

Entre a Seguradoras Unidas, S.A. e o Tomador do Seguro mencionado nas Condições Particulares, estabelece-se o presente Contrato de seguro de vida individual, na modalidade temporária anual renovável, que se regula pelas Condições Gerais, Especiais e Particulares da Apólice, de harmonia com as declarações constantes da Proposta que lhe serviu de base e da qual faz parte integrante.

1. DEFINIÇÕES

1.1. Para os efeitos do presente Contrato, considera-se:

- a) **Segurador:** Seguradoras Unidas, S.A.;
- b) **Tomador do Seguro:** a entidade que celebra o Contrato com o Segurador, sendo responsável pelo pagamento dos prémios;
- c) **Pessoa(s) Segura(s)/Segurado(s):** a(s) pessoa(s) sujeita(s) aos riscos que, nos termos acordados, são objeto deste Contrato;
- d) **Beneficiário:** a entidade a favor da qual é celebrado o presente Contrato;
- e) **Apólice:** documento que titula o Contrato celebrado entre o Tomador do Seguro e o Segurador, de onde constam as respetivas Condições Gerais, Especiais e Particulares acordadas e atas adicionais se as houver;
- f) **Condições Gerais:** conjunto de cláusulas que definem e regulamentam obrigações genéricas e comuns ao contrato de seguro;
- g) **Condições Especiais:** conjunto de cláusulas que visam esclarecer, completar ou especificar disposições das Condições Gerais;
- h) **Condições Particulares:** documento onde se encontram os elementos específicos e individuais do Contrato, que o distinguem de todos os outros;
- i) **Ata Adicional:** documento que titula uma alteração do Contrato;
- j) **Prémio:** é a importância paga pelo Tomador do Seguro ao Segurador como contrapartida das garantias estabelecidas;
- k) **Idade Atuarial:** idade do Segurado/Pessoa Segura à data de início da adesão ao Contrato ou da renovação do mesmo, acrescida de um (1) ano se tiver decorrido mais de seis (6) meses sobre a data do último aniversário.

1.2. Sempre que a interpretação do texto o permita, o masculino englobará o feminino e o singular o plural e vice-versa.

2. GARANTIAS DO CONTRATO

2.1. Ao abrigo do presente Contrato, o Segurador garante ao abrigo da **Cobertura Principal de Morte**, o pagamento do capital seguro indicado nas Condições Particulares da Apólice aos Beneficiários aí designados, em caso de morte do Segurado/Pessoa Segura (ou de um (1) dos Segurados/Pessoas Seguras, no caso do seguro ser sobre duas (2) vidas) ocorrida durante a vigência da Apólice.

2.2. Para além da Cobertura Principal de Morte, ao abrigo do presente Contrato poderão igualmente ficar garantidas, nas condições e termos definidos nas Condições Especiais anexas às presentes Condições Gerais, quando subscritas pelo Segurado/Pessoa Segura e expressamente previstas nas Condições Particulares da Apólice, as **Coberturas Complementares** de:

- a) **Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível (IDPAC 65%)** por doença ou acidente;
- b) **Doenças Graves 27 (DG 27);**
- c) **Segunda Opinião Médica;**
- d) **Assistência à Família;**
- e) **Rede Bem-Estar.**

2.3. Mediante prévia comunicação ao Segurador e desde que por este expressamente aceite, a cobertura de Morte e as Coberturas Complementares que eventualmente tenham sido contratadas poderão igualmente ficar garantidas em consequência de doença ou acidente motivado por riscos políticos e riscos de guerra.

2.4. Quando o Segurado/Pessoa Segura se deslocar para zonas geográficas consideradas de alto risco político ou de guerra e pretenda garantir estes riscos, a comunicação referida no ponto 2.3. dirigida ao Segurador, deverá ser feita previamente ao início da viagem, sob pena do pedido não ser objeto de análise por parte deste e de suspensão da cobertura relativamente a essa deslocação.

2.5. Quando, no início ou no decurso da anuidade, for solicitada a inclusão dos riscos referidos no ponto 2.3., e os mesmos sejam aceites pelo Segurador, haverá lugar ao pagamento de um prémio adicional por parte do Tomador do Seguro.

2.6. Os riscos políticos ou de guerra não serão em caso algum obrigatoriamente, parte das forças armadas ou assimiladas - formações paramilitares - e participar em missões de paz no estrangeiro, em operações de guerra ou hostilidade de qualquer natureza.

2.7. São consideradas zonas geográficas de risco qualquer país que se encontre em situação de conflito político e social.

