *check-up* e exames gerais de saúde;
- perturbações originadas por abuso de álcool ou drogas;
- acidentes ou doenças resultantes da participação em competições desportivas;
- tratamento ou cirurgia para emagrecimento;
- fertilização ou qualquer método de fecundação artificial;
- transplante de órgãos ou medula;
- tratamento ou cirurgia estética, plástica ou reconstrutiva e suas consequências (salvo se for necessário devido a doença ou acidente cobertos pelo seguro);
- estadias em estabelecimentos psiquiátricos, termais, casas de repouso, lares de terceira idade, centros de desintoxicação de alcoólicos ou toxicodependentes.

Comparticipação

Contribuição para uma despesa.

Exclusão

Cláusula de um contrato de seguro que procede à delimitação negativa do âmbito da cobertura, isto é, define aquilo que o seguro não cobre.

Acidente de trabalho

Acidente que se verifique no local e no tempo de trabalho, no trajeto de ida ou regresso ao local de trabalho ou noutros locais diretamente relacionados com o contrato de trabalho e do qual resulte lesão corporal, perturbação funcional ou doença que provoque redução na capacidade de trabalho ou de ganho ou a morte.



As doenças preexistentes estão cobertas pelo seguro de saúde?

As **doenças preexistentes**, conhecidas da pessoa segura à data da realização do contrato, consideram-se cobertas pelo seguro, se não forem excluídas expressamente no contrato. É, no entanto, usual que esta exclusão conste dos contratos.

Doença preexistente

Doença que já existia à data em que o seguro foi celebrado.

O contrato pode ainda indicar um **período de carência**, não superior a um ano, para a cobertura de doenças preexistentes.

O que fazer em caso de acidente ou doença

O tomador do seguro e a pessoa segura têm o dever de:

- informar o segurador sobre as circunstâncias e consequências do acidente ou doença;
- cumprir as indicações do médico assistente;
- sujeitar-se, se necessário, a ser examinado por um médico indicado pelo segurador;
- apresentar os comprovativos das despesas com os cuidados de saúde prescritos e necessários;
- sempre que possível, solicitar uma autorização prévia do segurador para internamento hospitalar.

Período de carência

Período entre o início do contrato de seguro e uma determinada data, no qual certas coberturas não se encontram ainda a produzir efeitos.

Pagamento das despesas de saúde

Como são feitos os pagamentos de um seguro de saúde?

Podem ser feitos através de um sistema de reembolso ou de um sistema de pagamento direto aos prestadores de serviços que têm um acordo com o segurador (ou seja, prestadores pertencentes a uma rede convencionada).

Como funciona o sistema de reembolso?

Num sistema de reembolso, as despesas são pagas pela pessoa segura e, seguidamente, comparticipadas pelo segurador.



O contrato de seguro indica:

- as percentagens máximas de comparticipação (isto é, pagas pelo segurador);
- o **capital** disponível para cada cobertura;
- o valor da **franquia** inicial para cada cobertura, se existir;
- o prazo máximo para entrega do pedido de pagamento das despesas, contado a partir da data em que foram realizadas;
- o prazo máximo para reembolsar a pessoa segura.

Como funciona o sistema de rede convencionada?

Num sistema de pagamento direto pelo segurador aos prestadores de serviços da rede convencionada, a pessoa segura, ao recorrer aos médicos, hospitais, laboratórios, etc., da lista que lhe é fornecida com o contrato, só paga a parte da despesa que não está coberta pelo seguro.

A parte que está a cargo do segurador é paga diretamente àqueles prestadores de serviços.

Capital seguro

Valor máximo que o segurador paga em caso de sinistro, mesmo que o prejuízo seja superior. Este valor é, normalmente, definido nas condições particulares da apólice.

Franquia

Parte do valor dos danos que fica a cargo do tomador do seguro ou segurado.

Seguro de Responsabilidade Civil

71



Seguro de Responsabilidade Civil

No seguro de responsabilidade civil, o segurador cobre o risco de o segurado ter de vir a indemnizar **terceiros** por danos que lhes cause.

O seguro de responsabilidade civil geral pode cobrir vários riscos, como, por exemplo:

- uma atividade (caça, montagem de aparelhos de gás, etc.);
- uma profissão (advogado, mediador de seguros, etc.);
- situações da vida familiar (danos causados a terceiros na habitação ou por um animal doméstico, etc.).

Existem seguros de responsabilidade civil obrigatórios e facultativos.

Quais são os seguros de responsabilidade civil obrigatórios?

Existem várias dezenas de seguros de responsabilidade civil obrigatórios, que estão listados no sítio da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões (ASF), em www.asf.com.pt.

O que está normalmente coberto por um seguro de responsabilidade civil?

Nos seguros de responsabilidade civil obrigatórios as **coberturas mínimas** encontram-se definidas na lei ou respetiva regulamentação.

Nos seguros de responsabilidade civil facultativos, as coberturas são as que forem acordadas entre o tomador e o segurador.

O que está normalmente excluído de um seguro de responsabilidade civil?

O seguro de responsabilidade civil, normalmente, não cobre:

- o pagamento de indemnizações pela aplicação de quaisquer fianças, taxas ou multas;
- danos resultantes de atos de terrorismo, guerra, guerra civil, invasão, hostilidades, insurreição ou distúrbios laborais (greves, tumultos, etc.);
- danos resultantes de um acidente que deva estar coberto por outro seguro obrigatório, designadamente de acidentes de trabalho ou de responsabilidade civil automóvel.

Terceiro lesado

Vítima de um sinistro, que não é parte do contrato de seguro que cobre o risco em causa, mas que tem o direito a ser indemnizada.

Apólice uniforme

Conjunto de cláusulas contratuais aprovadas pela Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões para determinados seguros obrigatórios, que devem ser respeitadas pelos seguradores na cobertura dos riscos em causa.

Cobertura ou garantia

Conjunto de situações cuja verificação determina a prestação do segurador ao abrigo do contrato.

Seguro de responsabilidade civil

Contrato através do qual o segurador cobre o risco de o segurado ter que vir a indemnizar terceiros por danos que resultem de lesões corporais ou materiais pelos quais seja responsável.

Sinistro

Evento ou série de eventos que resultam de uma mesma causa e que acionam a cobertura do risco prevista no contrato.

Qual é o período de cobertura de um seguro de responsabilidade civil?

A menos que tenha sido acordado algo diferente, o seguro **cobre a responsabilidade civil** do segurado por factos ocorridos entre o início e o final do contrato, abrangendo os pedidos de indemnização apresentados depois de terminado o contrato.

O que deve fazer o segurado em caso de sinistro?

Em caso de **sinistro**, o tomador do seguro ou o segurado devem:

- comunicar o sucedido, por escrito, ao segurador, no prazo indicado no contrato ou, na falta de prazo, nos oito dias a seguir a ter tomado conhecimento do sinistro;
- tomar as medidas ao seu alcance para prevenir ou limitar os danos.

A quem deve a vítima de um sinistro dirigir o seu pedido de indemnização?

Se se tratar de um seguro de responsabilidade civil facultativo, em regra, o lesado deve dirigir o seu pedido de indemnização ao causador do dano. Este irá, em seguida, contactar o seu segurador e acionar o seguro.

Se se tratar de um seguro de responsabilidade civil obrigatório, o lesado tem o direito de exigir o pagamento da indemnização diretamente ao segurador.

Qual o valor da indemnização?

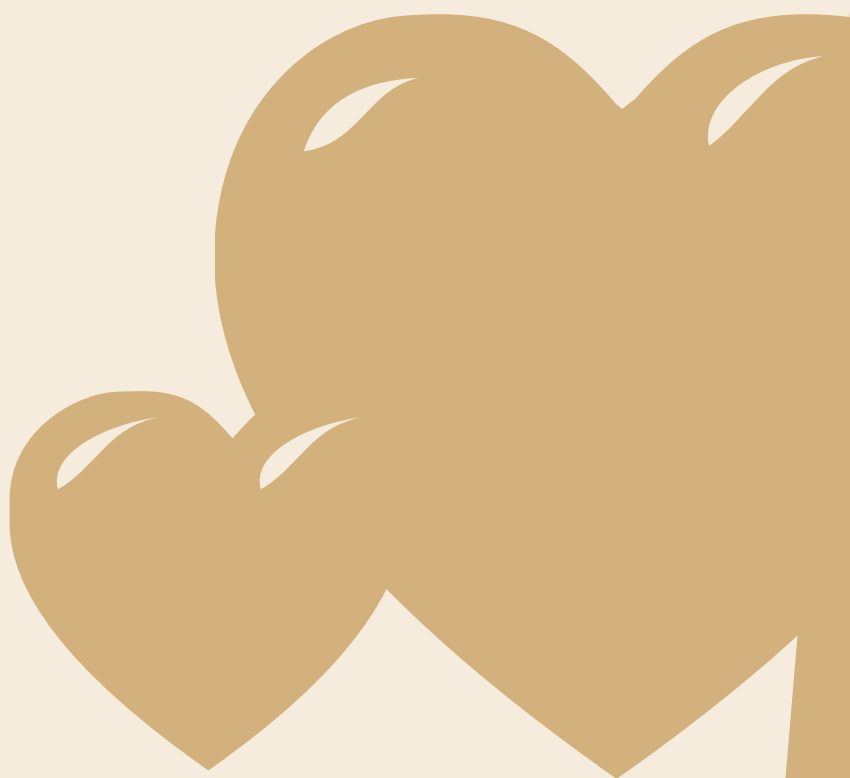
A indemnização paga pelo segurador depende do dano causado e tem como limite o valor do capital seguro.

E se existirem vários lesados?

Se houver vários lesados e o valor total das indemnizações ultrapassar o capital seguro, este será dividido proporcionalmente entre todos os lesados.

Seguros do ramo Vida

75



Seguros do ramo Vida

Os seguros e as operações do ramo Vida são:

- **seguros de vida;**
- seguros de nupcialidade / natalidade;
- **seguros ligados a fundos de investimento (*unit linked*);**
- operações de capitalização.

Conceitos importantes

Resgate

O resgate total consiste na antecipação do recebimento da prestação devida pelo segurador, calculada em função dos prémios entretanto pagos, dando, assim, origem à cessação do contrato.

O resgate resulta, normalmente, de pedido expresso do tomador. O direito ao valor de resgate é usualmente concedido após um período mínimo estabelecido no contrato e nem todos os seguros do ramo Vida dão direito a valor de resgate.

O segurador deve anexar à apólice uma tabela de valores de resgate calculados com referência às datas de renovação do contrato, sempre que existam valores mínimos estabelecidos.

Reembolso

Quando o beneficiário recebe, no final do contrato, o valor a que tem direito.

Participação nos resultados

A participação nos resultados é o direito de o tomador do seguro, segurado ou beneficiário receber parte dos resultados gerados pelo contrato de seguro.

O segurador deve informar anualmente o tomador do seguro do valor da participação nos resultados que lhe é distribuído.

Quando o contrato termina, o tomador do seguro, segurado ou beneficiário tem direito à participação nos resultados que já tenha sido atribuída mas ainda não tenha sido distribuída.

Nas situações em que a participação nos resultados ainda não tenha sido atribuída, o valor a receber será proporcional ao tempo que decorreu entre a última atribuição e o final do contrato.

Seguro de vida

Contrato através do qual o segurador se compromete a pagar o capital seguro em caso de morte da pessoa segura (seguro em caso de morte) ou sobrevivência da pessoa segura (seguro em caso de vida).

Seguro ligado a fundos de investimento (*unit linked*)

Contrato de seguro de vida em que o capital seguro varia de acordo com o valor das unidades de participação de um ou vários fundos de investimento.

Neste seguro o risco de investimento é assumido pelo tomador do seguro, exceto no que diz respeito à parte de "capital garantido" ou "rendimento mínimo garantido", quando existam.



Apólice de seguro

Documento que contém as condições do contrato de seguro acordadas pelas partes e que incluem as condições gerais, especiais e particulares.

Prémio

Valor total, incluindo taxas e impostos, que o tomador do seguro deve pagar ao segurador pelo seguro.

Contrato de seguro

Contrato através do qual o segurador assume a cobertura de determinados riscos, comprometendo-se a satisfazer as indemnizações ou a pagar o capital seguro em caso de ocorrência do sinistro, nos termos acordados. Em contrapartida, o tomador do seguro obriga-se a pagar o prémio correspondente.

Redução

A redução corresponde a uma diminuição das garantias e / ou capitais contratados, por iniciativa do tomador do seguro ou do segurador, mantendo-se o contrato em vigor.

Ocorre, normalmente, por decisão do segurador em caso de falta de pagamento de parte do prémio.

O segurador deve anexar à **apólice** uma tabela de valores de redução calculados com referência às datas de renovação do contrato, sempre que existam valores mínimos estabelecidos.

Pagamento do prémio do seguro

Como é pago o prémio?

O tomador do seguro deve pagar o **prémio** nas datas e condições indicadas no **contrato de seguro**.

Quando e como deve ser feito o aviso para pagamento do prémio?

O segurador deve avisar o tomador do seguro com, pelo menos, 30 dias de antecedência em relação à data limite em que o prémio deve ser pago. O aviso deve indicar o valor do prémio, onde e como deve ser pago.

Quais as consequências de não pagar o prémio?

A falta de pagamento do prémio na data indicada no aviso pode dar ao segurador, consoante o que for acordado, o direito de:

- cessar o contrato e pagar ao beneficiário o respetivo valor de resgate;
- reduzir as garantias ou capitais contratados.

Pagamento do capital seguro

Que documentos podem ser pedidos pelo segurador para que pague o capital seguro (valor de resgate ou de reembolso)?

O contrato de seguro deve estabelecer de forma compreensível e rigorosa quais os documentos que o segurador exige e os prazos estabelecidos para o efeito.

Contudo, o segurador não pode solicitar ao tomador do seguro, subscritor, beneficiário ou portador do título que pretenda o pagamento do **valor de resgate** ou do **valor de reembolso**, no final do contrato, a apresentação de documentos que não sejam indispensáveis para atender ao pedido.

Por outro lado, também não pode deixar repetidamente sem resposta a correspondência que lhe for dirigida com o pedido de pagamento.

Por recomendação da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões, os documentos que os seguradores podem exigir para pagar o valor de resgate e o valor de reembolso não devem exceder os seguintes (ver quadro):

	Seguros de capitalização	Operações de capitalização
Valor de resgate	Cartão de cidadão (ou bilhete de identidade e cartão de contribuinte)	Cartão de cidadão (ou bilhete de identidade e cartão de contribuinte) + Título de capitalização
Valor de reembolso, em caso de sobrevivência	Cartão de cidadão (ou bilhete de identidade e cartão de contribuinte) + Certidão de nascimento (se o beneficiário não se apresentar pessoalmente)	Cartão de cidadão (ou bilhete de identidade e cartão de contribuinte) + Título de capitalização
Valor de reembolso, em caso de morte	Cartão de cidadão (ou bilhete de identidade e cartão de contribuinte) + Documentação inerente à participação do sinistro + Certidão de óbito e documento comprovativo da qualidade de herdeiro ou beneficiário	Cartão de cidadão (ou bilhete de identidade e cartão de contribuinte) + Título de capitalização + Certidão de óbito e documento comprovativo da qualidade de herdeiro (se o título for nominativo).

Podem ser exigidos mais documentos em determinadas circunstâncias que o justifiquem (por exemplo, a natureza e a complexidade do produto).

Valor de resgate

Montante máximo que pode ser atribuído em caso de resgate de um contrato de seguro de vida.

Valor de reembolso

Valor que o beneficiário tem direito a receber no final do contrato.

Operação de capitalização

Contrato através do qual um segurador do ramo Vida se compromete a pagar um determinado capital no final do contrato.



Cobertura ou garantia

Conjunto de situações cuja verificação determina a prestação do segurador ao abrigo do contrato.

Pessoa segura

Pessoa cuja vida, saúde ou integridade física se segura.

Beneficiário de um contrato de seguro

Pessoa ou entidade com direito às prestações previstas no contrato de seguro.

Qual é o prazo para o pagamento dos valores de resgate e de reembolso?

Por recomendação da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões, o pagamento de valores de resgate e de reembolso deve ser feito dentro dos prazos (a contar da data em que o segurador recebe os documentos necessários) de seguida indicados:

Prazos para o pagamento dos valores de resgate e de reembolso	
Valor de resgate	10 dias úteis
Valor de reembolso, em caso de sobrevivência	5 dias úteis
Valor de reembolso, em caso de morte	20 dias úteis

Podem ser estabelecidos prazos mais longos em determinadas circunstâncias que o justifiquem (por exemplo, a natureza e a complexidade do produto).

Seguro de vida

O que é um seguro de vida?

É um seguro que garante, como **cobertura** principal, o risco de morte ou de sobrevivência (ou ambos) de uma ou várias **pessoas seguras**. Pode também incluir, como coberturas complementares, o risco de invalidez, de acidente ou de desemprego.

No seguro de vida que cobre o risco de morte da pessoa segura (seguro em caso de morte), o segurador paga ao **beneficiário** o capital acordado, se a pessoa segura morrer durante o período fixado no contrato.

No seguro de vida que cobre o risco de sobrevivência da pessoa segura (seguro em caso de vida), o segurador paga ao beneficiário o capital acordado, se a pessoa segura se encontrar viva no final do contrato. Estes seguros são usualmente utilizados para a constituição de uma poupança. Neste caso, o beneficiário pode ser a própria pessoa segura.

Existem ainda modalidades mistas que englobam ambas as situações, ou seja, o segurador paga em caso de morte e em caso de vida da pessoa segura, regra geral, com capitais distintos.

Porque é importante fazer um seguro de vida?

Existem riscos que têm consequências graves e de grande impacto económico na vida dos cidadãos. Uma morte prematura pode afetar seriamente os recursos familiares, levando à redução dos rendimentos. Por outro lado, uma maior longevidade pode acarretar custos acrescidos para o idoso e sua família.

Estes são riscos que podem ser partilhados ou transferidos para um segurador, através de um seguro de vida.

Assim, o seguro de vida surge como forma de prevenir, a nível económico, as consequências da morte ou da sobrevivência numa determinada idade. A prevenção é a base e a razão de ser do seguro.

Quais as informações que o segurador tem de prestar ao tomador do seguro, antes da celebração do contrato de seguro de vida?

O segurador deve prestar ao tomador do seguro, antes da celebração de um contrato de seguro de vida:

- as informações gerais que devem ser comunicadas antes da realização de qualquer contrato de seguro;
- a definição de cada cobertura;
- os prémios relativos a cada cobertura;
- a forma como é calculada e paga a **participação nos resultados**, quando exista;
- o rendimento mínimo garantido (taxa de juro mínima garantida e respetiva duração), quando exista;
- os valores de resgate, de redução e penalizações;
- os encargos e o momento em que são cobrados;
- o regime fiscal (por exemplo, os benefícios fiscais existentes);
- a possibilidade de acesso aos dados médicos de exames realizados.

Se se tratar de um contrato de capital variável, deve indicar também:

- os valores de referência para cálculo do capital;
- o número de unidades de participação;
- a natureza dos **ativos** representativos (se são ações, títulos de dívida, etc.).

Participação nos resultados

Direito do tomador do seguro, segurado ou beneficiário de receber parte dos resultados gerados pelo contrato de seguro.

Considera-se atribuída quando é calculada para o conjunto de contratos, mas não individualizada.

Considera-se distribuída quando é afetada a cada contrato individual.

Ativos

Conjunto de bens e direitos (ações, obrigações, depósitos bancários, terrenos e edifícios, etc.) que podem fazer parte do património de uma empresa de seguros ou de um fundo de pensões.



Carteira de investimento

Conjunto de ativos detidos por uma empresa de seguros ou fundo de pensões.

Capital variável

Corresponde ao capital seguro no âmbito de um contrato de seguro ligado a fundos de investimento, cujo valor varia de acordo com o valor do fundo ou fundos a que o seguro está ligado.

Unidades de participação

Parcela em que se divide o património do fundo de investimento ou do fundo de pensões aberto. O seu valor é determinado através da divisão do montante total dos ativos do fundo pelo número de unidades de participação em circulação. O valor da unidade de participação varia em função da evolução do valor dos ativos em que o fundo investe, podendo aumentar ou diminuir.

Que informações devem constar da apólice de seguro de vida?

As apólices de seguros de vida devem conter os termos e condições acordados entre as partes, nomeadamente as condições gerais, especiais e particulares aplicáveis e ainda:

- as informações gerais exigíveis para todas as apólices de seguro;
- a forma como os prémios serão pagos ao segurador (condições, prazo e periodicidade);
- se há ou não direito à participação nos resultados e, caso haja, a forma como é calculada e paga;
- o prazo em que o contrato pode ser repostado em vigor nas mesmas condições depois de ter terminado;
- as condições para manter o contrato em caso de morte do segurado;
- as regras para a formação da **carteira de investimento**.

Seguros de nupcialidade / natalidade

São seguros que têm por objeto o pagamento de um capital e / ou renda em caso de casamento e de nascimento de filhos.

Seguros ligados a fundos de investimento

O que são seguros ligados a fundos de investimento (ou *unit linked*)?

São seguros de vida de **capital variável** em que o valor a receber pelo beneficiário depende, no todo ou em parte, de um valor de referência constituído por uma ou mais **unidades de participação**.

Os seguros ligados a fundos de investimento são qualificados como instrumentos de captação de aforro estruturado (ICAE).

Um seguro ligado a um fundo de investimento garante um rendimento?

O rendimento de um seguro ligado a um fundo de investimento depende, total ou parcialmente, de outro instrumento financeiro. O risco do investimento é assumido, ainda que só em parte, pelo tomador do seguro.

O seguro ligado a um fundo de investimento, ao contrário do que acontece no seguro de vida clássico, poderá:

- não dar origem a nenhum rendimento, se não existir uma cláusula que garanta um rendimento mínimo;
- implicar a perda do dinheiro investido, se não existir uma cláusula que garanta o pagamento do capital investido.

Que informações devem constar da apólice de seguros ligados a fundos de investimento?

As apólices de seguros ligados a fundos de investimento devem conter:

- as informações gerais exigíveis para todas as apólices de seguro;
- as informações específicas que devem constar das apólices de seguro de vida (ver página anterior);
- a forma como é constituído o **valor de referência**;
- a forma e a frequência com que o tomador do seguro vai ser informado sobre a evolução do valor de referência e a composição da carteira de investimentos;
- os direitos do tomador do seguro no caso de liquidação de um fundo de investimento ou de eliminação de uma **unidade de conta**;
- as condições de pagamento do valor de resgate e do valor de reembolso.

Operações de capitalização

O que são operações de capitalização?

As operações de capitalização são contratos pelos quais o segurador se compromete a pagar um valor previamente fixado, decorrido um certo número de anos, em troca do pagamento de um prémio único ou periódico.

Este valor pode ser determinado em função de um valor de referência e é pago ao subscritor ou ao portador do título da operação de capitalização na data do seu vencimento.

Valor de referência

A unidade de participação ou unidade de conta utilizada para cálculo do capital seguro no âmbito de um contrato de seguro ligado a fundos de investimento.

Unidade de conta

Unidade que é utilizada para determinar o capital seguro num contrato de seguro ligado a fundos de investimento, identificando o número de unidades de participação de cada fundo de investimento que integram o valor de referência.



Subscritor

Pessoa que contrata uma operação de capitalização com uma empresa de seguros, sendo responsável pelo pagamento da respetiva prestação.

Portador do título

Pessoa que detém um documento que reconhece um direito.

Valor de resgate

Montante máximo que pode ser atribuído em caso de resgate de um contrato de seguro de vida.

Que informações devem constar das condições gerais e especiais das operações de capitalização?

As condições gerais e especiais das apólices das operações de capitalização devem conter:

- as informações gerais exigíveis para todas as apólices de seguro;
- as informações específicas que devem constar das apólices de seguro de vida, e que se apliquem às operações de capitalização;
- a identificação do segurador e do subscritor;
- a data de início e a duração do contrato;
- as prestações a pagar ao segurador pelo **subscritor** ou **portador do título**;
- o capital garantido;
- se há ou não direito à participação nos resultados e, caso haja, a forma como é calculada e paga;
- as condições e os **valores de resgate**;
- os encargos e o momento em que são cobrados;
- a forma de transmissão do título;
- as condições para terminar o contrato;
- a lei aplicável ao contrato e as condições de arbitragem;
- a indicação de que o subscritor ou portador do título pode solicitar, a qualquer momento e quando aplicável, informação sobre o valor da participação nos resultados distribuída, sobre o pagamento das prestações ou o valor de resgate.

Se o contrato de capitalização for expresso em unidades de conta (ou seja, se o montante a pagar ao beneficiário depender do valor de referência de uma ou mais unidades de conta), deve incluir também informação sobre:

- a forma como é constituído o valor de referência;
- a forma e a frequência com que vai ser informado da evolução do valor de referência e da composição da carteira de investimentos;
- os direitos do tomador do seguro no caso de liquidação de um fundo de investimento ou de eliminação de uma unidade de conta;
- as condições de pagamento do valor de resgate e do valor de reembolso.

As condições particulares devem referir, quando aplicável:

- o número do título;
- a identificação do subscritor ou portador do título;
- o capital contratado;
- as datas de início e de fim do contrato;
- as prestações a pagar ao segurador e as datas em que o pagamento deve ser feito;
- a taxa de juro garantida, quando exista;
- a participação nos resultados, quando exista.

Qual a diferença fundamental entre uma operação de capitalização e um seguro de vida?

Ao contrário do que acontece no seguro de vida, a operação de capitalização não está ligada a um risco relacionado com a morte ou a sobrevivência da pessoa segura. Na operação de capitalização o segurador obriga-se a pagar um determinado valor no final do contrato, independentemente de qualquer evento ligado à duração da vida do subscritor.

O risco coberto pelo segurador na operação de capitalização é um mero **risco financeiro** ou de **investimento**.

Qual a diferença fundamental entre uma operação de capitalização e um seguro de vida ligado a um fundo de investimento?

Na operação de capitalização, o segurador compromete-se a pagar um valor predeterminado, assumindo o risco de investimento. No seguro de vida ligado a fundo de investimento, o risco é partilhado entre o segurador e o tomador do seguro ou transferido totalmente para o tomador do seguro (como acontece nos casos em que não existe **capital garantido** ou **taxa de juro garantida**).

Para uma operação ligada a um fundo de investimento ser considerada operação de capitalização tem de garantir o pagamento de um valor determinado.

Risco de investimento

Incerteza associada à evolução futura do valor de um conjunto de ativos.

Capital garantido

Cláusula contratual nos termos da qual o segurador se obriga a reembolsar o investimento no prazo acordado em montante não inferior à totalidade do capital inicialmente investido.

Taxa de juro garantida

Cláusula contratual nos termos da qual o segurador garante que a rentabilidade do investimento no prazo acordado não será inferior a uma determinada taxa de juro

Planos de Poupança

87



Planos de Poupança

São produtos vocacionados para a poupança de médio ou longo prazo, que podem contribuir para complementar a reforma ou ser usados para financiar a educação do **participante** ou da sua família.

Que tipo de planos de poupança existem?

Existem os seguintes:

- planos poupança-reforma (PPR), associados a um fundo de poupança-reforma;
- planos poupança-educação (PPE), associados a um fundo de poupança-educação;
- planos poupança-reforma / educação (PPR/E), associados a um fundo de poupança-reforma / educação.

As contribuições para o fundo de poupança são usualmente efetuadas pelo participante ou pelo seu empregador.

Sob que forma podem existir os fundos de poupança?

Os fundos de poupança podem assumir a forma de:

- **fundos de investimento** mobiliário;
- fundos de pensões;
- fundos autónomos de uma modalidade de seguro do ramo Vida.

Reembolso do valor do plano de poupança

Em que casos é possível o reembolso dos planos de poupança?

O valor do plano de poupança pode ser levantado, sem penalizações, nos seguintes casos:

- reforma por velhice do participante (exceto PPE);
- reforma por velhice do cônjuge do participante se, devido ao regime de bens do casal, o plano de poupança for um bem comum (exceto PPE);
- a partir dos sessenta anos de idade do participante (exceto PPE);

Participante

Pessoa cuja situação pessoal ou profissional determina a definição dos direitos previstos no plano de pensões ou no plano de benefícios de saúde, independentemente de contribuir ou não para o fundo.

Fundo de investimento

Património autónomo que tem como fim o investimento coletivo de capitais obtidos junto do público.

Designam-se por fundos de investimento mobiliário os fundos que efetuam as suas aplicações em valores mobiliários (ações, obrigações, títulos de participação, etc.) e por fundos de investimento imobiliário, aqueles que efetuam as suas aplicações em bens imóveis (terrenos e edifícios).

Fundo de Pensões

Património autónomo que financia um ou mais planos de pensões ou de benefícios de saúde.

Plano de poupança

Produto de poupança de médio ou longo prazo, que pode contribuir para complementar a reforma ou para financiar a educação do participante ou da sua família.

- a partir dos sessenta anos de idade do cônjuge do participante se, devido ao regime de bens do casal, o **plano de poupança** for um bem comum (exceto PPE);
- frequência ou entrada do participante ou de qualquer dos membros do seu agregado familiar num curso do ensino profissional ou do ensino superior, se tiver despesas nesse ano (exceto PPE);
- desemprego de longa duração do participante ou de qualquer dos membros do seu agregado familiar;
- incapacidade permanente para o trabalho, do participante ou de qualquer dos membros do seu agregado familiar, qualquer que seja a sua causa;
- doença grave do participante ou de qualquer dos membros do seu agregado familiar;
- em caso de morte do participante (o valor do plano é entregue aos herdeiros ou, se tiver sido designado, ao beneficiário);
- em caso de morte do cônjuge do participante se, devido ao regime de bens do casal, o plano de poupança for um bem comum (a parte do valor do plano respeitante ao falecido é entregue ao participante ou aos restantes herdeiros);
- para pagamento de prestações de contratos de crédito garantidos por hipoteca sobre imóvel destinado a habitação própria e permanente do participante. O valor resultante do reembolso apenas pode ser afeto ao pagamento das prestações vencidas – incluindo capital, juros remuneratórios e moratórios, comissões e outras despesas conexas com o crédito – e ao pagamento de prestações por vencer, à medida que se vão vencendo.

Para efeitos de reembolso são considerados:

- os contratos de crédito à aquisição, construção e realização de obras de conservação ordinária, extraordinária e de beneficiação de habitação própria e permanente;
- os contratos de crédito à aquisição de terreno para construção de habitação própria e permanente;
- os demais contratos de crédito garantidos por hipoteca sobre imóvel destinado a habitação própria e permanente do participante. Nos casos de reforma por velhice, a partir dos sessenta anos de idade, frequência ou entrada num curso de ensino superior ou profissional pagamento de prestações de contratos de crédito garantidos por hipoteca sobre imóvel destinado a habitação própria e permanente do participante só podem ser levantados valores referentes a entregas feitas há, pelo menos, 5 anos.

Nesses casos, o reembolso da totalidade do valor dos **PPR/E** só é possível se o montante das entregas efetuadas na primeira metade da vigência do contrato representar, pelo menos, 35% do total das entregas.

Nos casos de desemprego de longa duração, incapacidade permanente para o trabalho e doença grave, esta regra também se aplica se o participante (ou o membro do seu agregado familiar cujas condições pessoais justificam o pedido de reembolso) se encontrasse numa dessas situações na data em que foi feita a entrega.

Por exemplo, em caso de desemprego de longa duração do cônjuge, só podem ser levantados valores referentes a entregas feitas há pelo menos 5 anos, se o cônjuge estivesse nessa situação na altura em que essas entregas foram feitas.

Se se tratar de um **PPR**, aplicam-se todas as regras anteriormente referidas, exceto a possibilidade de levantar o valor do plano de poupança em caso de frequência ou entrada do participante ou membro do agregado familiar num curso de ensino profissional ou do ensino superior.

Se se tratar de um **PPE** aplicam-se todas as regras anteriormente referidas, exceto a possibilidade de levantar o valor do plano poupança em caso de reforma por velhice ou a partir dos 60 anos de idade do participante ou cônjuge.

O valor do PPR, do PPE ou do PPR/E pode ser levantado em qualquer altura, fora das condições legais, mas com as penalizações fiscais previstas na lei (ou seja, o participante terá de devolver ao Estado os benefícios fiscais que obteve com o investimento no plano de poupança, caso existam, acrescidos de uma penalização adicional).

Quais as modalidades de reembolso?

Os participantes, herdeiros ou beneficiários, conforme os casos, podem optar por:

- receber o valor do plano de poupança de uma só vez ou periodicamente;
- receber uma pensão mensal durante toda a sua vida;
- qualquer conjugação das duas formas de pagamento anteriores.

PPR/E

Plano Poupança
Reforma/Educação.

PPR

Plano Poupança
Reforma.

PPE

Plano Poupança
Educação.

Capital garantido

Cláusula contratual nos termos da qual o segurador se obriga a reembolsar o investimento no prazo acordado em montante não inferior à totalidade do capital inicialmente investido.

Comissão de transferência

Montante devido pelo participante caso solicite a transferência de valores de um fundo para outro fundo ou entidade gestora.

Entidade gestora

Entidade que gere o fundo de pensões. Pode ser uma sociedade constituída exclusivamente para esse fim (sociedade gestora de fundos de pensões) ou um segurador do ramo Vida.

Transferência do plano de poupança

É possível transferir um plano de poupança?

O valor de um plano de poupança pode ser transferido, total ou parcialmente, para outro fundo de poupança a pedido do participante. Esta transferência não dá direito a um novo benefício fiscal.

A entidade gestora do fundo para o qual o participante pretende transferir o seu plano de poupança deve comunicar-lhe, por escrito, a sua aceitação e enviar-lhe, na mesma altura, a proposta de contrato a celebrar.

A entidade gestora que recebe o pedido de transferência deve transferir o valor do plano de poupança diretamente para a outra entidade gestora no prazo máximo de 10 dias úteis. Ao fazê-lo, deve indicar o valor das entregas efetuadas, as respetivas datas e o rendimento acumulado.

Deve também informar o participante, no prazo de 5 dias úteis, sobre o valor do plano de poupança à data da transferência após a cobrança da comissão de transferência, caso exista.

É legal a cobrança de comissões pela transferência dos planos de poupança?

A cobrança de comissões pela transferência, total ou parcial, de planos de poupança onde não haja **capital garantido** é proibida.

No caso dos planos de poupança com garantia de capital ou de rentabilidade, a **comissão de transferência** não pode ser superior a 0,5% do valor a transferir.

Gestão dos planos de poupança

Quem são as entidades competentes para gerir os diferentes tipos de fundos de poupança?

Os fundos de poupança constituídos sob a forma de fundo de investimento mobiliário são geridos pelas sociedades gestoras de fundos de investimento mobiliário.

Os fundos de poupança constituídos sob a forma de fundo de pensões são geridos pelas **entidades gestoras** de fundos de pensões.

Os fundos de poupança constituídos sob a forma de fundo autónomo de uma modalidade de seguro do ramo Vida são geridos pelos seguradores autorizados a explorar o ramo Vida em Portugal.

Como deve ser composto o património do fundo de poupança?

Na constituição do património dos fundos de poupança, as entidades gestoras devem ter em conta os objetivos e finalidades do fundo e observar o princípio da dispersão dos riscos, a segurança, o rendimento e a liquidez das aplicações.

O património dos fundos de poupança deve ser constituído, nomeadamente, por:

- valores mobiliários (ações, obrigações, títulos de participação, etc.);
- participações em instituições de investimento coletivo (unidades de participação em fundos de investimento);
- outros ativos monetários (depósitos bancários, etc.).

Nos fundos de poupança sob a forma de fundo de pensões ou de fundo autónomo de uma modalidade de seguro do ramo Vida, o património pode ainda ser constituído por terrenos, edifícios e créditos que decorram de empréstimos hipotecários.

Que tipos de comissões podem ser cobradas?

As entidades gestoras podem cobrar **comissões de subscrição**, de **depósito**, de **gestão**, de transferência ou de **reembolso**.

As entidades gestoras são obrigadas a enviar informação sobre o rendimento obtido pelo participante no fundo?

Sim, a entidade gestora deve enviar anualmente ao participante informação discriminada sobre o valor das comissões cobradas e sobre o rendimento obtido pelo participante no ano anterior.

Esta informação é prestada gratuitamente.

Que entidades têm poderes de supervisão sobre os fundos de poupança?

Os fundos de poupança e as respetivas entidades gestoras estão sujeitos, consoante a sua natureza, à supervisão da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões ou da Comissão do Mercado de Valores Mobiliários.

Comissão de subscrição

Montante devido pelo associado ou contribuinte quando entrega uma contribuição para o fundo.

Comissão de depósito

Remuneração da entidade depositária, pela prestação dos seus serviços.

Comissão de gestão

Remuneração da entidade gestora pelos serviços de gestão do fundo.

Comissão de reembolso

Montante devido pelo participante quando solicita o reembolso dos valores investidos no fundo.

Fundos de Pensões

Um fundo de pensões é um património autónomo que se destina exclusivamente ao financiamento de um ou mais **planos de pensões** e/ou **planos de benefícios de saúde**.

Quais são os principais intervenientes nos fundos de pensões?

Os principais intervenientes num fundo de pensões são:

Associado: entidade cujos planos de pensões ou de benefícios de saúde são financiados por um fundo de pensões.

Participante: pessoa cuja situação pessoal ou profissional determina a definição dos direitos previstos no plano de pensões ou no plano de benefícios de saúde, independentemente de contribuir ou não para o fundo.

Contribuinte: pessoa que contribui para o fundo ou entidade que contribui para o fundo em nome e a favor do participante.

Beneficiário: pessoa com direito aos benefícios fixados no plano de pensões ou no plano de benefícios de saúde, independentemente de ter ou não sido participante.

Aderente: pessoa ou entidade que adere a um fundo de pensões aberto.

Entidade gestora: entidade que gere o fundo de pensões; pode ser uma sociedade constituída exclusivamente para esse fim (sociedade gestora de fundos de pensões) ou uma empresa de seguros do ramo Vida.

Para além destes, existem ainda outros intervenientes, como, por exemplo, o depositário, o atuário responsável ou as entidades comercializadoras (que podem ou não coincidir com as entidades gestoras).

Que tipos de fundos de pensões existem?

Os fundos de pensões podem ser de dois tipos:

- **Fundo de Pensões Fechado:** quando disser respeito apenas a um associado ou, envolvendo vários associados, se existir um vínculo empresarial, associativo, profissional ou social entre eles e for necessário o seu acordo para a entrada de novos associados no fundo;

Plano de pensões

Programa que define as condições para receber uma pensão por:

- pré-reforma;
- reforma antecipada;
- reforma por velhice;
- reforma por invalidez;
- sobrevivência.

O plano de pensões define:

- as pensões a que os beneficiários podem ter direito;
- as condições para receber uma pensão;
- a forma como é calculado o seu valor.

Plano de benefícios de saúde

Programa que define as condições para pagamento ou reembolso de despesas de saúde dos beneficiários, após a pré-reforma, reforma antecipada, reforma por velhice, reforma por invalidez ou sobrevivência.

Adesão individual

Relação contratual entre um contribuinte e um fundo de pensões aberto, concretizada através da subscrição de unidades de participação do fundo de pensões.