2.8. Sem prejuízo do disposto nos pontos anteriores, o Segurado/Pessoa Segura deverá, previamente ao início de qualquer deslocação ao estrangeiro comunicar tal facto ao Segurador se a mesma tiver duração igual ou superior a trinta (30) dias, quando o local de destino não se enquadrar numa das seguintes áreas geográficas: Europa, Canadá, Estados Unidos da América, Japão e Oceânia, sob pena da mesma não ficar coberta.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. A cobertura de Morte prevista ao abrigo deste contrato terá efeito seja qual for a causa da mesma, exceto nos casos em que o falecimento seja provocado por:

- a) **Ato doloso** de que o Tomador do Seguro, Segurado/Pessoa Segura ou Beneficiário sejam autores materiais ou morais ou de que tenham sido cúmplices e que se traduzam na ativação das coberturas contratadas;
- b) **Suicídio do Segurado/Pessoa Segura** sempre que este se verifique no decorrer do primeiro (1.º) ano de adesão à Apólice ou no primeiro (1.º) ano imediatamente a seguir à data de qualquer aumento do capital seguro ou subscrição de novas garantias;
- c) **Participação, como passageiro ou condutor, em corridas de velocidade, para veículos de qualquer natureza, providos ou não de motor e respetivos treinos;**
- d) **Riscos de aviação** ou de aviação, salvo quando o Segurado/Pessoa Segura for passageiro de avião de carreira comercial de transporte de passageiros, devidamente autorizada pela Comissão Europeia;
- e) **Consequências diretas ou indiretas de riscos políticos e riscos de guerra, nomeadamente tumultos, revoluções, sequestro, guerra civil ou guerra com país estrangeiro, declarada ou não, insurreição, motins, rixas, terrorismo ou sabotagem conforme definido na Legislação penal portuguesa em vigor, qualquer que seja o lugar em que se desenrolem os acontecimentos e quaisquer que sejam os protagonistas, salvo quando os referidos riscos se encontrem garantidos nos termos previstos no ponto 2.3.;**
- f) **Prática de desportos a nível profissional ou integrado em campeonatos oficiais e respetivos treinos;**
- g) **Prática dos seguintes desportos:**
 - **Alpinismo, escalada e espeleologia;**
 - **Desportos aéreos, incluindo paraquedismo, voo livre, voo sem motor, parapente, asa-delta, ultra ligeiro, sky diving, sky surfing, base jumping e saltos ou saltos invertidos com mecanismo de suspensão corporal (bungee jumping);**
 - **Descida em rappel ou slide, descida de correntes originadas por desníveis nos cursos de água;**
 - **Prática de caça de animais ferozes, tauromaquia, caça submarina e mergulho;**
 - **Prática de boxe, artes marciais ou qualquer modalidade de luta livre.**
- h) **Ocorrência de riscos nucleares;**
- i) **Quadro clínico resultante, direta ou indiretamente, do consumo reiterado, de álcool, drogas tóxicas, estupefacientes ou substâncias psicotrópicas não prescritas clinicamente;**
- j) **Uso de drogas tóxicas, estupefacientes ou substâncias psicotrópicas não prescritas clinicamente. Considera-se que o Segurado/Pessoa Segura estava sob o efeito de drogas tóxicas, estupefacientes ou substâncias psicotrópicas sempre que seja identificada a presença de qualquer daquelas em circulação no seu organismo ou em qualquer líquido orgânico para os testes de deteção;**
- k) **Em caso de acidente, o Segurado/Pessoa Segura seja responsável pelo mesmo e tenha acusado uma taxa de alcoolemia superior a 0,50 g/l;**
- l) **Não se encontram cobertos os riscos devidos a situações pré-existentes à celebração do presente Contrato de seguro – incluindo doença ou sequela de acidente, que tenham sido alvo de investigação clínica e/ou tratamento e que sejam ou que devam ser do conhecimento do Segurado/Pessoa Segura à data do preenchimento da proposta, bem como as consequências de qualquer lesão provocada por tratamento não relacionado com doença ou acidente coberto por este Contrato, salvo o caso em que tenha havido comunicação formal ao Segurador e aceitação deste, mediante as condições que, para o efeito tenham sido estabelecidas.**

3.2. O risco de morte poderá ser extensivo aos casos previstos nas alíneas c) e g) do ponto 3.1. bem como para os riscos de aviação e aviação quando o Segurado/Pessoa Segura se encontrar na qualidade de piloto, mediante convenção especial estabelecida com o Segurador para esse efeito e o pagamento do respetivo sobrepémio.

3.3. Sempre que a cobertura fornecida por esta apólice implique a violação de quaisquer embargos ou sanções financeiras ou económicas emitidas pela União Europeia, pelo Conselho de Segurança das Nações Unidas, pelo OFAC (Office of Foreign Assets Control) ou pelo HM Treasury, quando aplicável na ordem jurídica portuguesa, a cobertura será considerada nula, não produzindo quaisquer efeitos.

3.4. Em complemento do disposto no ponto anterior, de acordo com as normas nacionais e internacionais e com as boas práticas de negócio, o Segurador reserva-se o direito de se abster de executar qualquer operação sobre a apólice, que esteja ou que se suspeite estar relacionada com a prática dos crimes de branqueamento de capitais e/ou financiamento ao terrorismo.