Adesão coletiva

Relação contratual entre um ou vários associados e um fundo de pensões aberto, concretizada através da subscrição de unidades de participação do fundo de pensões.

Associado

Entidade cujos planos de pensões ou de benefícios de saúde são financiados por um fundo de pensões.

- **Fundo de Pensões Aberto:** quando a adesão ao fundo depender unicamente da aceitação pela entidade gestora, não sendo necessário nenhum vínculo entre os diferentes aderentes; a **adesão** pode ser **individual** ou **coletiva**.

O que significa autonomia patrimonial?

O património dos fundos de pensões destina-se exclusivamente ao cumprimento dos planos de pensões e/ou planos de benefícios de saúde e seus encargos. Não pode ser usado para outros fins nem responde por outras obrigações, nomeadamente dos associados, participantes, contribuintes, entidades gestoras e depositários.

Quando um fundo de pensões financia mais do que um plano de pensões e/ou planos de benefícios de saúde, deve estar claramente identificada a quota-parte do património que se destina a cada plano.

Os fundos de pensões podem ser extintos?

Os fundos de pensões podem ser extintos, com autorização prévia da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões, nas seguintes situações:

- quando já cumpriram o seu objetivo;
- quando já não existam participantes nem beneficiários;
- quando o **associado** não pagar as contribuições necessárias para cumprir o financiamento mínimo obrigatório do plano de pensões.

O que são planos de pensões?

Um plano de pensões é um programa que define as condições para receber uma pensão por:

- reforma por velhice;
- reforma por invalidez;
- pré-reforma;
- reforma antecipada;
- sobrevivência.

O plano de pensões define:

- as pensões a que os **beneficiários** podem ter direito;
- as condições para receber uma pensão;
- a forma como é calculado o seu valor.

Que tipos de planos de pensões existem?

No que toca às garantias que oferecem, os planos de pensões podem ser:

- **Planos de benefício definido:** quando os benefícios estão definidos previamente e as **contribuições** para o fundo são calculadas de forma a garantir o pagamento daqueles benefícios.
- **Planos de contribuição definida:** quando as contribuições estão definidas previamente e os benefícios dependem do valor das contribuições entregues e dos rendimentos acumulados.
- **Planos mistos:** quando se combinam características dos planos de benefício definido e de contribuição definida.

Quanto à forma de financiamento, os planos de pensões podem classificar-se em:

- **Planos contributivos:** quando estão previstas contribuições dos **participantes**.
- **Planos não contributivos:** quando as contribuições são apenas efetuadas pelo associado.

Os planos de pensões podem ainda ser independentes ou complementares da Segurança Social.

Como são financiados os planos de pensões?

Os fundos de pensões fechados ou as adesões coletivas a fundos de pensões abertos podem financiar planos de pensões de benefício definido, de contribuição definida ou mistos.

A adesão individual a fundos de pensões abertos só pode financiar planos de pensões de contribuição definida.

Beneficiário de um fundo de pensões

Pessoa com direito às prestações previstas no plano de pensões ou no plano de benefícios de saúde

Contribuições

Valores pagos ao fundo para financiamento de um plano de pensões ou de um plano de benefícios de saúde.

Participante

Pessoa cuja situação pessoal ou profissional determina a definição dos direitos previstos no plano de pensões ou no plano de benefícios de saúde, independentemente de contribuir ou não para o fundo.

Benefícios

As pensões ou capitais estabelecidos no plano de pensões ou as despesas de saúde previstas no plano de benefícios de saúde a que têm direito os beneficiários.

Plano contributivo

Plano de pensões em que existem contribuições dos participantes.

Fundo de Pensões

Património autónomo que financia um ou mais planos de pensões ou de benefícios de saúde.

O que são direitos adquiridos?

Considera-se que existem direitos adquiridos quando os participantes mantêm o direito aos **benefícios** do plano de pensões, independentemente de continuarem ou não vinculados ao associado (ou seja, o plano de pensões pode prever que o trabalhador que seja participante de um fundo de pensões mantém o direito aos benefícios, mesmo que deixe de trabalhar para a empresa associada do fundo).

O que é a portabilidade dos benefícios?

Nos planos com direitos adquiridos, os participantes que deixem de estar vinculados ao associado (por exemplo, se mudarem de emprego) podem transferir o valor a que têm direito para outro fundo de pensões. A essa possibilidade de transferência dá-se o nome de “portabilidade”.

Nos **planos contributivos** os participantes que deixem de estar vinculados ao associado podem igualmente transferir para outro fundo de pensões o valor acumulado relativo às contribuições que fizeram.

Os contratos e regulamentos de fundos de pensões podem ser alterados?

Podem ser feitas alterações, desde que não impliquem redução das pensões que já estejam a ser pagas nem dos direitos adquiridos, se existirem.

Qualquer alteração depende da autorização prévia da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões e é divulgada publicamente no respetivo sítio da Internet, em www.asf.com.pt.

Como são pagos os benefícios dos planos de pensões?

Geralmente, os benefícios são pagos através de uma pensão vitalícia (pensão que é paga enquanto o beneficiário for vivo) mas, se tal estiver previsto no plano de pensões, o beneficiário pode optar por:

- receber outro tipo de renda (por exemplo, uma pensão paga apenas durante um determinado número de anos);
- receber de uma só vez parte do valor total da pensão a que tem direito (remissão parcial em capital).

No entanto, o beneficiário só pode receber em capital até um terço do valor total da pensão a que tem direito.

Se o valor da renda mensal atribuída ao beneficiário for inferior a 10% do salário mínimo nacional que estiver em vigor, a entidade gestora, o associado e o beneficiário podem fazer um acordo para que o pagamento da pensão seja feito de uma só vez (remissão total em capital).

É possível pedir o reembolso das contribuições nos planos contributivos?

Sim. Nos planos contributivos é possível aos beneficiários pedir o reembolso do valor acumulado relativo às contribuições efetuadas pelos participantes:

- nas situações de pré-reforma, reforma antecipada, reforma por velhice, reforma por invalidez e ainda em caso de morte;
- em caso de desemprego de longa duração;
- em caso de doença grave ou incapacidade permanente para o trabalho.

O significado exato de desemprego de longa duração e doença grave ou incapacidade permanente para o trabalho está definido na legislação aplicável aos planos poupança-reforma (PPR).

O reembolso das contribuições poderá ser feito sob a forma de renda, capital ou qualquer combinação destes dois tipos.

O que é a comissão de acompanhamento do plano de pensões?

No caso de **fundos de pensões fechados** e de adesões coletivas a **fundos de pensões abertos** que abrangem mais de 100 participantes, beneficiários ou ambos, o cumprimento do plano de pensões e a gestão do fundo de pensões são verificados por uma comissão de acompanhamento do plano de pensões.

A comissão de acompanhamento é constituída por representantes do associado e dos participantes e beneficiários. Os representantes dos participantes e beneficiários devem ser, pelo menos, um terço dos membros da comissão.

Fundo de pensões fechado

Fundo de pensões que diz respeito a apenas um associado ou, envolvendo vários associados, se existir um vínculo empresarial, associativo, profissional ou social entre eles e for necessário o seu acordo para a entrada de novos associados.

Fundo de pensões aberto

Fundo de pensões em que a adesão depende unicamente de aceitação pela entidade gestora, não sendo necessário qualquer vínculo entre os diferentes aderentes. A adesão pode ser individual ou coletiva.

Quais são as funções da comissão de acompanhamento do plano de pensões?

A **comissão de acompanhamento** tem, nomeadamente, as seguintes funções:

Verificar o cumprimento

- da política de investimento e de financiamento do fundo;
- dos deveres de informação a prestar aos participantes e beneficiários pela entidade gestora e pelo associado.

Pronunciar-se sobre

- as alterações relevantes aos contratos;
- a extinção do fundo de pensões;
- a nomeação do **atuário responsável** e do revisor oficial de contas.

Formular propostas, sempre que considere oportuno.

A entidade gestora disponibiliza à comissão de acompanhamento toda a documentação que esta solicite, necessária ao exercício das suas funções. Em especial, a entidade gestora envia anualmente à comissão de acompanhamento cópia do relatório e contas anuais do fundo de pensões, bem como dos relatórios do atuário responsável e do revisor oficial de contas.

Fundos de pensões abertos

Quem pode comercializar as unidades de participação dos fundos de pensões abertos?

As unidades de participação dos fundos de pensões abertos apenas podem ser comercializadas pelas suas entidades gestoras e por mediadores de seguros do ramo Vida registados na Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões.

Que informações devem constar do regulamento de gestão de fundos de pensões abertos?

O regulamento de gestão tem de conter, entre outros:

- a identificação completa do fundo;

Comissão de acompanhamento

Conjunto de representantes do associado e dos participantes e beneficiários do fundo de pensões aos quais cabe a verificação do cumprimento do plano de pensões e da gestão do fundo.

Atuário responsável

Atuário certificado pela Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões que assume a responsabilidade pela certificação de determinados elementos de natureza financeira e prudencial no âmbito da atividade seguradora e fundos de pensões.

- o valor e a forma de cálculo das **unidades de participação**;
- a política de investimento do fundo;
- a remuneração máxima da entidade gestora;
- as comissões de emissão e de reembolso;
- o rendimento mínimo garantido, se existente, e a respetiva duração;
- as causas e os processos de extinção do fundo;
- os direitos, obrigações e funções da entidade gestora;
- a indicação das funções mais importantes do **provedor dos participantes e beneficiários** para as adesões individuais e respetivo regulamento.

Adesão individual a fundos de pensões abertos

Como é feita a adesão individual a fundos de pensões abertos?

A adesão individual a um fundo de pensões aberto faz-se através da compra de unidades de participação pelo contribuinte (subscrição).

No momento da compra das primeiras unidades de participação, deve ser celebrado entre o contribuinte e a entidade gestora um contrato de adesão individual ao fundo.

Que informações devem constar do contrato de adesão individual a um fundo de pensões aberto?

No contrato deverão constar as obrigações e deveres das partes, nomeadamente:

- as condições em que serão pagos os benefícios;
- as condições de transferência de unidades de participação de um participante para outro fundo de pensões e eventuais penalizações;
- as comissões que serão cobradas.

Unidades de participação

Parcela em que se divide o património do fundo de investimento ou do fundo de pensões aberto. O seu valor é determinado através da divisão do montante total dos ativos do fundo pelo número de unidades de participação em circulação. O valor da unidade de participação varia em função da evolução do valor dos ativos em que o fundo investe, podendo aumentar ou diminuir.

Provedor dos participantes e beneficiários

Perito independente de reconhecido prestígio e idoneidade, que analisa as reclamações apresentadas por participantes e beneficiários ou seus representantes.

Contribuinte

Pessoa que contribui para o fundo ou entidade que contribui em nome e a favor do participante.

Contribuições

Valores pagos ao fundo para financiamento de um plano de pensões ou de um plano de benefícios de saúde.

Risco de investimento

Incerteza associada à evolução futura do valor de um conjunto de ativos.

Se mudar de ideias, o contribuinte pode desistir do contrato?

Nos primeiros 30 dias, o contribuinte que não seja pessoa coletiva é livre de desistir do contrato (renúncia). Para tal, terá de informar a entidade gestora dessa intenção por carta registada, enviada para a sua sede social, no prazo de 30 dias a contar da data da adesão ao fundo de pensões aberto.

O que acontece quando o contribuinte desiste do contrato?

Com a desistência, o contrato de adesão individual termina, com efeito à data em que foi celebrado.

É devolvido ao **contribuinte**:

- o valor das **contribuições** por ele pagas, nos casos em que a entidade gestora assumiu o risco de investimento;
- o valor das unidades de participação à data da devolução (que pode ser igual, superior ou inferior às contribuições pagas, nos casos em que o contribuinte assumiu o **risco de investimento**).

Para além da comissão de emissão a pagar à entidade gestora e de eventuais custos de desinvestimento que revertem para o fundo, o contribuinte não tem de pagar nenhuma indemnização.

Qual o destino dos custos suportados pelo consumidor, pela desistência do contrato? (ver quadro)

Houve cobrança de uma comissão de emissão. Não existem outros custos de desinvestimento suportados pela entidade gestora.	A entidade gestora tem direito ao valor da comissão de emissão.
Houve cobrança de uma comissão de emissão. Existem outros custos de desinvestimento suportados pela entidade gestora.	A entidade gestora tem direito ao valor da comissão de emissão. O restante valor, que corresponda a outros custos de desinvestimento, reverterá para o fundo.
Não houve cobrança de comissão de emissão.	A totalidade do valor referente a custos de desinvestimento reverterá para o fundo.

Que informações se devem prestar, durante o contrato, aos participantes que aderiram individualmente a fundos de pensões abertos?

Anualmente, a **entidade gestora** deve informar os **participantes** sobre, entre outros:

- a evolução e a situação da sua conta individual (ou seja, os movimentos e o saldo);
- a taxa de rendibilidade anual do fundo;
- a forma e o local onde se pode aceder ao relatório e contas anuais do fundo;
- alterações que existam ao regulamento de gestão ou às normas aplicáveis;
- alterações respeitantes ao provedor e respetivos contactos.

Quando lhe for solicitado, a entidade gestora terá de facultar aos participantes todas as informações necessárias para compreenderem o plano de pensões e o regulamento de gestão.

Adesão coletiva a fundos de pensões abertos

Como é feita a adesão coletiva a fundos de pensões abertos?

A adesão coletiva a um **fundo de pensões aberto** faz-se através da compra de unidades de participação pelos associados (subscrição).

No momento da compra das primeiras unidades de participação, deve ser celebrado um contrato de adesão ao fundo entre cada associado, ou grupo de associados, e a entidade gestora.

Que informações devem ser prestadas aos participantes de adesões coletivas a fundos de pensões abertos, no início do contrato?

Por lei, a entidade gestora deve entregar aos participantes um documento que indique, entre outros elementos:

- a identificação do fundo de pensões e as principais características do plano;
- as condições de atribuição dos benefícios;

Entidade gestora

Entidade que gere o fundo de pensões. Pode ser uma sociedade constituída exclusivamente para esse fim (sociedade gestora de fundos de pensões) ou um segurador do ramo Vida.

Participante

Pessoa cuja situação pessoal ou profissional determina a definição dos direitos previstos no plano de pensões ou no plano de benefícios de saúde, independentemente de contribuir ou não para o fundo.

Fundo de pensões aberto

Fundo de pensões em que a adesão depende unicamente de aceitação pela entidade gestora, não sendo necessário qualquer vínculo entre os diferentes aderentes. A adesão pode ser individual ou coletiva.

Direitos adquiridos

Existem direitos adquiridos quando os participantes mantêm o direito aos benefícios do plano de pensões, independentemente de continuarem ou não vinculados ao associado.

Portabilidade

Consiste na possibilidade de, nos planos com direitos adquiridos, os participantes que deixem de estar vinculados ao associado poderem transferir o valor a que têm direito para outro fundo de pensões.

Comissão de acompanhamento

Conjunto de representantes do associado e dos participantes e beneficiários do fundo de pensões aos quais cabe a verificação do cumprimento do plano de pensões e da gestão do fundo.

- a informação sobre a existência ou não de **direitos adquiridos**, **portabilidade** e respetivos custos;
- os direitos e as obrigações das partes;
- o tipo de riscos associados ao plano de pensões e a forma como estão repartidos;
- as comissões cobradas aos participantes (se se tratar de um plano contributivo).

Deve, também:

- entregar cópias do plano de pensões e do regulamento de gestão, ou indicar a forma e o local onde estão acessíveis;
- discriminar a informação que será enviada aos participantes e à comissão de acompanhamento e com que frequência.

Por acordo prévio entre o associado e a entidade gestora, estas informações podem ser prestadas pelo associado ou pela **comissão de acompanhamento**, apesar da responsabilidade ser sempre da entidade gestora.

Que informações devem constar do contrato de adesão coletiva a um fundo de pensões aberto?

Os principais elementos a constar do contrato são:

- a identificação do fundo, dos associados e da entidade gestora;
- os planos de pensões a financiar;
- as condições de atribuição das pensões;
- os direitos dos participantes e beneficiários;
- o número de unidades de participação adquiridas;
- as condições de transferência e penalizações;
- as remunerações e comissões.

Que informações devem ser prestadas, ao longo do contrato, aos participantes de adesões coletivas a fundos de pensões abertos?

Anualmente, a entidade gestora deve enviar aos contribuintes e, a pedido, aos demais participantes informação sobre, entre outros:

- os seus direitos, tendo em conta o tipo de plano, a situação financeira do fundo e a sua rendibilidade;

- como obter o relatório e contas anuais do fundo;
- as alterações ao plano de pensões, ao regulamento de gestão ou às normas aplicáveis ao fundo.

A entidade gestora deve ainda informar os participantes sobre as seguintes alterações, no prazo máximo de 45 dias a contar da data em que ocorreram:

- alteração das regras do plano de pensões;
- aumento das comissões e alterações importantes da **política de investimento** (no caso de **planos contributivos**);
- transferência da gestão do fundo de pensões para outra entidade gestora;
- transferência da adesão coletiva para outro fundo de pensões.

Quando lhe for pedido, a entidade gestora deve facultar aos participantes:

- todas as informações necessárias para compreenderem o regulamento de gestão e o plano de pensões;
- informação sobre o valor a que teriam direito se a relação de trabalho com o associado terminasse e quais as possibilidades de transferir esse valor para outro fundo de pensões;
- informação sobre o valor previsto para a sua pensão de reforma (nos **planos de contribuição definida**);
- cópia do relatório e contas anuais do fundo de pensões.

Por acordo prévio entre o associado e a entidade gestora, estas informações podem ser prestadas pelo associado ou pela comissão de acompanhamento, apesar de a responsabilidade ser sempre da entidade gestora.

Que informações devem ser prestadas aos beneficiários de adesões coletivas a fundos de pensões abertos?

Quando estão preenchidas as condições para receber os benefícios, a entidade gestora informa os beneficiários, de forma clara e esclarecedora, sobre os benefícios a que têm direito e como estes podem ser pagos.

A entidade gestora deve ainda informar os beneficiários que recebam a pensão diretamente do fundo sobre as seguintes alterações, no prazo máximo de 30 dias a contar da data em que ocorrerem:

- alteração das regras do plano de pensões;

Política de investimento

Conjunto de regras e princípios que orientam a estratégia seguida pelo fundo de pensões em matéria de escolha dos ativos, incluindo os limites de investimento nos diferentes tipos de ativos, os métodos de avaliação do risco de investimento e as técnicas aplicáveis à respetiva gestão.

Plano contributivo

Plano de pensões em que existem contribuições dos participantes.

Plano de contribuição definida

Quando as contribuições estão definidas previamente e os benefícios vão depender do valor das contribuições entregues e dos rendimentos acumulados.

Fundo de pensões fechado

Fundo de pensões que diz respeito a apenas um associado ou, envolvendo vários associados, se existir um vínculo empresarial, associativo, profissional ou social entre eles e for necessário o seu acordo para a entrada de novos associados.

Direitos adquiridos

Existem direitos adquiridos quando os participantes mantêm o direito aos benefícios do plano de pensões, independentemente de continuarem ou não vinculados ao associado.

Portabilidade

Consiste na possibilidade de, nos planos com direitos adquiridos, os participantes que deixem de estar vinculados ao associado poderem transferir o valor a que têm direito para outro fundo de pensões.

- transferência da gestão do fundo de pensões para outra entidade gestora;
- transferência da adesão coletiva para outro fundo de pensões.

Quando lhe for solicitado, a entidade gestora facultará aos beneficiários a política de investimento do fundo e o relatório e contas anuais.

Fundos de pensões fechados**Que informações devem ser prestadas aos participantes de fundos de pensões fechados, no início do contrato?**

Por lei, a entidade gestora deve entregar aos participantes de um **fundo de pensões fechado** um documento que indique, entre outros elementos:

- a identificação do fundo de pensões e as principais características do plano por ele financiado;
- as condições de atribuição dos benefícios;

a informação sobre a existência ou não de **direitos adquiridos, portabilidade** e respetivos custos;

- os direitos e as obrigações das partes;
- o tipo de riscos associados aos planos de pensões e a forma como estão repartidos;
- as comissões cobradas aos participantes (se se tratar de um plano contributivo).

Deve, também:

- entregar cópias do plano de pensões e do documento com a política de investimento ou indicar a forma e o local onde estão acessíveis;
- indicar a informação que será enviada aos participantes e à comissão de acompanhamento e com que frequência.

Por acordo prévio entre o associado e a entidade gestora, estas informações podem ser prestadas pelo associado ou pela comissão de acompanhamento, apesar de a responsabilidade ser sempre da entidade gestora.

Que informações devem ser prestadas, ao longo do contrato, aos participantes de fundos de pensões fechados?

Anualmente, a **entidade gestora** deve enviar aos contribuintes e, a pedido, aos demais participantes informação sobre, entre outros:

- os seus direitos, tendo em conta o tipo de plano, a situação financeira do fundo e a sua rendibilidade;
- como obter o relatório e contas anuais do fundo;
- as alterações ao plano de pensões, à política de investimento ou às normas aplicáveis ao fundo.

A entidade gestora deve ainda informar os participantes sobre as seguintes alterações, no prazo máximo de 45 dias a contar da data em que ocorreram:

- alteração das regras do plano de pensões;
- aumento das comissões e alterações importantes da política de investimento (no caso de planos contributivos);
- transferência da gestão do fundo de pensões para outra entidade gestora. Quando lhe for pedido, a entidade gestora deve facultar aos participantes:
- todas as informações necessárias para compreenderem o plano de pensões e a política de investimento;
- informação sobre o valor a que teriam direito se a relação de trabalho com o **associado** terminasse e quais as possibilidades de transferir esse valor para outro fundo de pensões;
- informação sobre o valor previsto para a sua pensão de reforma (nos planos de contribuição definida);
- cópia do relatório e contas anuais do fundo de pensões.

Por acordo prévio entre o associado e a entidade gestora, estas informações podem ser prestadas pelo associado ou pela comissão de acompanhamento, apesar de a responsabilidade ser sempre da entidade gestora.

Que informações devem ser prestadas aos beneficiários de fundos de pensões fechados?

Quando estão preenchidas as condições para receber os benefícios, a entidade gestora informa os **beneficiários**, de forma clara e esclarecedora, sobre os benefícios a que têm direito e como estes podem ser pagos.

Entidade gestora

Entidade que gere o fundo de pensões. Pode ser uma sociedade constituída exclusivamente para esse fim (sociedade gestora de fundos de pensões) ou um segurador do ramo Vida.

Associado

Entidade cujos planos de pensões ou de benefícios de saúde são financiados por um fundo de pensões.

Beneficiário de um fundo de pensões

Pessoa com direito às prestações previstas no plano de pensões ou no plano de benefícios de saúde

Plano de pensões

Programa que define as condições para receber uma pensão por:

- pré-reforma;
 - reforma antecipada;
- reforma por velhice;
- reforma por invalidez;
- sobrevivência.

O plano de pensões define:

- as pensões a que os beneficiários podem ter direito;
 - as condições para receber uma pensão;
 - a forma como é calculado o seu valor.

Política de investimento

Conjunto de regras e princípios que orientam a estratégia seguida pelo fundo de pensões em matéria de escolha dos ativos, incluindo os limites de investimento nos diferentes tipos de ativos, os métodos de avaliação do risco de investimento e as técnicas aplicáveis à respetiva gestão.

A entidade gestora deve ainda informar os beneficiários que recebam a pensão diretamente do fundo sobre as seguintes alterações, no prazo máximo de 30 dias a contar da data em que ocorram:

- alteração das regras do **plano de pensões**;
- transferência da gestão do fundo de pensões para outra entidade gestora. Quando lhe for solicitado, a entidade gestora facultará aos beneficiários a **política de investimento** do fundo e o relatório e contas anuais.

Gestão dos fundos de pensões

Quais as funções da entidade gestora?

As funções da entidade gestora são definidas por lei. Como representante legal do fundo e responsável pela sua boa administração e gestão, compete-lhe, por exemplo:

- avaliar as responsabilidades do fundo, ou seja, os valores que o fundo tem de cobrir;
- selecionar e negociar os investimentos que devem fazer parte do património do fundo, de acordo com a política definida;
- representar os associados, participantes, contribuintes e beneficiários no exercício dos seus direitos;
- cobrar as contribuições;
- garantir os pagamentos devidos aos beneficiários.

Quais os deveres gerais de atuação das entidades gestoras?

As entidades gestoras devem, nomeadamente:

- agir de modo independente e no interesse exclusivo dos associados, participantes e beneficiários;
- demonstrar elevada diligência e competência profissional;
- fornecer em tempo útil a informação exigida pela lei;
- evitar situações de conflito de interesses.

Provedor dos participantes e beneficiários para as adesões individuais aos fundos de pensões abertos e suas funções

Cada **fundo de pensões aberto** que admita adesões individuais tem obrigatoriamente um provedor, ou seja, um perito independente de reconhecido prestígio e idoneidade, que analisa as reclamações apresentadas por participantes e beneficiários ou seus representantes.

O provedor analisa, no prazo máximo de dois meses, as reclamações que lhe são apresentadas pelos participantes e beneficiários do fundo de pensões.

O provedor deve comunicar ao reclamante, por escrito, os resultados da análise da reclamação e incluir, caso existam, as recomendações que decida fazer à entidade gestora. Deve, também, dar conhecimento à entidade gestora do resultado da apreciação.

A entidade gestora deve, no prazo máximo de dois meses, informar o **provedor** se aceitou ou não as recomendações por ele feitas e o provedor deve transmitir essa informação, por escrito, ao reclamante.

As recomendações são divulgadas, anualmente, no sítio da Internet da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões, em www.asf.com.pt. Aí podem também ser encontrados os contactos dos provedores dos diversos fundos de pensões.

Os participantes e beneficiários podem solicitar à Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões informação sobre os procedimentos que regulam a atividade do provedor.

Supervisão dos fundos de pensões

A supervisão da gestão de fundos de pensões é da competência da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões, abrangendo os fundos de pensões e as respetivas entidades gestoras. A supervisão é efetuada quer através da análise da informação enviada pelas entidades gestoras, quer da realização de ações de inspeção nas instalações das entidades gestoras e comercializadoras.

A comercialização de contratos de adesão individual a fundos de pensões abertos está sujeita à supervisão da Comissão do Mercado de Valores Mobiliários (CMVM).

Fundo de pensões aberto

Fundo de pensões em que a adesão depende unicamente de aceitação pela entidade gestora, não sendo necessário qualquer vínculo entre os diferentes aderentes. A adesão pode ser individual ou coletiva.

Provedor dos participantes e beneficiários

Perito independente de reconhecido prestígio e idoneidade, que analisa as reclamações apresentadas por participantes e beneficiários ou seus representantes.

Unidades de participação

Parcela em que se divide o património do fundo de investimento ou do fundo de pensões aberto.

O seu valor é determinado através da divisão do montante total dos ativos do fundo pelo número de unidades de participação em circulação.

O valor da unidade de participação varia em função da evolução do valor dos ativos em que o fundo investe, podendo aumentar ou diminuir.

Publicidade aos fundos de pensões

Para proteção dos interesses dos contribuintes, participantes e beneficiários, a publicidade efetuada pelas entidades gestoras está sujeita à lei geral e a regulamentação específica.

Do regime legal, destacam-se as seguintes regras:

É proibida a publicidade que quantifique resultados futuros baseados em estimativas da entidade gestora, salvo se indicar claramente e de forma realçada que se trata de uma simulação.

Nos documentos destinados ao público e na publicidade a fundos de pensões abertos, deve indicar-se claramente que o valor das **unidades de participação** varia de acordo com a evolução do valor dos ativos do fundo de pensões. Devem também especificar se é garantido um rendimento mínimo.

Acidentes de trabalho

113





Qual a importância do seguro de acidentes de trabalho?

Desde 1913 que está fixada em lei em Portugal a obrigatoriedade de as entidades empregadoras repararem as consequências dos acidentes de trabalho sofridos pelos seus trabalhadores.

Mais tarde foi instituída a obrigatoriedade legal do seguro pelo risco de acidentes de trabalho, visando assegurar aos trabalhadores por conta de outrem e seus familiares condições adequadas de reparação dos danos decorrentes de acidentes de trabalho.

Consequências da falta de seguro

A inexistência ou insuficiência de seguro é punida por lei, determinando o pagamento de uma coima agravada. Nestas situações, ocorrendo um acidente com trabalhador por conta de outrem, a entidade empregadora é responsável pelo pagamento das prestações previstas na lei, ou na sua quota-parte relativamente ao salário não transferido para a empresa de seguros.

A Lei n.º 100/97, de 13 de setembro, alargou o sistema reparatório baseado no seguro obrigatório aos trabalhadores independentes, garantindo prestações em condições idênticas às dos trabalhadores por conta de outrem. Mais recentemente, a publicação da Lei n.º 98/2009, de 4 de setembro, vem alargar a obrigação da transferência de responsabilidade por meio de um contrato de seguro ao empregador que contrate trabalhadores exclusivamente para prestar trabalho noutras empresas.

Vem ainda, entre outras inovações, incluir no direito à reparação do sinistrado de acidente de trabalho a reabilitação profissional e a adaptação do posto de trabalho que sejam indispensáveis ao exercício das funções.

Trabalhadores por conta de outrem

No caso dos trabalhadores por conta de outrem o sistema de reparação dos danos emergentes dos acidentes de trabalho abrange:

- Os trabalhadores vinculados por contrato de trabalho ou contrato equiparado;
- Os praticantes, aprendizes, estagiários e demais situações de formação profissional;

Falta de seguro

A inexistência ou insuficiência de seguro é punida por lei, determinando o pagamento de uma coima agravada. Nestas situações, ocorrendo um acidente com trabalhador por conta de outrem, a entidade empregadora é responsável pelo pagamento das prestações previstas na lei, ou na sua quota-parte relativamente ao salário não transferido para a empresa de seguros.



- Os administradores, diretores, gerentes, ou equiparados, sem contrato de trabalho, que sejam remunerados por essa atividade;
- aqueles que, considerando-se na dependência económica da pessoa servida, lhe prestem serviços;

O trabalhador pode verificar da existência do seguro de acidentes de trabalho através dos recibos de retribuição que devem, obrigatoriamente, identificar a empresa de seguros para a qual o risco se encontra transferido à data da sua emissão.

O que é um acidente de trabalho?

É acidente de trabalho aquele que se verifique no local e no tempo de trabalho, e que produza direta ou indiretamente lesão corporal, perturbação funcional ou doença de que resulte redução na capacidade de trabalho, ou de ganho, ou a morte.

Acidente de trabalho

É acidente de trabalho aquele que se verifique no local e no tempo de trabalho, e que produza direta ou indiretamente lesão corporal, perturbação funcional ou doença de que resulte redução na capacidade de trabalho, ou de ganho, ou a morte.

Considera-se também acidente de trabalho, o ocorrido:

- No trajeto, normalmente utilizado e durante o período de tempo habitualmente gasto pelo trabalhador, de ida e de regresso entre:
 - a) de ida e de regresso para e do local de trabalho, entre a sua residência habitual ou ocasional e as instalações que constituem o seu local de trabalho;
 - b) entre quaisquer dos locais referidos em a) e o local de pagamento da retribuição, ou o local onde ao trabalhador deva ser prestada assistência ou tratamento decorrente de anterior acidente de trabalho e enquanto aí permanecer para esses fins;
 - c) entre o local de trabalho e o de refeição;
 - d) entre o local onde, por determinação da entidade empregadora, o trabalhador presta qualquer serviço relacionado com o seu trabalho e as instalações que constituem o seu local de trabalho habitual ou a sua residência habitual ou ocasional;
 - e) entre qualquer dos seus locais de trabalho, no caso de ter mais do que um emprego, sendo considerado responsável pelo acidente o empregador para cujo local de trabalho o trabalhador se dirige;



- Quando o trajeto normal de ida e de regresso para e do local de trabalho tenha sofrido interrupções ou desvios determinados pela satisfação de necessidades atendíveis do trabalhador, bem como por motivo de força maior ou caso fortuito;
- No local de trabalho, ou fora deste, quando no exercício do direito de reunião ou de atividade de representação dos trabalhadores nos termos da lei;
- Fora do local ou tempo de trabalho, na execução de serviços determinados ou consentidos pela entidade empregadora;
- Na execução de serviços espontaneamente prestados e de que possa resultar proveito económico para a entidade empregadora;
- No local de trabalho, quando em frequência de curso de formação profissional ou, fora desse local, quando exista autorização da entidade empregadora;
- Na procura de emprego durante o crédito de horas para tal concedido por lei aos trabalhadores com processo de cessação de contrato de trabalho em curso;
- No local de pagamento da retribuição, enquanto o trabalhador aí permanecer para tal efeito;
- No local onde deva ser prestada qualquer forma de assistência ou tratamento decorrente de anterior acidente de trabalho e enquanto o trabalhador aí permanecer para esses fins.

O que se entende por local e tempo de trabalho?

Por local de trabalho entende-se o lugar em que o trabalhador se encontra ou a que deva dirigir-se em virtude do seu trabalho e em que esteja, direta ou indiretamente, sujeito ao controlo do empregador. Por tempo de trabalho entende-se, além do período normal de trabalho, o que preceder o seu início, em atos de preparação ou com ele relacionados, e o que se lhe seguir, em atos também com ele relacionados, e ainda as interrupções normais ou forçadas de trabalho.

Local de trabalho

Por local de trabalho entende-se o lugar em que o trabalhador se encontra ou a que deva dirigir-se em virtude do seu trabalho e em que esteja, direta ou indiretamente, sujeito ao controlo do empregador.

Tempo de trabalho

Por tempo de trabalho entende-se, além do período normal de trabalho, o que preceder o seu início, em atos de preparação ou com ele relacionados, e o que se lhe seguir, em atos também com ele relacionados, e ainda as interrupções normais ou forçadas de trabalho.



Quais as prestações garantidas em caso de acidente de trabalho?

O direito do trabalhador à reparação por acidente de trabalho compreende dois grupos de prestações:

- Prestações em espécie: a assistência médica e cirúrgica, geral ou especializada, incluindo todos os elementos de diagnóstico e de tratamento que forem necessários, bem como as visitas domiciliares, a assistência medicamentosa e farmacêutica, os cuidados de enfermagem, a hospitalização e os tratamentos termais, a hospedagem, os transportes para observação, tratamento ou comparência a atos judiciais, o fornecimento de ajudas técnicas e outros dispositivos técnicos de compensação das limitações funcionais, bem como a sua renovação ou reparação (mesmo deterioração em consequência de uso ou desgaste normal), os serviços de reabilitação e reintegração profissional e social, incluindo a adaptação do posto de trabalho, os serviços de reabilitação médica ou funcional para a vida ativa, o apoio psicoterapêutico, sempre que necessário à família do sinistrado, e, por fim, a assistência psicológica e psiquiátrica ao sinistrado e respetiva família, quando reconhecida como necessária pelo médico assistente.
- Prestações em dinheiro: a indemnização por incapacidade temporária; a pensão provisória; a indemnização em capital e pensão por incapacidade permanente; a prestação suplementar para assistência de terceira pessoa; os subsídios por situação de elevada incapacidade permanente, por morte, por despesas de funeral, para readaptação de habitação, e para a frequência de ações no âmbito da reabilitação profissional e reintegração no mercado de trabalho, e a pensão por morte.

Remição de uma pensão

A remição de uma pensão consiste no pagamento das pensões (devidas mensalmente), ou de parte destas, de uma só vez, sob a forma de um capital único.

O que é a remição de uma pensão?

A remição de uma pensão consiste no pagamento das pensões (devidas mensalmente), ou de parte destas, de uma só vez, sob a forma de um capital único.

Em que condições podem ser remidas as pensões?

São obrigatoriamente remidas as pensões anuais e vitalícias devidas a sinistrados com incapacidade permanente parcial inferior a 30% e as pensões anuais e vitalícias devidas a beneficiários legais por morte,



desde que em qualquer dos casos, o valor da pensão anual não seja superior a seis vezes da retribuição mínima mensal garantida, em vigor no dia seguinte à data da alta ou da morte.

Em determinadas condições previstas na lei pode ainda ser requerida a remição parcial das pensões, a pedido dos pensionistas ou dos beneficiários legais.

As pensões são anualmente atualizáveis?

O valor das pensões devidas por acidente de trabalho é anualmente atualizável, de acordo com uma fórmula que inclui como referenciais os valores do Produto Interno Bruto (PIB) e do Índice de Preços no Consumidor (IPC).

O que se entende por trabalhador independente?

Considera-se trabalhador independente o que exerça uma atividade por conta própria. Está dispensado de contratar seguro aquele cuja produção se destine exclusivamente ao consumo ou utilização por si próprio e pelo seu agregado familiar.

Quais as regras do seguro de acidentes de trabalho do trabalhador independente?

O seguro do trabalhador independente rege-se, com as devidas adaptações, pelas mesmas disposições do seguro do trabalhador por conta de outrem, salvo no que foi previsto em legislação específica.

Que regime se aplica a um acidente cujo sinistrado seja simultaneamente trabalhador por conta de outrem e independente?

Havendo dúvidas sobre o regime aplicável, presume-se, até prova em contrário, que o acidente ocorreu ao serviço da entidade empregadora. Provando-se que o acidente ocorreu quando o sinistrado exercia funções de trabalhador independente, a entidade presumida como responsável adquire o direito de regresso contra a empresa de seguros do trabalhador independente ou contra o próprio trabalhador.

Trabalhador independente

Considera-se trabalhador independente o que exerça uma atividade por conta própria. Está dispensado de contratar seguro aquele cuja produção se destine exclusivamente ao consumo ou utilização por si próprio e pelo seu agregado familiar.



Qual o âmbito territorial do seguro de acidentes de trabalho do trabalhador por conta de outrem?

O seguro de acidentes de trabalho do trabalhador por conta de outrem é válido em todo o território nacional e no estrangeiro, desde que ao serviço de uma empresa portuguesa, salvo se a legislação do Estado onde ocorreu o acidente reconhecer o direito à reparação, caso em que o trabalhador pode optar por qualquer dos regimes.

Qual o âmbito territorial do seguro de acidentes de trabalho do trabalhador independente?

O seguro de trabalhadores independentes é válido para todo o território nacional, e para o território dos Estados-Membros da União Europeia onde o trabalhador exerça a sua atividade desde que por período não superior a quinze dias. Para um período superior a quinze dias, ou no caso do trabalhador exercer a sua atividade em Estados não Membros da União Europeia, terá de ser contratada uma extensão de cobertura.

Deveres de informação

As informações que o segurador se encontra obrigado a transmitir devem ser prestadas de forma clara, por escrito e em língua portuguesa, antes de o tomador do seguro se vincular

Quais os deveres gerais de informação do segurador antes da celebração do contrato?

Em termos gerais, cabe ao segurador prestar todos os esclarecimentos exigíveis e informar o tomador do seguro das condições do contrato, nomeadamente sobre a sua identidade, o âmbito do risco que se propõe cobrir, exclusões e limitações de cobertura, valor do prémio, ou seu método de cálculo, formas de pagamento e consequências da falta de pagamento, agravamentos ou bónus, duração do contrato e do respetivo regime de renovação, de denúncia e de livre resolução, regime de transmissão do contrato, modo de efetuar reclamações, mecanismos de proteção jurídica e autoridade de supervisão, bem como regime da lei aplicável ao contrato.

As informações que o segurador se encontra obrigado a transmitir devem ser prestadas de forma clara, por escrito e em língua portuguesa, antes de o tomador do seguro se vincular.

A proposta de seguro deve conter uma menção comprovativa de que as informações que o segurador tem de prestar foram dadas a conhecer ao tomador do seguro antes de este se vincular.

Nos seguros de riscos de massa há um especial dever de esclarecimento pelo segurador, pré-celebração do contrato, sobre a adequação da cobertura oferecida em concreto para o efeito do cumprimento pelo tomador de seguro da obrigação de seguro, assim como de responder a todos os pedidos de esclarecimento do tomador do seguro.



O incumprimento dos deveres de informação e de esclarecimento faz incorrer o segurador em responsabilidade civil, nos termos gerais, e confere ainda ao tomador do seguro, se o incumprimento se reportar a informação determinante da decisão de contratar, o direito de resolução do contrato, que deve ser exercido no prazo de 30 dias a contar da receção da apólice, tendo a cessação efeito retroativo e o tomador do seguro direito à devolução da totalidade do prémio pago. Este regime de sanção é aplicável ainda quando as condições da apólice não estejam em conformidade com as informações prestadas antes da celebração do contrato.

Quais os deveres de informação do tomador do seguro antes da celebração do contrato?

A proposta de seguro vai dar a conhecer ao segurador o risco a segurar e deve ser preenchida com todo o rigor, devendo o tomador do seguro declarar com exatidão todas as circunstâncias que conheça e que razoavelmente deva ter por significativas para a apreciação do risco pelo segurador. Este pode apresentar um questionário, que deverá ser preenchido de um modo completo e verdadeiro, devendo ser declaradas quaisquer outras circunstâncias relevantes que não estejam contempladas no questionário.

É com base na declaração inicial do risco que o segurador o avalia e decide sobre a sua aceitação, podendo solicitar informações adicionais se os elementos que constam da proposta não forem suficientes.

Se o tomador do seguro, ao efetuar a declaração do risco tiver intenção de enganar o segurador, ou seja atue com dolo, prestando declarações incompletas ou inexatas, o contrato é anulável, não estando o segurador obrigado a cobrir o sinistro que ocorra ou antes de ter tido conhecimento da omissão ou inexatidão da declaração de risco, ou nos três meses posteriores a esse conhecimento.

Se o tomador do seguro, ao efetuar a declaração do risco, prestar declarações incompletas ou inexatas, mas não tiver intenção de enganar o segurador, ou seja atue com negligência, o segurador pode propor uma alteração do contrato ou fazê-lo cessar nos termos da lei. Havendo sinistro, o segurador cobre o sinistro na proporção da diferença entre o prémio pago e o que seria devido se tivesse podido conhecer completamente o risco, mas pode não cobrir o sinistro, se demonstrar que não celebra contratos para o risco omitido ou declarado inexatamente, ficando nesse caso apenas vinculado à devolução do prémio.

Declaração do risco

Se o tomador do seguro, ao efetuar a declaração do risco tiver intenção de enganar o segurador, ou seja atue com dolo, prestando declarações incompletas ou inexatas, o contrato é anulável, não estando o segurador obrigado a cobrir o sinistro que ocorra ou antes de ter tido conhecimento da omissão ou inexatidão da declaração de risco, ou nos três meses posteriores a esse conhecimento.



Quando se inicia a cobertura dos riscos pelo contrato?

A cobertura dos riscos inicia-se no dia e hora indicados no contrato e depende do prévio pagamento do prémio.

Qual a duração do contrato?

A duração do contrato é a indicada no contrato, podendo ser por um período certo e determinado (seguro temporário) ou por um ano prorrogável por novos períodos de um ano. Os efeitos do contrato cessam às 24 horas do último dia do seu prazo.

Qual a retribuição a considerar para efeitos de seguro do trabalhador por conta de outrem?

A retribuição para efeitos de seguro corresponde a todas as prestações recebidas pelo trabalhador com carácter de regularidade que não se destinem a compensar custos aleatórios, que incluem designadamente os subsídios de férias e de Natal.

Qual a retribuição a considerar para efeitos de seguro do trabalhador independente?

A retribuição a considerar para efeitos de seguro é da responsabilidade do trabalhador independente, não podendo ser inferior a catorze vezes o salário mínimo nacional. Para valor superior ao mínimo referido o segurador reserva-se o direito de exigir prova de rendimento; não o fazendo no momento da subscrição ou alteração do contrato, será considerado para efeitos das prestações devidas pelo segurador o valor declarado.

Existem limites ao montante das prestações?

Nos casos em que a retribuição segura corresponder à retribuição real, e no que respeita às prestações em espécie, as prestações a cargo do segurador não têm qualquer limite, devendo o mesmo suportar, por exemplo, todas as despesas médicas necessárias e adequadas ao restabelecimento do estado de saúde do sinistrado, por forma a repor a sua capacidade de trabalho ou de ganho. Já no que se refere às prestações em dinheiro, estas dependem do montante da retribuição declarado para efeitos de seguro.

Duração do contrato

A duração do contrato é a indicada no contrato, podendo ser por um período certo e determinado (seguro temporário) ou por um ano prorrogável por novos períodos de um ano. Os efeitos do contrato cessam às 24 horas do último dia do seu prazo.



Quando a retribuição declarada pela entidade empregadora, para efeitos de seguro, for inferior à real, o tomador do seguro responde:

- a) Pela parte das indemnizações por incapacidade temporária e pensões correspondente à diferença;
- a) Proporcionalmente pelas despesas efetuadas com a hospitalização e assistência clínica.

Quais as obrigações do tomador do seguro (no seguro de acidentes de trabalho do trabalhador por conta de outrem) anteriores ao sinistro?

O tomador do seguro deve: enviar ao segurador, até ao dia 15 de cada mês, cópia das declarações de remunerações do seu pessoal remetidas à Segurança Social, relativas às retribuições pagas no mês anterior, devendo no envio ser mencionada a totalidade das remunerações previstas na lei como integrando a retribuição para efeito de cálculo da reparação por acidente de trabalho, devendo ainda ser indicados os praticantes, os aprendizes e os estagiários; permitir ao segurador o exame da documentação de base das declarações acima referidas, bem como a prestar-lhe qualquer informação que este julgue conveniente; comunicar previamente ao segurador a deslocação das pessoas seguras a território de Estado não Membro da União Europeia, bem como a deslocação a território de Estado-Membro da União Europeia caso seja superior a 15 dias.

Em caso de ocorrência de um acidente de trabalho, o tomador do seguro deve: preencher a participação de acidente de trabalho prevista legalmente e enviá-la ao segurador no prazo de 24 horas, a partir do respetivo conhecimento; participar imediatamente ao segurador os acidentes mortais, sem prejuízo do posterior envio da participação acima referida; fazer apresentar sem demora o sinistrado ao médico do segurador, salvo se tal não for possível e a necessidade urgente de socorros impuser o recurso a outro médico.

Quais as obrigações do segurador em caso de sinistro?

O segurador obriga-se a satisfazer a prestação contratual ao sinistrado, após a confirmação da ocorrência do sinistro e das suas causas, circunstâncias e consequências.

Início do contrato

A cobertura dos riscos inicia-se no dia e hora indicados no contrato e depende do prévio pagamento do prémio.



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

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

A quem compete designar o médico assistente do sinistrado?

O segurador, tem o direito de designar o médico assistente do sinistrado.

O sinistrado poderá no entanto recorrer a outro médico: ou quando a entidade empregadora, ou quem a represente, não se encontrar no local do acidente e houver urgência nos socorros; ou se o segurador não lhe nomear médico assistente, ou enquanto o não fizer; ou se o segurador renunciar ao direito de escolha; ou se ao sinistrado for dada alta sem estar curado, devendo neste caso requerer exame pelo perito do tribunal. Enquanto não houver médico assistente designado, será como tal considerado o médico que tratar o sinistrado. O sinistrado poderá ainda escolher o médico cirurgião nos casos de intervenção cirúrgica de alto risco e naqueles em que, como consequência da intervenção cirúrgica, possa correr perigo de vida.

Qual a informação clínica a que o sinistrado tem direito?

O sinistrado tem direito a receber em qualquer momento e a seu requerimento cópia de todos os elementos respeitantes ao seu processo, designadamente o boletim de alta e os exames complementares de diagnóstico em poder do segurador.

Quando há lugar a revisão das prestações?

O sinistrado ou o responsável pelo pagamento, pode, uma vez em cada ano civil, requerer a revisão das prestações (e mesmo a sua extinção), quando se verifique uma modificação na capacidade de trabalho ou de ganho do sinistrado, proveniente de agravamento, recidiva, recaída ou melhoria da lesão ou doença que deu origem à reparação, ou de intervenção clínica ou da aplicação de ajudas técnicas e outros dispositivos técnicos de compensação ou ainda de reabilitação e reintegração profissional e readaptação ao trabalho.

Informação clínica

O sinistrado tem direito a receber em qualquer momento e a seu requerimento cópia de todos os elementos respeitantes ao seu processo, designadamente o boletim de alta e os exames complementares de diagnóstico em poder do segurador.



Como se pode fazer cessar um contrato de seguro?

O contrato de seguro cessa nos termos gerais, nomeadamente por revogação, caducidade, denúncia e resolução.

Em que consiste a revogação do contrato?

A revogação implica a existência de um acordo entre o tomador do seguro e o segurador no sentido de fazer cessar o contrato, podendo ocorrer a todo o tempo.

Em que casos pode ocorrer a resolução do contrato?

O contrato pode ser resolvido pelas partes a todo o tempo, havendo justa causa, mediante correio registado. A resolução do contrato produz os seus efeitos às 24 horas do dia em que se verifique.

O que sucede aos riscos recusados?

Os riscos que sejam recusados por, pelo menos, três seguradores são colocados pela Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões (a autoridade de supervisão dos seguros e dos fundos de pensões) junto de seguradores designados para o efeito, podendo a ASF ressegurar e retroceder tais riscos.

O que é o Fundo de Acidentes de Trabalho?

O Fundo de Acidentes de Trabalho (FAT) é um fundo público dotado de personalidade judiciária e de autonomia administrativa e financeira, que funciona junto da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões, a quem compete a sua gestão técnica e financeira.

Principais competências

- Garantir o pagamento das prestações que forem devidas por acidentes de trabalho sempre que, por motivo de incapacidade económica objetivamente caracterizada em processo judicial de insolvência ou processo equivalente, ou processo de recuperação de empresa, ou por motivo de ausência, desaparecimento ou impossibilidade de identificação, não possam ser pagas pela entidade responsável;

Fundo de Acidentes de Trabalho

O Fundo de Acidentes de Trabalho (FAT) é um fundo público dotado de personalidade judiciária e de autonomia administrativa e financeira, que funciona junto da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões, a quem compete a sua gestão técnica e financeira.



Principais competências

Garantir o pagamento das prestações que forem devidas por acidentes de trabalho sempre que, por motivo de incapacidade económica objetivamente caracterizada em processo judicial de insolvência ou processo equivalente, ou processo de recuperação de empresa, ou por motivo de ausência, desaparecimento ou impossibilidade de identificação, não possam ser pagas pela entidade responsável

- Pagar os prémios do seguro de acidentes de trabalho das empresas que, no âmbito de um processo de recuperação, se encontrem impossibilitadas de o fazer, mediante requerimento apresentado pelo gestor da empresa;
- Reembolsar as empresas de seguros dos montantes relativos às atualizações das pensões devidas por incapacidade permanente igual ou superior a 30% ou por morte, bem como às atualizações da prestação suplementar por assistência de terceira pessoa, derivadas de acidentes de trabalho ou de acidentes em serviço;

Fontes de financiamento principais:

- Uma percentagem a cobrar pelas empresas de seguros aos tomadores de seguros sobre os salários considerados, sempre que sejam processados prémios da modalidade “Acidentes de Trabalho”;
- Uma percentagem a suportar pelas empresas de seguros sobre o valor correspondente ao capital de remição das pensões em pagamento à data de 31 de dezembro de cada ano, bem como sobre o valor da provisão matemática das prestações suplementares por assistência de terceira pessoa, em pagamento à data de 31 de dezembro de cada ano;
- Os valores que venham a ser recuperados junto das entidades responsáveis (empregadores ou empresas de seguros insolventes) a título de reembolso relativamente às prestações pagas e responsabilidades assumidas com sinistrados e/ou beneficiários de acidentes de trabalho.
- Os montantes que revertam para o FAT em caso de morte de sinistrado de acidente de trabalho que não deixe beneficiários com direito a pensão;
- O produto das coimas que, nos termos da lei, revertam a seu favor;
- Outros valores que legalmente lhe sejam atribuídos.

Práticas Comerciais Desleais

127



Práticas Comerciais Desleais

É desleal qualquer prática comercial não conforme com a **diligência** (competência e deveres de cuidado) exigida a um profissional e que distorça ou possa distorcer o comportamento do consumidor. Ou seja, que o faça ou possa fazer tomar uma decisão que não tomaria se não fosse utilizada tal prática.

Para saber se a diligência do profissional é suficiente, toma-se por medida o **consumidor médio**, isto é, uma pessoa normalmente informada e razoavelmente atenta.

As práticas comerciais desleais são permitidas?

Não. As práticas comerciais desleais são proibidas por lei.

A proibição aplica-se a situações que aconteçam antes, durante e após a celebração do contrato entre um profissional e um consumidor.

Que tipos de práticas comerciais desleais existem?

A lei define os dois tipos mais comuns de práticas comerciais desleais:

As agressivas, que reduzem claramente a liberdade de escolha do consumidor e recorrem

- ao assédio (incomodar com insistência o consumidor);
- à coação (forçar a vontade do consumidor);
- à influência indevida (levar, de forma inadequada, o consumidor a escolher ou a tomar uma decisão);

As enganosas, que induzem ou podem induzir o consumidor em erro levando-o a tomar uma decisão de compra ou aquisição que, de outro modo, não tomaria. Estas podem ser:

- por ação (o profissional atua com o objetivo de induzir em erro o consumidor);
- por omissão (o profissional deixa de atuar com o objetivo de induzir em erro o consumidor).

Diligência

Esforço aplicado para realizar convenientemente determinada tarefa. O profissional deve agir com competência e cumprir os deveres de cuidado da sua área de atuação.

Consumidor médio

Corresponde a uma medida padrão, que tem em consideração o que uma pessoa normalmente atenta e informada poderia compreender numa determinada situação.



Existem práticas comerciais desleais na área dos seguros e fundos de pensões?

Sim, tal como em outras áreas, o consumidor de seguros e fundos de pensões também pode ser vítima de práticas comerciais desleais. Pela sua importância, destacam-se algumas das práticas comerciais que a lei considera sempre agressivas:

- obrigar um consumidor que solicitou o pagamento de uma indemnização, ao abrigo de um contrato de seguro, a apresentar documentos que não sejam relevantes para satisfazer o pedido;
- não responder aos contactos feitos pelo cliente, com o objetivo de fazer com que ele desista de exercer os seus direitos.

Destaca-se também que o não cumprimento de certos deveres de informação para com o consumidor que pretende contratar um seguro é considerado uma omissão **enganosa**.

O que acontece quando há uma prática comercial desleal?

Os contratos celebrados com base numa prática comercial desleal podem ser anulados a pedido do consumidor. Se houver interesse do consumidor, o contrato pode manter-se e ser alterado para o tornar mais equilibrado.

O consumidor que foi lesado por uma prática comercial desleal tem direito a ser indemnizado.

A prática comercial desleal é punível, podendo o seu responsável ser sujeito a responder num processo e condenado ao pagamento de uma **coima** e a outras sanções.

O que se pode fazer contra uma prática comercial desleal?

Qualquer pessoa com um interesse legítimo em opor-se a práticas comerciais desleais pode:

- solicitar ao tribunal que intervenha para prevenir, corrigir ou terminar essas práticas;
- expor a questão, por qualquer meio, à autoridade competente (no caso dos seguros e fundos de pensões, a Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões). A ASF pode ordenar a interrupção ou a proibição, mesmo preventiva, da prática comercial desleal.

Prática comercial enganosa

Prática comercial desleal que induz ou pode induzir o consumidor ao erro, levando-o a tomar uma decisão de compra ou aquisição que, de outro modo, não tomaria.

Coima

Sanção de natureza pecuniária que resulta de uma infração (um ato ou omissão que não respeite a lei)



É proibido enviar bens ou serviços não pedidos?

Sim. É proibido exigir o pagamento (imediato ou posterior) de seguros que o consumidor não solicitou. Esta prática comercial é considerada **agressiva**.

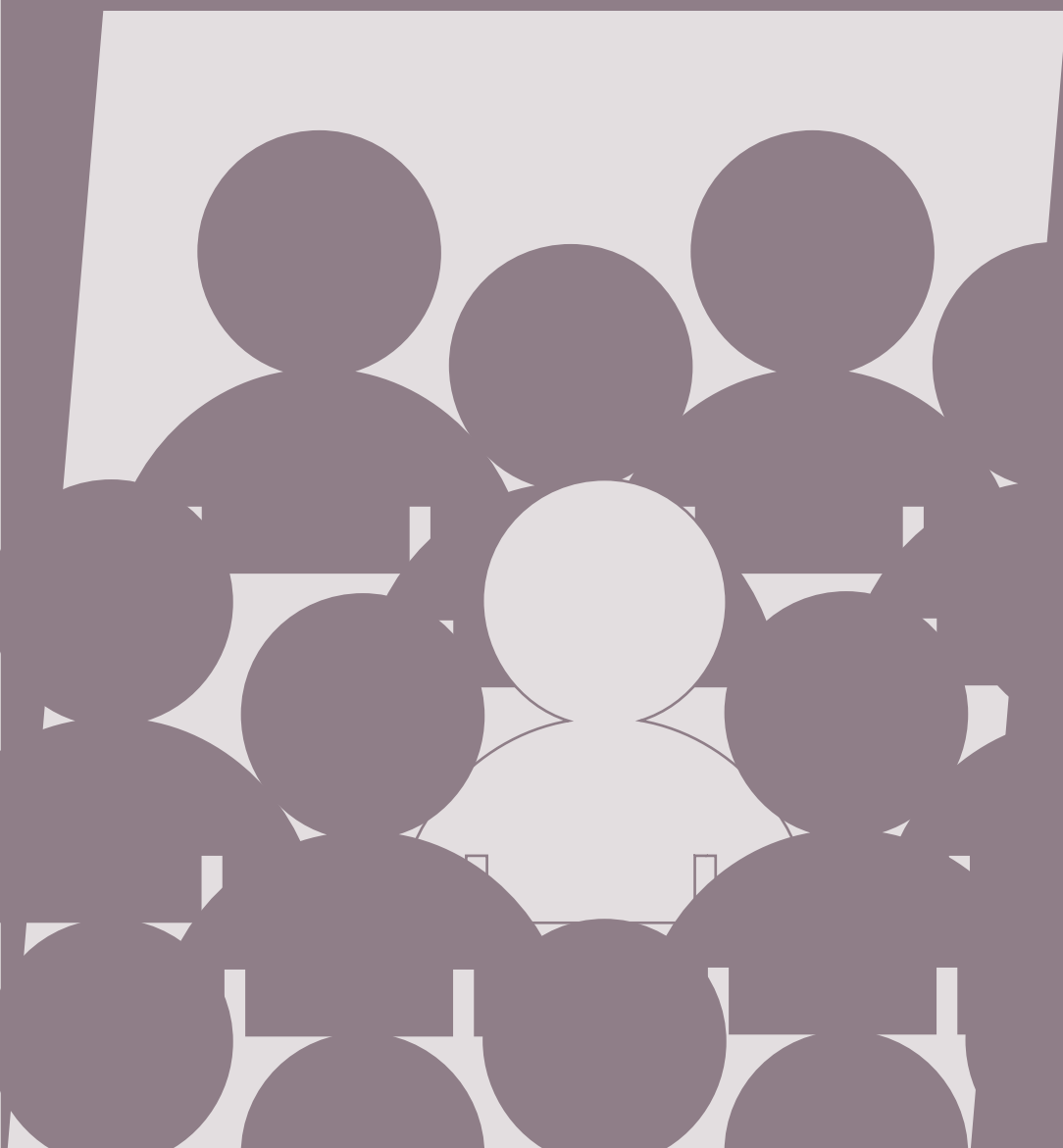
Prática comercial agressiva

Prática comercial desleal que reduz claramente a liberdade de escolha do consumidor, recorrendo:

- ao assédio (incomodar com insistência o consumidor);
- à coação (forçar a vontade do consumidor);
- à influência indevida (levar, de forma inadequada, o consumidor a escolher ou a tomar uma decisão).

Discriminação

133





Discriminação

O que é a discriminação?

A discriminação é o tratamento desigual ou injusto dado a uma pessoa ou grupo, face a outra pessoa ou grupo que se encontre em idêntica situação.

A discriminação é proibida pela Constituição da República Portuguesa, que consagra o **princípio da igualdade**.

A discriminação é proibida na área dos seguros?

Sim, na área dos seguros é especificamente proibido discriminar uma pessoa por:

- ser homem ou ser mulher (**discriminação em razão do sexo**);
- ser portador de deficiência ou ter um risco agravado de saúde.

Em que termos é proibida a discriminação em razão do sexo na área dos seguros?

É proibido discriminar, de forma direta ou indireta, em função do sexo no acesso a bens e serviços.

No que diz respeito aos seguros, a lei prevê que não pode haver diferenças entre homens e mulheres na forma como são calculados os prémios dos seguros e as prestações pagas pelos seguradores.

No entanto, essas diferenças são permitidas quando resultam de uma avaliação do risco baseada em dados estatísticos relevantes e rigorosos.

O que acontece se houver discriminação em razão do sexo?

Uma pessoa que seja vítima de discriminação em função do sexo tem direito a ser indemnizada, pelo segurador, pelos danos que tenha sofrido.

A discriminação é punível, podendo o seu responsável ser sujeito a responder num processo e condenado ao pagamento de uma **coima** e a outras sanções.

Princípio da igualdade

Princípio geral estabelecido na Constituição da República Portuguesa (artigo 13.º), que estabelece que “Todos os cidadãos têm a mesma dignidade social e são iguais perante a lei”, não podendo ser alvo de qualquer tipo de discriminação.

Discriminação em razão do sexo

Tratamento desigual ou injusto dado a uma pessoa ou grupo, face a outra pessoa ou grupo em idêntica situação, apenas em função do sexo.

Coima

Sanção de natureza pecuniária que resulta de uma infração (um ato ou omissão que não respeite a lei).



Em que termos é proibida a discriminação por deficiência ou risco agravado de saúde?

É proibido **discriminar**, de forma direta ou indireta, em função de deficiência ou risco agravado de saúde no acesso a bens e serviços. A lei pune os atos ou omissões que violem o princípio da igualdade e que impliquem um tratamento menos favorável para a pessoa portadora de deficiência ou risco agravado de saúde do que aquele que é dado a outra pessoa numa situação semelhante.

Discriminação

A discriminação é o tratamento desigual ou injusto dado a uma pessoa ou grupo, face a outra pessoa ou grupo que se encontre em idêntica situação.

As diferenças de tratamento são sempre proibidas?

Em caso de deficiência ou risco agravado de saúde, é permitido aos seguradores, depois de avaliados os riscos, recusar fazer um seguro ou aumentar o valor do **prémio**, se estas decisões forem devidamente justificadas e resultarem de dados estatísticos relevantes e rigorosos.

Que informação é obrigatória quando se recusa um seguro ou se aumenta o valor de um prémio?

Quando um segurador recusa celebrar um contrato de seguro ou aumenta o respetivo prémio devido a uma deficiência ou um risco agravado de saúde, tem de indicar a diferença entre os fatores de risco específicos da pessoa e os fatores de risco de uma pessoa em situação semelhante, mas não afetada por aquela deficiência ou risco agravado de saúde.

Prémio

Valor total, incluindo taxas e impostos, que o tomador do seguro deve pagar ao segurador pelo seguro.

É possível discordar da decisão de recusa do seguro ou aumento do prémio?

A pessoa a quem foi recusado ou aumentado o prémio de seguro pode pedir a uma comissão que analise as diferenças entre os seus fatores de risco específicos e os fatores de risco de uma pessoa em situação semelhante, mas não afetada por aquela deficiência ou risco agravado de saúde.

Essa comissão, que é composta por representantes do Instituto Nacional para a Reabilitação, do segurador e do Instituto Nacional de Medicina Legal, elabora um parecer sobre o assunto, o qual não é vinculativo.

O representante do segurador na comissão tem o dever de prestar todas as informações necessárias, incluindo os dados estatísticos considerados relevantes. A comissão é obrigada a manter a confidencialidade desses dados.

Reclamações

137



Apresentar uma reclamação

A reclamação é uma manifestação de desacordo ou de insatisfação em relação a serviços prestados. Na área dos seguros e fundos de pensões, pode ter como objeto uma ação ou omissão de um segurador, mediador ou sociedade gestora de fundos de pensões.

Quem pode apresentar reclamações?

Podem apresentar reclamações os **tomadores de seguros**, os segurados, os beneficiários e terceiros lesados.

A quem se podem apresentar reclamações?

As reclamações podem ser apresentadas:

- ao segurador, por qualquer meio que permita deixar um registo escrito da reclamação ou através do livro de reclamações;
- à Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões;
- ao **provedor do cliente**, no caso de contratos de seguro;
- ao provedor dos participantes e beneficiários para as adesões individuais aos fundos de pensões abertos.

Livro de reclamações

O livro de reclamações é obrigatório?

Sim. É obrigatório haver um livro de reclamações em todos os estabelecimentos que:

- tenham carácter fixo ou permanente e neles seja exercida a atividade seguradora, de comercialização de fundos de pensões, ou de mediação de seguros;
- tenham contacto com o público, nomeadamente através de serviços de vendas e de apoio ao cliente.

Além do livro de reclamações, as entidades podem disponibilizar no seu sítio na Internet outros meios para o consumidor reclamar.

Tomador do Seguro

Pessoa que celebra o contrato de seguro com a empresa de seguros, sendo responsável pelo pagamento do prémio.

Provedor do cliente

Entidade ou perito independente de reconhecido prestígio e idoneidade, designado pelas empresas de seguros, ao qual os tomadores de seguros, segurados, beneficiários ou terceiros lesados podem apresentar reclamações relativas a atos ou omissões daquelas empresas.



Quais são as obrigações destas entidades?

Livro de reclamações

Meio obrigatoriamente disponível em todos os estabelecimentos de atendimento ao público e que pretende facilitar o acesso ao direito de reclamação por parte do consumidor.

As obrigações são:

- ter o **livro de reclamações** nos estabelecimentos onde exerçam a sua atividade;
- facultar o livro de reclamações ao cliente sempre que ele o pedir, de forma imediata e gratuita;
- afixar, em local bem visível e de forma legível, um letreiro com a seguinte informação: “Este estabelecimento dispõe de livro de reclamações”, acompanhado da identificação completa e da morada da entidade junto da qual o utente deve apresentar a reclamação;
- manter, no mínimo durante três anos, um arquivo organizado dos livros de reclamações que já tenham sido fechados.

Se um cliente pedir o livro de reclamações num estabelecimento, a entidade não pode:

- justificar a sua falta pelo facto de o mesmo se encontrar noutra entidade;
- exigir a identificação do cliente.

Reclamante

Pessoa ou entidade que faz a reclamação.

Se o livro de reclamações não for imediatamente disponibilizado ao cliente, este pode solicitar a presença da polícia para:

- que lhe seja facultado o acesso ao livro;
- que a polícia tome nota do caso e o comunique à Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões.

Mediador de seguros

Qualquer pessoa ou entidade que exerça, mediante remuneração, a atividade de mediação de seguros e se encontre inscrito como mediador na Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões. Pode fazê-lo por conta de um ou vários seguradores, ou de forma independente.

Como se deve apresentar a reclamação no livro de reclamações?

Para apresentar uma reclamação, é necessário que o **reclamante** preencha, de forma clara e completa, a folha de reclamação com:

- a sua identificação e morada;
- a identificação e a morada do segurador ou do **mediador de seguros**;
- os factos que causaram a reclamação.

A entidade deve fornecer ao cliente todos os elementos necessários sobre a sua identificação e confirmar que o cliente os preencheu corretamente.

O que acontece depois de se fazer uma reclamação no livro de reclamações?

Depois de o reclamante preencher a folha de **reclamação**, a entidade reclamada tem a obrigação de enviar o original para à Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões no prazo de 10 dias úteis.

Junto com o original da folha de reclamação, podem ser enviados os esclarecimentos prestados ao reclamante e eventuais justificações.

A entidade reclamada deve entregar uma cópia (duplicado) da reclamação ao cliente. Uma terceira cópia (triplicado) deve permanecer no livro de reclamações.

Gestão de reclamações nos seguradores

Os seguradores devem dispor, na sua estrutura, de uma função dedicada à gestão das reclamações. Essa função tem de ser desempenhada por pessoas qualificadas.

O gestor de reclamações deve estar devidamente identificado a nível interno e externo, cabendo-lhe receber e dar resposta às reclamações de acordo com as regras internas aprovadas.

O segurador pode recusar a reclamação?

O segurador só pode recusar uma reclamação quando:

- o reclamante não tenha fornecido as informações que sejam essenciais para a gestão da reclamação;
- a reclamação não possa ser tratada pelo segurador, mas sim pelos tribunais judiciais ou através de mediação ou arbitragem;
- a reclamação já tenha sido resolvida pelos tribunais judiciais ou através de **mediação** ou **arbitragem**;
- a reclamação já tenha sido apresentada pelo mesmo reclamante e este já tenha recebido uma resposta do segurador;
- a reclamação tenha sido apresentada de má-fé ou o seu conteúdo seja considerado insultuoso.

Sempre que um segurador recusar uma reclamação, deve comunicá-lo à pessoa que reclamou, por escrito, e explicar a razão da sua recusa.

Reclamação

A reclamação é uma manifestação de desacordo ou de insatisfação em relação a serviços prestados. Na área dos seguros e fundos de pensões, pode ter como objeto uma ação ou omissão de um segurador, mediador ou sociedade gestora de fundos de pensões.

Mediação

Modalidade extrajudicial de resolução de litígios, de caráter informal, em que as partes são auxiliadas por um mediador a encontrar, por si próprias, uma solução negociada para o conflito que as opõe.

Arbitragem

Modalidade de resolução extrajudicial de litígios em que um terceiro intervém de forma imparcial em relação ao conflito, impondo uma solução que tem a mesma força que uma sentença proferida num tribunal judicial de primeira instância.



Como se deve apresentar uma reclamação ao segurador?

As reclamações devem ser apresentadas por escrito ou por meio de que fique registo em **suporte duradouro**.

As reclamações devem ter todas as informações importantes para a sua gestão, incluindo, pelo menos:

- o nome completo do reclamante (ou da pessoa que o representa);
- se é tomador do seguro, segurado, beneficiário ou terceiro lesado, ou pessoa que o representa;
- o contacto do reclamante (ou da pessoa que o representa);
- o número do documento de identificação do reclamante;
- a descrição dos factos que levaram à reclamação, a identificação dos intervenientes e a data em que os factos aconteceram;
- a data e o local da apresentação da reclamação.

Se a reclamação não estiver completa, sobretudo quando não é explicado o motivo pelo qual se reclama, o segurador deve comunicá-lo ao reclamante e pedir-lhe que a complete.

A apresentação de uma reclamação ao segurador envolve custos?

Não. Os seguradores devem garantir que a **gestão de reclamações** não tem qualquer custo para quem reclama.

O segurador é obrigado a responder à reclamação?

Sim. O segurador tem de responder ao reclamante de forma completa e justificada e transmitir o resultado da sua análise em linguagem clara e fácil de entender.

Como devem os seguradores gerir as reclamações?

É da responsabilidade dos seguradores:

- gerir as reclamações de forma rápida e eficiente, de acordo com as regras internas aprovadas;
- se necessário, comunicar ao reclamante que não é possível cumprir os prazos internos de gestão de reclamações e justificar esse atraso;

Suporte duradouro

Qualquer meio que permita armazenar informações que lhe sejam dirigidas, de tal forma que possam ser consultadas posteriormente durante um período adequado aos fins dessas informações e que permita a sua reprodução exata.

Gestão de reclamações

Função de que todas as empresas de seguros devem dispor, para tratamento das reclamações apresentadas.

- garantir que os colaboradores que participam na gestão de reclamações sejam devidamente qualificados e que recebem toda a informação necessária;
- assegurar a gestão imparcial das reclamações e prevenir, identificar e resolver as situações que podem criar conflitos de interesse;
- assegurar o tratamento e a análise dos dados das reclamações e garantir que as conclusões retiradas são tidas em conta na atividade da empresa.

Quando se apresenta uma reclamação ao segurador já não se pode recorrer aos tribunais?

Pode. A gestão de reclamações pelos seguradores não impede o recurso aos tribunais ou a **meios alternativos de resolução de conflitos**.

No entanto, sempre que uma reclamação estiver a ser tratada num tribunal judicial, em mediação ou arbitragem, o segurador pode interromper a gestão da reclamação.

Gestão de reclamações na Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões

É possível apresentar uma reclamação à ASF?

Sim. A ASF dispõe de um Serviço de Apoio aos Consumidores, especialmente vocacionado para prestar esclarecimentos ao público em geral sobre temas relacionados com a atividade seguradora e os fundos de pensões.

A este Serviço compete ainda analisar e dar parecer sobre as reclamações que lhe sejam apresentadas por particulares, não resolvidas noutras instâncias, relativamente às entidades sujeitas à supervisão da ASF.

A Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões, para além de procurar contribuir para a resolução das situações apresentadas, utiliza as informações recolhidas através das reclamações para avaliar, de forma mais global, a **conduta** das entidades supervisionadas.

Sempre que existam indícios de comportamentos que não estejam conformes com a legislação em vigor ou que se verifiquem práticas que possam ser melhoradas, a ASF intervém junto das empresas para garantir o bom funcionamento do mercado.

Meios alternativos de resolução de conflitos

Formas de resolver conflitos sem recorrer aos tribunais. Por exemplo, a mediação, a conciliação e a arbitragem.

Regulação e Supervisão Comportamental

Tem por objetivo garantir elevados padrões de conduta por parte das entidades supervisionadas na sua relação com os consumidores.



Como se pode apresentar uma reclamação a ASF ?

A **reclamação** à ASF deve ser apresentada por escrito:

- no sítio na Internet da ASF;
- por correio tradicional;
- pessoalmente, no Serviço de Atendimento da ASF.

Reclamação

A reclamação é uma manifestação de desacordo ou de insatisfação em relação a serviços prestados. Na área dos seguros e fundos de pensões, pode ter como objeto uma ação ou omissão de um segurador, mediador ou sociedade gestora de fundos de pensões.

A apresentação de uma reclamação à ASF envolve custos?

Não. Apresentar reclamações à ASF não tem qualquer custo para quem reclama.

Como é feita a gestão de reclamações na ASF?

O modelo de gestão das reclamações implementado na ASF foi estruturado no sentido de permitir responder, de forma atempada e adequada, às expectativas dos consumidores, recolhendo informação sobre a conduta dos operadores, de modo a avaliar a sua conformidade com o quadro legal e regulamentar em vigor.

Todas as reclamações, independentemente da sua proveniência, são sujeitas a uma análise prévia efetuada por um colaborador com formação jurídica. A empresa reclamada é, em regra, contactada no sentido de se pronunciar sobre a situação em causa, competindo depois à ASF a ponderação das diligências consideradas ajustadas ao caso concreto.

Reclamante

Pessoa ou entidade que faz a reclamação.

Da análise realizada pela ASF pode resultar uma das seguintes situações:

- não existem indícios de desconformidade face ao regime jurídico em vigor. Neste caso, o **reclamante** é informado sobre o desfecho do processo, o enquadramento legal e regulamentar aplicável, os mecanismos alternativos de resolução extrajudicial de litígios e tribunais judiciais competentes para decidir e vincular as partes;
- constata-se que a reclamação pode ser resolvida por acordo entre as partes. A ASF procura, nesta situação, prestar o seu contributo no sentido de facilitar a concertação dos interesses em presença;
- existem indícios de desconformidade relativamente a preceitos legais ou regulamentares aplicáveis. A ASF procede ao exame da situação em concreto, findo o qual pode adotar em relação à entidade supervisionada, um dos seguintes procedimentos: *advertência*, *recomendação* ou *contraordenação*.

A ASF decide sobre os casos que lhe são apresentados?

Não. A ASF não tem competência para decidir sobre os conflitos existentes entre os seguradores, os mediadores ou as sociedades gestoras de fundos de pensões e quem reclama.

Apesar disso, a intervenção da ASF contribui para facilitar a resolução dos conflitos.

Provedor do cliente de seguros

É obrigatório existir um provedor do cliente de seguros?

Sim. Os seguradores escolhem o **provedor do cliente** de entre entidades ou especialistas independentes de reconhecido prestígio e qualificação.

O provedor atua de acordo com as regras fixadas pelas entidades que o escolheram e recebe as reclamações que lhe forem apresentadas.

A reclamação pode ser logo feita ao provedor?

Não. Primeiro, a reclamação tem de ser feita ao segurador, que a deverá tratar nos seus serviços de **gestão de reclamações**.

Podem ser apresentadas ao provedor do cliente as reclamações:

- às quais o segurador não respondeu no prazo máximo de 20 dias a contar da data da receção da reclamação (ou até 30 dias, nos casos muito complexos);
- às quais o segurador respondeu dentro do prazo, mas o reclamante não concorda com a resposta.

A apresentação de uma reclamação ao provedor envolve custos?

Não. Apresentar reclamações junto do provedor do cliente não tem qualquer custo para quem reclama.

Provedor do cliente

Entidade ou perito independente de reconhecido prestígio e idoneidade, designado pelas empresas de seguros, ao qual os tomadores de seguros, segurados, beneficiários ou terceiros lesados podem apresentar reclamações relativas a atos ou omissões daquelas empresas.

Gestão de reclamações

Função de que todas as empresas de seguros devem dispor, para tratamento das reclamações apresentadas.



Gestão de reclamações

Função de que todas as empresas de seguros devem dispor, para tratamento das reclamações apresentadas.

Mediação

Modalidade extrajudicial de resolução de litígios, de caráter informal, em que as partes são auxiliadas por um mediador a encontrar, por si próprias, uma solução negociada para o conflito que as opõe.

Arbitragem

Modalidade de resolução extrajudicial de litígios em que um terceiro intervém de forma imparcial em relação ao conflito, impondo uma solução que tem a mesma força que uma sentença proferida num tribunal judicial de primeira instância.

O provedor pode recusar a reclamação?

Sim. O provedor pode recusar a reclamação se:

- a reclamação não tiver sido previamente enviada ao segurador;
- o reclamante não fornecer as informações essenciais para a **gestão da reclamação**.

Sempre que uma reclamação esteja a ser tratada num tribunal judicial, em **mediação** ou **arbitragem**, o provedor do cliente pode interromper a gestão da reclamação.

Sempre que recusar a reclamação, o provedor tem de comunicar e explicar a razão da sua recusa, por escrito, ao reclamante.

O provedor tem prazos para responder?

O provedor do cliente tem 30 dias a contar da data da receção da reclamação para a analisar (45 dias, nos casos muito complexos).

A quem deve o provedor comunicar a sua decisão?

O provedor do cliente comunica, por escrito, os resultados da sua análise ao reclamante, incluindo a respetiva justificação.

O provedor do cliente comunica as reclamações que recebeu e os resultados e justificações da sua análise aos seguradores. Pode incluir recomendações, se for o caso.

O segurador tem de acatar a decisão do provedor?

O segurador tem de comunicar ao provedor do cliente se vai seguir ou não as suas recomendações, no prazo máximo de 20 dias a contar da data da sua receção. Se o segurador não seguir as recomendações do provedor do cliente, este tem de informar o reclamante por escrito.

As decisões do provedor são tornadas públicas?

Anualmente, o provedor deve tornar públicas as recomendações que fez e se elas foram seguidas.

Cabe aos seguradores garantir que o provedor do cliente publica as suas recomendações, através de um dos seguintes meios:

- sítio na Internet do **provedor do cliente** (se existir);
- sítio na Internet do segurador ou, caso não exista, do grupo empresarial do qual faça parte (numa área reservada e devidamente assinalada);
- sítio na Internet da associação de seguradores que tenha nomeado o provedor do cliente;
- sítio na Internet da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões.

A publicação das recomendações deve ser mantida por um período mínimo de 3 anos.

Quando se apresenta uma reclamação ao provedor do cliente de seguros já não se pode recorrer aos tribunais?

Pode. A intervenção do provedor não impede o recurso aos tribunais ou a outros **meios alternativos de resolução de conflitos**.

Provedor do cliente

Entidade ou perito independente de reconhecido prestígio e idoneidade, designado pelas empresas de seguros, ao qual os tomadores de seguros, segurados, beneficiários ou terceiros lesados podem apresentar reclamações relativas a atos ou omissões daquelas empresas.

Meios alternativos de resolução de conflitos

Formas de resolver conflitos sem recorrer aos tribunais. Por exemplo, a mediação, a conciliação e a arbitragem.

Glossário

149

ABC

Glossário

ACIDENTE DE TRABALHO

Acidente que se verifique no local e no tempo de trabalho, no trajeto de ida ou regresso ao local de trabalho ou noutros locais diretamente relacionados com o contrato de trabalho e do qual resulte lesão corporal, perturbação funcional ou doença que provoque redução na capacidade de trabalho ou de ganho ou a morte.

ATA ADICIONAL

Documento que contém as alterações às condições de um contrato de seguro já existente.

ATIVOS

Conjunto de bens e direitos (ações, obrigações, depósitos bancários, terrenos e edifícios, etc.) que podem fazer parte do património de uma empresa de seguros ou de um fundo de pensões.

ATUÁRIO

Técnico especializado na aplicação de cálculos estatísticos e matemáticos a operações financeiras no domínio dos seguros e fundos de pensões.

ATUÁRIO RESPONSÁVEL

Atuário certificado pela Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões que assume a responsabilidade pela certificação de determinados elementos de natureza financeira e prudencial no âmbito da atividade seguradora e fundos de pensões.

ADESÃO COLETIVA

Relação contratual entre um ou vários associados e um fundo de pensões aberto, concretizada através da subscrição de unidades de participação do fundo de pensões.

ADESÃO INDIVIDUAL

Relação contratual entre um contribuinte e um fundo de pensões aberto, concretizada através da subscrição de unidades de participação do fundo de pensões.

APÓLICE DE SEGURO	Documento que contém as condições do contrato de seguro acordadas pelas partes e que incluem as condições gerais, especiais e particulares.
APÓLICE UNIFORME	Conjunto de cláusulas contratuais aprovadas pela Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões para determinados seguros obrigatórios, que devem ser respeitadas pelos seguradores na cobertura dos riscos em causa.
ARBITRAGEM	Modalidade de resolução extrajudicial de litígios em que um terceiro intervém de forma imparcial em relação ao conflito, impondo uma solução que tem a mesma força que uma sentença proferida num tribunal judicial de primeira instância.
ASSOCIADO	Entidade cujos planos de pensões ou de benefícios de saúde são financiados por um fundo de pensões.
AVALIAÇÃO ATUARIAL	Estudo efetuado por um especialista na aplicação de metodologias atuariais, que pretende determinar as responsabilidades associadas a seguros ou planos de pensões.
AVISO DE PAGAMENTO DE PRÉMIO	Comunicação escrita, enviada pelo segurador ao tomador do seguro, para informar sobre o valor do prémio do seguro, a data limite e a forma do pagamento.
BENEFICIÁRIO DE UM CONTRATO DE SEGURO	Pessoa ou entidade com direito às prestações previstas no contrato de seguro.
BENEFICIÁRIO DE UM FUNDO DE PENSÕES	Pessoa com direito às prestações previstas no plano de pensões ou no plano de benefícios de saúde.

BENEFÍCIOS	As pensões ou capitais estabelecidos no plano de pensões ou as despesas de saúde previstas no plano de benefícios de saúde a que têm direito os beneficiários.
BONIFICAÇÃO OU BÓNUS	Diminuição do prémio na renovação do contrato de seguro, nas situações fixadas na apólice (por exemplo, não terem ocorrido sinistros).
CAPITAL GARANTIDO	Cláusula contratual nos termos da qual o segurador se obriga a reembolsar o investimento no prazo acordado em montante não inferior à totalidade do capital inicialmente investido.
CAPITAL SEGURO	Valor máximo que o segurador paga em caso de sinistro, mesmo que o prejuízo seja superior. Este valor é, normalmente, definido nas condições particulares da apólice.
CAPITAL VARIÁVEL	Corresponde ao capital seguro no âmbito de um contrato de seguro ligado a fundos de investimento, cujo valor varia de acordo com o valor do fundo ou fundos a que o seguro está ligado.
CARTEIRA DE INVESTIMENTO	Conjunto de ativos detidos por uma empresa de seguros ou fundo de pensões.
CARTEIRA DE SEGUROS	Conjunto de contratos de seguro em relação aos quais o mediador de seguros exerce a atividade de mediação e que lhe criam direitos e deveres para com seguradores e tomadores de seguros.
CERTIFICADO DE SEGURO	Documento que confirma que um contrato de seguro é válido. Pode ser entregue pelo segurador ou por um mediador de seguros. A Carta Verde, por exemplo, é um certificado específico do seguro automóvel.

COBERTURA OU GARANTIA	Conjunto de situações cuja verificação determina a prestação do segurador ao abrigo do contrato.
COIMA	Sanção de natureza pecuniária que resulta de uma infração (um ato ou omissão que não respeite a lei)
COMISSÃO DE MEDIAÇÃO	Remuneração do mediador de seguros pela atividade de mediação.
COMISSÃO DE DEPÓSITO	Remuneração da entidade depositária, pela prestação dos seus serviços.
COMISSÃO DE GESTÃO	Remuneração da entidade gestora pelos serviços de gestão do fundo.
COMISSÃO DE REEMBOLSO	Montante devido pelo participante quando solicita o reembolso dos valores investidos no fundo.
COMISSÃO DE SUBSCRIÇÃO	Montante devido pelo associado ou contribuinte quando entregam uma contribuição para o fundo.
COMISSÃO DE TRANSFERÊNCIA	Montante devido pelo participante caso solicite a transferência de valores de um fundo para outro fundo ou entidade gestora.
CONCILIAÇÃO	Modalidade extrajudicial de resolução de litígios, através da qual um terceiro imparcial em relação ao conflito conduz a negociação entre as partes, estimulando uma ou várias soluções para o conflito e propondo plataformas de entendimento comum que possibilitem o acordo entre as partes.
CONDIÇÕES ESPECIAIS	Disposições que completam ou especificam as condições gerais, sendo de aplicação generalizada a determinados contratos do mesmo tipo.

CONDIÇÕES GERAIS	Disposições contratuais, habitualmente pré-elaboradas, definindo o enquadramento e os princípios gerais do contrato, aplicando-se a todos os contratos inerentes a um mesmo ramo, modalidade ou operação.
CONDIÇÕES PARTICULARES	Cláusulas que são acrescentadas às condições gerais/especiais de um contrato, para o adaptar a um caso particular, precisando nomeadamente o risco coberto, a duração e o início do contrato, o capital seguro, o prémio, o tomador do seguro, o segurado e o beneficiário.
CONTRAORDENAÇÃO	Corresponde a uma infração (um ato ou omissão que não respeite a lei) cuja punição está prevista por lei com a aplicação de uma coima, ou seja, de uma sanção de natureza pecuniária.
CONTRATO DE SEGURO	Contrato através do qual o segurador assume a cobertura de determinados riscos, comprometendo-se a satisfazer as indemnizações ou a pagar o capital seguro em caso de ocorrência do sinistro, nos termos acordados. Em contrapartida, o tomador do seguro obriga-se a pagar o prémio correspondente.
CONTRIBUIÇÕES	Valores pagos ao fundo para financiamento de um plano de pensões ou de um plano de benefícios de saúde.
CONTRIBUINTE	Pessoa que contribui para o fundo de pensões ou entidade que contribui em nome e a favor do participante.
CORRETOR DE SEGUROS	Mediador independente que, para aconselhar de forma imparcial, analisa diversos seguros existentes no mercado e seleciona os que melhor se adaptam às necessidades do cliente.
CO-SEGURADOR	Segurador que participa num co-seguro.

CO-SEGURO	Operação pela qual diversos seguradores cobrem, de forma conjunta, um risco através de um contrato de seguro único, com as mesmas garantias e idêntico período de duração e com um prémio global.
DANO	Prejuízo sofrido por alguém. O dano pode ser causado por perda, destruição ou avaria de bens ou por lesão que afete a saúde física ou mental de uma pessoa.
DANO CORPORAL	Dano relativo à vida, à saúde ou à integridade física de uma pessoa.
DANO MATERIAL	Prejuízo causado a coisas, bens materiais, créditos e quaisquer outros direitos patrimoniais.
DECLARAÇÃO AMIGÁVEL DE ACIDENTE AUTOMÓVEL (DAAA)	Impresso a preencher em caso de acidente automóvel. Destina-se a recolher certas informações indispensáveis à regularização do sinistro pelos seguradores e a fazer a participação do acidente. Este impresso, sempre que possível, deve ser preenchido imediatamente no próprio local do acidente e assinado por ambas as partes. É um elemento indispensável à aplicação do sistema de indemnização direta ao segurado (IDS).
DEPOSITÁRIO	Instituição de crédito ou empresa de investimento na qual se encontram depositados os títulos e os outros documentos representativos dos valores mobiliários (ações, obrigações, unidades de participação em fundos de investimento, etc.) detidos pelo fundo de pensões.
DOENÇA PREEEXISTENTE	Doença que já existia à data em que o seguro foi celebrado.

EMPRESA DE SEGUROS	Entidade legalmente autorizada a exercer a atividade seguradora e que é parte no contrato de seguro.
ENCARGOS DE FRACIONAMENTO	Valor que acresce ao prêmio caso o tomador do seguro opte por pagá-lo em prestações.
ENTIDADE GESTORA	Entidade que gere o fundo de pensões. Pode ser uma sociedade constituída exclusivamente para esse fim (sociedade gestora de fundos de pensões) ou um segurador do ramo Vida.
ESTORNO DE PRÉMIO	Devolução, ao tomador do seguro, de uma parte do prêmio já pago, nomeadamente no caso do contrato de seguro cessar antes do seu termo.
EXCLUSÃO	Cláusula de um contrato de seguro que procede à delimitação negativa do âmbito da cobertura, isto é, define aquilo que o seguro não cobre.
FRACIONAMENTO DO PRÉMIO	Opção conferida pelo segurador ao tomador do seguro de dividir o pagamento do prêmio em prestações.
FRANQUIA	Parte do valor dos danos que fica a cargo do tomador do seguro ou segurado.
FUNDO DE INVESTIMENTO	Património autónomo que tem como fim o investimento coletivo de capitais obtidos junto do público. Designam-se por fundos de investimento mobiliário os fundos que efetuam as suas aplicações em valores mobiliários (ações, obrigações, títulos de participação, etc.) e por fundos de investimento imobiliário, aqueles que efetuam as suas aplicações em bens imóveis (terrenos e edifícios).

FUNDO DE PENSÕES	Património autónomo que financia um ou mais planos de pensões ou de benefícios de saúde.
FUNDO DE PENSÕES ABERTO	Fundo de pensões em que a adesão depende unicamente de aceitação pela entidade gestora, não sendo necessário qualquer vínculo entre os diferentes aderentes. A adesão pode ser individual ou coletiva.
FUNDO DE PENSÕES FECHADO	Fundo de pensões que diz respeito a apenas um associado ou, envolvendo vários associados, se existir um vínculo empresarial, associativo, profissional ou social entre eles e for necessário o seu acordo para a entrada de novos associados.
GABINETE PORTUGUÊS DE CARTA VERDE	Associação que mediante uma convenção com Gabinetes de outros países com a mesma natureza, tem entre os principais objetivos o de assegurar os legítimos direitos de vítimas de acidentes de viação ocorridos em Portugal e que sejam da responsabilidade de seguradores de outros países.
GESTÃO DE RECLAMAÇÕES	Função de que todas as empresas de seguros devem dispor, para tratamento das reclamações apresentadas.
ICAE	Designação que caracteriza o conjunto de produtos financeiros cuja rentabilidade depende da evolução do valor de outros instrumentos financeiros. O risco de investimento é assumido, total ou parcialmente, pelo investidor.

INDEMNIZAÇÃO

Prestação devida pelo segurador para reparar um dano resultante de uma situação coberta pela apólice.

A indemnização pode ser:

- a reparação de um bem (por exemplo o arranjo de um automóvel);
- a substituição de um bem por outro ou o pagamento do seu valor em dinheiro;
- um valor definido no contrato (por exemplo, um valor por cada dia em que não foi possível usar o automóvel);
- uma renda ou pensão.

INDEMNIZAÇÃO DIRETA AO SEGURADO (IDS)

Acordo celebrado entre a maioria dos seguradores do mercado português, que permite que o tomador do seguro, no âmbito do seguro automóvel, resolva o sinistro junto do próprio segurador, o qual pagará diretamente ao seu segurado os prejuízos, evitando que este tenha de contactar o segurador do terceiro responsável.

O acordo é aplicável a acidentes ocorridos em Portugal, onde intervenham apenas dois veículos com seguro válido e donde resultem apenas danos materiais inferiores a determinado montante. É ainda necessário que a Declaração Amigável de Acidente Automóvel (DAAA) se encontre devidamente preenchida e assinada por ambos os condutores.

INÍCIO DO CONTRATO

Data em que um contrato de seguro começa a produzir efeitos.

INSTRUMENTO DE CAPTAÇÃO DE AFORRO ESTRUTURADO (ICAE)

Designação que caracteriza o conjunto de produtos financeiros cuja rentabilidade depende da evolução do valor de outros instrumentos financeiros. O risco de investimento é assumido, total ou parcialmente, pelo investidor.

INSTRUMENTO FINANCEIRO

Título ou contrato que estabelece direitos e obrigações de natureza financeira. Inclui valores mobiliários, tais como ações, obrigações e unidades de participação em fundos de investimento e instrumentos do mercado monetário, tais como certificados de depósito e papel comercial.

JUSTA CAUSA

Razão aceitável à luz das regras legais e contratuais do caso em concreto.

LIVRE RESOLUÇÃO

Possibilidade de desistir do contrato de seguro sem necessitar de invocar um motivo.

MEDIAÇÃO

Modalidade extrajudicial de resolução de litígios, de caráter informal, em que as partes são auxiliadas por um mediador a encontrar, por si próprias, uma solução negociada para o conflito que as opõe.

MEDIAÇÃO DE SEGUROS

Atividade que consiste em:

- apresentar ou propor um contrato de seguro ou praticar outro ato que prepare a sua celebração;
- celebrar o contrato (quando o mediador tenha poderes para o efeito);
- apoiar a gestão e execução do contrato, em especial em caso de sinistro.

MEDIADOR DE SEGUROS

Qualquer pessoa ou entidade que exerça, mediante remuneração, a atividade de mediação de seguros e se encontre inscrito como mediador na Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões.
Pode fazê-lo por conta de um ou vários seguradores ou de forma independente.

MEIOS ALTERNATIVOS DE RESOLUÇÃO DE LITÍGIOS

Formas de resolver conflitos sem recorrer aos tribunais.

OPERAÇÃO DE CAPITALIZAÇÃO

Contrato através do qual um segurador do ramo Vida se compromete a pagar um determinado capital no final do contrato.

PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO

Comunicação, pelo tomador do seguro, segurado ou beneficiário ao segurador, sobre a ocorrência de um sinistro, no âmbito do contrato de seguro.

A participação deve conter todas as informações importantes para a análise e avaliação do sinistro, nomeadamente, indicar as causas, a data e o local do acontecimento e os prejuízos sofridos.

PARTICIPAÇÃO NOS RESULTADOS	<p>Direito do tomador do seguro, segurado ou beneficiário de receber parte dos resultados gerados pelo contrato de seguro.</p> <p>Considera-se atribuída quando é calculada para o conjunto de contratos, mas não individualizada.</p> <p>Considera-se distribuída quando é afetada a cada contrato individual.</p>
PARTICIPANTE	<p>Pessoa cuja situação pessoal ou profissional determina a definição dos direitos previstos no plano de pensões ou no plano de benefícios de saúde, independentemente de contribuir ou não para o fundo.</p>
PERDA TOTAL	<p>Situação em que de um sinistro decorrem danos cuja gravidade impede a reparação do bem seguro ou a tornam demasiado onerosa.</p> <p>No seguro automóvel, considera-se que também existe perda total quando o valor estimado para a reparação dos danos sofridos, adicionado do valor do salvado, ultrapasse 100% do valor venal do veículo com menos de dois anos ou ultrapasse 120% do valor venal do veículo com mais de dois anos.</p>
PERÍODO DE CARÊNCIA	<p>Período entre o início do contrato de seguro e uma determinada data, no qual certas coberturas não se encontram ainda a produzir efeitos.</p>
PERITO REGULARIZADOR DE SINISTROS	<p>Especialista com qualificação para avaliar os danos ocorridos na sequência de um sinistro.</p>
PESSOA SEGURA	<p>Pessoa cuja vida, saúde ou integridade física se segura.</p>
PLANO CONTRIBUTIVO	<p>Plano de pensões em que existem contribuições dos participantes.</p>
PLANO DE BENEFÍCIOS DE SAÚDE	<p>Programa que define as condições para pagamento ou reembolso de despesas de saúde dos beneficiários, após a pré-reforma, reforma antecipada, reforma por velhice, reforma por invalidez ou sobrevivência.</p>

PLANO DE PENSÕES	<p>Programa que define as condições para receber uma pensão por:</p> <ul style="list-style-type: none">• pré-reforma;• reforma antecipada;• reforma por velhice;• reforma por invalidez;• sobrevivência. <p>O plano de pensões define:</p> <ul style="list-style-type: none">• as pensões a que os beneficiários podem ter direito;• as condições para receber uma pensão;• a forma como é calculado o seu valor.
PLANO DE POUPANÇA	<p>Produto de poupança de médio ou longo prazo, que pode contribuir para complementar a reforma ou para financiar a educação do participante ou da sua família.</p>
POLÍTICA DE FINANCIAMENTO	<p>Conjunto de regras e princípios estabelecidos entre o associado e a entidade gestora do fundo de pensões que determinam a forma como são financiadas as responsabilidades assumidas pelo associado no âmbito do plano de pensões ou plano de benefícios de saúde.</p>
POLÍTICA DE INVESTIMENTO	<p>Conjunto de regras e princípios que orientam a estratégia seguida pelo fundo de pensões em matéria de escolha dos ativos, incluindo os limites de investimento nos diferentes tipos de ativos, os métodos de avaliação do risco de investimento e as técnicas aplicáveis à respetiva gestão.</p>
PRÁTICA COMERCIAL AGRESSIVA	<p>Prática comercial desleal que reduz claramente a liberdade de escolha do consumidor, recorrendo:</p> <ul style="list-style-type: none">• ao assédio (incomodar com insistência o consumidor);• à coação (forçar a vontade do consumidor);• à influência indevida (levar, de forma inadequada, o consumidor a escolher ou a tomar uma decisão).

PRÁTICA COMERCIAL DESLEAL	É desleal qualquer prática comercial não conforme com a diligência (competência e deveres de cuidado) exigida a um profissional e que distorça ou possa distorcer o comportamento do consumidor. Ou seja, que o faça ou possa fazer tomar uma decisão que não tomaria se não fosse utilizada tal prática.
PRÁTICA COMERCIAL ENGANOSA	Prática comercial desleal que induz ou pode induzir o consumidor ao erro, levando-o a tomar uma decisão de compra ou aquisição que, de outro modo, não tomaria.
PRÉMIO	Valor total, incluindo taxas e impostos, que o tomador do seguro deve pagar ao segurador pelo seguro.
PRÉMIO VARIÁVEL	Valor a pagar pelo seguro, que varia automaticamente em função de certos aspetos concretos previstos no contrato.
PRÉMIO BRUTO	Valor do prémio comercial acrescido dos custos de emissão do contrato. Estes podem incluir o custo da apólice, de atas adicionais, de certificados de seguro e de fracionamento do prémio.
PRÉMIO COMERCIAL	Custo das coberturas do contrato, acrescido de outros custos, nomeadamente de aquisição e de administração do contrato, bem como de gestão e de cobrança.
PRÉMIO INDEXADO	Valor a pagar pelo seguro que varia automaticamente em função de um preço base ou de um índice representativo da evolução do valor de certos bens ou serviços (por exemplo, o Índice de Preços no Consumidor).
PROPOSTA DE SEGURO	Documento através do qual o tomador do seguro expressa a vontade de celebrar o contrato de seguro e dá a conhecer ao segurador o risco que pretende segurar.

PROPOSTA RAZOÁVEL	Conceito utilizado na regularização de sinistros no âmbito do seguro de responsabilidade civil automóvel, nos termos do qual o segurador que assumiu a responsabilidade pela reparação do dano deve apresentar ao terceiro lesado uma proposta de indemnização que seja equilibrada face aos danos sofridos, sob pena de pagamento de juros no dobro da taxa legal prevista na lei e ainda de se sujeitar a uma sanção pecuniária.
PRORROGAÇÃO	Prolongamento de um contrato de seguro para além do seu prazo inicial de duração e por igual período, desde que nenhuma das partes se oponha.
PROVISÕES TÉCNICAS	Montante que a empresa de seguros deve contabilizar e financiar adequadamente e ser suficiente para fazer face às responsabilidades resultantes dos contratos de seguro.
QUESTIONÁRIO DE SEGURO	Documento frequentemente anexo pelo segurador à proposta de seguro, destinado a recolher informações do tomador do seguro e/ou do segurado necessárias para o segurador avaliar o risco que se quer segurar.
RAMO DE SEGURO	Classificação legal dos seguros, de acordo com a sua natureza. Por exemplo, ramo Vida e ramos não Vida (ramo doença, ramo incêndio e elementos da natureza, ramo responsabilidade civil geral, etc.).
REDUÇÃO	Possibilidade prevista em algumas das modalidades de seguro de vida de transformação do contrato de seguro acompanhada da redução da prestação do segurador, designadamente no caso de falta de pagamento de parte do prémio do seguro convencionado.

REGRA PROPORCIONAL	<p>Regra do contrato de seguro que se aplica em caso de subseguro, ou seja, quando um bem é segurado por um valor inferior ao seu valor real.</p> <p>Segundo a regra proporcional, o segurador só paga uma parte dos prejuízos proporcional à relação entre o valor segurado e o valor comercial do bem à data do sinistro.</p> <p>Por exemplo, se um bem valer 200 € mas estiver segurado por 100 €, o segurador só paga 50% do valor dos danos.</p>
REGULARIZAÇÃO DE SINISTRO	<p>Conjunto de ações realizadas pelo segurador com o objetivo de:</p> <ul style="list-style-type: none">• confirmar que ocorreu um sinistro;• analisar as suas causas, circunstâncias e consequências;• decidir se vai reparar os danos ou compensar os prejuízos resultantes do sinistro;• decidir qual o valor da indemnização ou prestação. <p>Para iniciar este processo é necessária uma participação de sinistro por parte do lesado (tomador do seguro, segurado ou terceiro) ou do beneficiário.</p>
REGULAÇÃO E SUPERVISÃO COMPORTAMENTAL	<p>Tem por objetivo garantir elevados padrões de conduta por parte das entidades supervisionadas na sua relação com os consumidores.</p>
REGULAÇÃO E SUPERVISÃO PRUDENCIAL	<p>Tem por objetivo garantir que as entidades supervisionadas possuem os recursos financeiros adequados às responsabilidades que assumem e que gerem de forma prudente os riscos a que se encontrem expostos.</p>
RENDA	<p>Pagamento de um valor em prestações, feito pelo segurador ao segurado, ao beneficiário ou ao terceiro lesado.</p>
RENDIMENTO MÍNIMO GARANTIDO	<p>Quando o segurador ou entidade gestora garante uma rentabilidade mínima no âmbito do contrato.</p>

RENOVAÇÃO AUTOMÁTICA	Prolongamento automático de um contrato de seguro no final de um período fixado, na ausência de uma manifestação contrária de uma das partes contratantes.
REPRESENTANTE PARA SINISTROS	<p>Pessoa ou entidade que representa em Portugal as empresas de seguros da União Europeia (UE) para efeitos de tratamento e regularização de sinistros automóvel ocorridos na UE, contribuindo para uma mais fácil resolução dos mesmos.</p> <p>A informação sobre o representante para sinistros da seguradora do responsável pelo acidente pode ser obtida no sítio na Internet da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões, em www.asf.com.pt</p>
RESGATE	Possibilidade prevista em algumas das modalidades de seguros de vida de o tomador do seguro resolver o contrato e receber o valor da provisão matemática, deduzido de despesas de aquisição e de outras que estejam contratualmente previstas.
RESOLUÇÃO	Cessação antecipada de um contrato de seguro por iniciativa de uma das partes, havendo justa causa.
RESSEGURO	Mecanismo de transferência de riscos de um segurador para outro segurador ou ressegurador.
REVISOR OFICIAL DE CONTAS	Técnico especializado, inscrito na Ordem dos Revisores Oficiais de Contas, a quem compete proceder aos exames e verificações necessários para a revisão e certificação das demonstrações financeiras das empresas, designadamente das empresas de seguros, sociedades gestoras de fundos de pensões ou dos fundos de pensões.
RISCO	Incerteza associada a um acontecimento futuro, seja quanto à sua realização, ao momento em que ocorre e aos danos dele decorrentes.

RISCO FINANCEIRO OU DE INVESTIMENTO	Incerteza associada à evolução futura do valor de um conjunto de ativos.
--	--

SALVADO	O bem salvo do sinistro, nas situações de perda total.
---------	--

SALVAMENTO	Ação do tomador do seguro ou do segurado, que deve empregar os meios ao seu alcance para prevenir ou limitar os danos, em caso de sinistro.
------------	---

SEGURADO	Pessoa ou entidade no interesse da qual é feito o contrato de seguro ou pessoa cuja vida, saúde ou integridade física se segura (pessoa segura).
----------	--

SEGURADOR / SEGURADORA	Entidade legalmente autorizada a exercer a atividade seguradora e que é parte no contrato de seguro.
------------------------	--

SEGURO AÉREO	Contrato através do qual o segurador cobre os riscos a que estão expostas as aeronaves (aviões e outros meios de transporte aéreos) e as pessoas e mercadorias nelas transportadas. Cobre também a responsabilidade civil (obrigação de indemnizar terceiros lesados) do transportador e do proprietário das aeronaves.
--------------	---

SEGURO AUTOMÓVEL	Contrato através do qual o segurador cobre os riscos a que estão expostos os veículos terrestres a motor (automóveis, motocicletas, etc.), incluindo a responsabilidade civil decorrente da respetiva circulação, bem como coberturas facultativas, tais como danos próprios, assistência em viagem e proteção jurídica.
------------------	--

SEGURO COMPLEMENTAR	Contrato através do qual o segurador cobre riscos acessórios ao risco principal.
---------------------	--

SEGURO DE ACIDENTES DE TRABALHO

Contrato através do qual o empregador transfere para o segurador a reparação de danos ao trabalhador ou seus familiares (em caso de morte) que resultem de um acidente de trabalho. Abrange prestações em espécie (por exemplo, de natureza médica, farmacêutica e hospitalar) e prestações em dinheiro (por exemplo, indenizações, pensões e subsídios) pagos ao acidentado ou seus familiares. Este seguro é obrigatório.

SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS

Contrato através do qual o segurador garante a reparação dos danos corporais que resultem de um acidente que não seja qualificado como acidente de trabalho.

SEGURO DE ASSISTÊNCIA

Contrato através do qual o segurador se compromete a prestar auxílio ao segurado no caso de este se encontrar em dificuldades devido a uma situação prevista no contrato.

SEGURO DE AVARIA DE MÁQUINAS

Contrato através do qual o segurador garante o pagamento de despesas de reparação ou substituição de uma máquina que se avaria, quando esta não seja provocada por elementos externos à máquina.

SEGURO DE CAUÇÃO

Contrato através do qual o segurador se compromete a pagar um valor ao credor segurado no caso de o tomador do seguro não cumprir uma obrigação ou atrasar-se no respetivo cumprimento.

SEGURO DE CRÉDITO

Contrato através do qual o segurador cobre o risco de não pagamento do crédito ao qual está exposto o credor segurado.

SEGURO DE DANOS

Contrato através do qual o segurador cobre riscos respeitantes a coisas, bens imateriais, créditos e outros direitos patrimoniais.

SEGURO DE DANOS PRÓPRIOS (AUTOMÓVEL)	Coberturas facultativas que podem acrescer ao seguro obrigatório de responsabilidade civil automóvel, nomeadamente no que diz respeito a danos sofridos pelos veículos seguros. As coberturas mais comuns são as relativas a choque, colisão e capotamento, a incêndio, raio ou explosão e a furto ou roubo.
SEGURO DE FROTA	Contrato através do qual o segurador cobre um conjunto de veículos terrestres a motor.
SEGURO DE GRANDES RISCOS	Contrato através do qual o segurador cobre os riscos que são considerados, por lei, como “grandes riscos”. Os grandes riscos abrangem determinados ramos e atividades (ex: navegação e transporte marítimo e aéreo) e empresas acima de certa dimensão.
SEGURO DE GRUPO	Contrato através do qual o segurador cobre riscos de um conjunto de pessoas ligadas ao tomador do seguro por um vínculo que não seja o de segurar.
SEGURO DE GRUPO CONTRIBUTIVO	Seguro de grupo em que os segurados suportam, no todo ou em parte, o pagamento do prémio.
SEGURO DE GRUPO NÃO CONTRIBUTIVO	Seguro de grupo em que o tomador do seguro suporta integralmente o pagamento do prémio.
SEGURO DE INCÊNDIO E ELEMENTOS DA NATUREZA	Contrato através do qual o segurador garante a reparação dos danos materiais causados no bem indicado no contrato devido a incêndio ou outros acontecimentos, tais como explosão, raio, fenómenos sísmicos, inundações, tempestades, etc.
SEGURO DE MULTIRRISCOS HABITAÇÃO	Contrato através do qual o segurador cobre os principais riscos relativos a um imóvel (habitação) e normalmente aos bens móveis existentes no seu interior (recheio).

SEGURO DE NATALIDADE	Contrato através do qual o segurador garante o pagamento de um capital em caso de nascimento de filhos do segurado.
SEGURO DE NUPCIALIDADE	Contrato através do qual o segurador garante o pagamento de um capital em caso de casamento do segurado.
SEGURO DE PERDAS DE EXPLORAÇÃO	Contrato através do qual o segurador garante uma indemnização de modo a que, apesar dos danos materiais sofridos e das responsabilidades decorrentes, os resultados financeiros da exploração da empresa segura não sejam afetados por um incêndio, uma quebra de máquinas ou outros acontecimentos.
SEGURO DE PESSOAS	Contrato através do qual o segurador se compromete a cobrir riscos relativos à vida, à saúde e à integridade física de uma pessoa ou de um grupo de pessoas nele identificadas.
SEGURO DE PROTEÇÃO JURÍDICA	Contrato através do qual o segurador cobre os custos de serviços jurídicos, nomeadamente de defesa e representação do segurado, assim como as despesas ligadas a processo judicial ou administrativo.
SEGURO DE RENDA	Contrato através do qual o segurador se compromete a pagar prestações temporárias, ou para toda a vida, ao beneficiário do contrato. A renda pode ser paga: <ul style="list-style-type: none">• após a morte da pessoa segura, se o beneficiário lhe sobreviver (seguro de renda de sobrevivência);• a partir de uma data futura (seguro de renda diferida).
SEGURO DE RESPONSABILIDADE CIVIL	Contrato através do qual o segurador cobre o risco de o segurado ter que vir a indemnizar terceiros por danos que resultem de lesões corporais ou materiais pelos quais seja responsável.

SEGURO DE RESPONSABILIDADE CIVIL AUTOMÓVEL	Contrato de seguro de responsabilidade civil através do qual o segurador cobre os danos corporais ou materiais causados a terceiros por veículos terrestres a motor e seus reboques. Este seguro é obrigatório.
SEGURO DE RISCOS DE MASSA	Contrato através do qual o segurador cobre os riscos que, por lei, não são considerados grandes riscos. Estes contratos cobrem riscos comuns para a maioria das pessoas ou entidades. Por exemplo, o seguro obrigatório de responsabilidade civil automóvel.
SEGURO DE ROUBO	Contrato através do qual o segurador garante a indemnização de prejuízos que resultem de um roubo ou de uma tentativa de roubo.
SEGURO DE VIDA	Contrato através do qual o segurador se compromete a pagar o capital seguro em caso de morte da pessoa segura (seguro em caso de morte) ou sobrevivência da pessoa segura (seguro em caso de vida).
SEGURO DE VIDA MISTO	Contrato através do qual o segurador se compromete a pagar o capital seguro ao beneficiário: <ul style="list-style-type: none">• no momento da morte do segurado, se ocorrer antes do final do contrato;• no final do contrato, se o segurado se encontrar vivo nessa data.
SEGURO DE VIDA TEMPORÁRIO	Contrato através do qual o segurador se compromete a pagar o capital seguro ao beneficiário no momento da morte do segurado, se esta ocorrer durante o período indicado no contrato.
SEGURO INDIVIDUAL	Seguro que pode cobrir uma única pessoa, um agregado familiar ou um conjunto de pessoas que vivam em economia comum. Pode também cobrir conjuntamente duas ou mais pessoas (por exemplo, seguros de vida dos sócios de uma empresa).

SEGURO LIGADO A FUNDO DE INVESTIMENTO (*UNIT LINKED*)

Contrato de seguro de vida em que o capital seguro varia de acordo com o valor das unidades de participação de um ou vários fundos de investimento. Neste seguro o risco de investimento é assumido pelo tomador do seguro, exceto no que diz respeito à parte de “capital garantido” ou “rendimento mínimo garantido”, quando existam.

SEGURO MARÍTIMO

Contrato através do qual o segurador cobre os riscos inerentes aos transportes marítimos.

SEGURO PECUÁRIO

Contrato através do qual o segurador garante a indemnização do prejuízo que resulta da morte ou doença de certos animais.

SINISTRO

Evento ou série de eventos que resultam de uma mesma causa e que acionam a cobertura do risco prevista no contrato.

SOBREPRÉMIO

Acréscimo ao valor do prémio do seguro devido à cobertura de um risco agravado ou a uma cobertura adicional.

SOBRESSEGURO

Situação em que o bem é segurado por um valor superior ao seu valor real.

SUB-ROGAÇÃO

Ação exercida por um segurador com o fim de obter do responsável pelo dano o reembolso de uma indemnização paga ao beneficiário do contrato.

SUBSCRITOR

Pessoa que contrata uma operação de capitalização com uma empresa de seguros, sendo responsável pelo pagamento da respetiva prestação.

SUBSEGURO

Situação em que o bem é segurado por um valor inferior ao seu valor real.

SUPORTE DURADOURO

Qualquer meio que permita armazenar informações que lhe sejam dirigidas, de tal forma que possam ser consultadas posteriormente durante um período adequado aos fins dessas informações e que permita a sua reprodução exata.

SUSPENSÃO DE GARANTIA	Interrupção por um período de tempo das obrigações de um segurador quanto a uma ou mais coberturas do contrato de seguro.
SUSPENSÃO DE UM CONTRATO	Interrupção por um período de tempo dos direitos e deveres que constam do contrato de seguro.
TABELA DE DESVALORIZAÇÃO (AUTOMÓVEL)	Tabela utilizada nos contratos de seguro automóvel que incluem cobertura de danos próprios, que serve para atualizar o valor seguro para efeitos do montante das indemnizações em caso de perda total, sendo o prémio do seguro ajustado à desvalorização do veículo.
TARIFA	Conjunto de critérios e de condições de subscrição que permitem o cálculo do prémio do seguro.
TAXA DE JURO GARANTIDA	Cláusula contratual nos termos da qual o segurador garante que a rentabilidade do investimento no prazo acordado não será inferior a uma determinada taxa de juro.
TERCEIRO LESADO	Vítima de um sinistro, que não é parte no contrato de seguro e que tem o direito a ser indemnizada nos termos do mesmo.
TOMADOR DO SEGURO	Pessoa que celebra o contrato de seguro com a empresa de seguros, sendo responsável pelo pagamento do prémio.
UNIDADE DE CONTA	Unidade que é utilizada para determinar o capital seguro num contrato de seguro ligado a fundos de investimento, identificando o número de unidades de participação de cada fundo de investimento que integram o valor de referência.

UNIDADES DE PARTICIPAÇÃO	Parcela em que se divide o património do fundo de investimento ou do fundo de pensões aberto. O seu valor é determinado através da divisão do montante total dos ativos do fundo pelo número de unidades de participação em circulação. O valor da unidade de participação varia em função da evolução do valor dos ativos em que o fundo investe, podendo aumentar ou diminuir.
VALOR DE REEMBOLSO	Valor que o beneficiário tem direito a receber no final do contrato.
VALOR DE REFERÊNCIA	A unidade de participação ou unidade de conta utilizada para cálculo do capital seguro no âmbito de um contrato de seguro ligado a fundos de investimento.
VALOR DE RESGATE	Montante máximo que pode ser atribuído em caso de resgate de um contrato de seguro de vida.
VALOR DO SALVADO	Valor do bem seguro, após um sinistro com perda total.
VALOR VENAL	Valor de substituição do bem seguro, imediatamente antes da ocorrência do sinistro.
VENCIMENTO DE UM CONTRATO	Termo ou fim do contrato de seguro. Em certas modalidades de seguros de vida é o momento em que é pago o capital seguro.
VENCIMENTO DO PRÉMIO	Data até à qual o prémio de seguro deve ser pago ao segurador.
VIGÊNCIA	Período durante o qual o contrato de seguro produz os seus efeitos.

GUIA

DE SEGUROS
E FUNDOS DE PENSÕES



ASF

Autoridade de Supervisão
de Seguros e Fundos de Pensões

Av. da República, n.º 76, 1600-205 Lisboa

Tel.: (+351) 21 790 31 00

asf@asf.com.pt

www.asf.com.pt