4. INCONTESTABILIDADE

4.1. O Tomador do Seguro e o Segurado/Pessoa Segura devem declarar, com inteira veracidade, todos os factos ou circunstâncias que permitam a exata apreciação do risco ou possam influir na aceitação do referido Contrato ou na correta determinação do prémio aplicável, mesmo as circunstâncias cuja declaração não seja expressamente solicitada em questionário eventualmente fornecido para o efeito pelo Segurador, fazendo parte da declaração inicial de risco todos os documentos necessários à subscrição do seguro.

4.2. Perante a análise dos elementos disponíveis, o Segurador poderá tomar uma das seguintes decisões:

a) Comunicar a aceitação do Contrato sem reservas;

b) Propor a aceitação condicional ou com agravamento do prémio;

c) Comunicar a recusa total da Proposta de Seguro. Sempre que o Segurador, no uso do direito que lhe assiste, contrapropuser a aceitação com a condição prevista na alínea b), o seguro só se considera em vigor depois do Tomador do Seguro expressar por escrito, a aceitação da contraproposta.

4.3. Sem prejuízo do disposto nos artigos 5 e 6, decorridos dois (2) anos sobre a celebração do Contrato, o Segurador, salvo nos casos previstos no ponto seguinte, não se pode prevalecer de eventuais omissões ou inexactidões negligentes prestadas pelo Tomador do Seguro ou Segurado/Pessoa Segura na declaração inicial de risco.

4.4. O disposto no ponto anterior não é aplicável às Coberturas Complementares de Invalidez ou Doenças Graves quando tenham sido subscritas.

5. OMISSÕES OU INEXATIDÕES DOLOSAS DO TOMADOR DO SEGURO E/OU DO SEGURADO/PESSOA SEGURA

5.1. Caso se verifiquem omissões ou inexactidões dolosas na declaração inicial de risco efetuada pelo Tomador do Seguro e/ou Segurado/Pessoa Segura nos termos previstos no ponto 4.1., o Contrato é anulado pelo Segurador mediante o envio de declaração nesse sentido ao Tomador do Seguro, no prazo de três (3) meses a contar do conhecimento do incumprimento.

5.2. Caso ocorram sinistros, quer antes de o Segurador ter tido conhecimento do incumprimento doloso, quer ainda no prazo referido no ponto anterior, os mesmos não ficam cobertos pelo Contrato.

5.3. Sem prejuízo do disposto nos pontos anteriores, o Segurador tem direito ao prémio devido até ao final do prazo referido no ponto 5.1. ou, nos casos em que o dolo do Tomador do Seguro e/ou do Segurado/Pessoa Segura tenha o propósito de obter uma vantagem, até ao termo do Contrato.

6. OMISSÕES OU INEXATIDÕES NEGLIGENTES DO TOMADOR DO SEGURO E/OU SEGURADO/PESSOA SEGURA

6.1. Caso se verifiquem omissões ou inexactidões negligentes na declaração inicial de risco efetuada pelo Tomador do Seguro e pelos Segurados/Pessoas Seguras nos termos previstos no ponto 5.1., o Segurador pode:

a) Propor uma alteração ao Contrato, fixando um prazo, não inferior a catorze (14) dias para o Tomador do Seguro e/ou o Segurado/Pessoa Segura se pronunciar;

b) Anular o Contrato, caso se comprove que o Segurador em caso algum teria celebrado o Contrato se tivesse conhecido o facto omitido ou declarado inexatamente.

6.2. De acordo com o definido no ponto anterior, o Contrato cessa os seus efeitos vinte (20) dias após o envio da proposta de alteração por parte do Segurador, se o Tomador do Seguro e/ou Segurado/Pessoa Segura não concordar com a mesma, ou trinta (30) dias após o envio da declaração de cessação prevista na alínea b) do ponto anterior.

6.3. Ocorrendo a cessação do Contrato, o prémio é devolvido tendo em conta o período de tempo ainda não decorrido até à data de renovação.

6.4. Em caso de sinistro ocorrido antes da cessação ou da alteração do Contrato, cuja verificação ou consequências tenham sido influenciadas por facto relativamente ao qual tenha havido omissão ou inexactidão negligente, o Segurador:

a) Garante o sinistro na proporção da diferença entre o prémio pago e o prémio que seria devido, caso, aquando da celebração do Contrato, tivesse conhecimento do facto omitido ou declarado inexatamente;

b) Não garante o sinistro, demonstrando que em caso algum teria celebrado o Contrato se tivesse conhecido o facto omitido ou declarado inexatamente.

6.5. O disposto nos pontos anteriores não se aplica em relação à cobertura de morte, quando após a celebração do Contrato tenham decorrido mais de dois (2) anos.

7. INÍCIO, EFEITOS E DURAÇÃO DO CONTRATO

7.1. O presente Contrato tem o seu início às zero (0) horas da data estipulada nas Condições Particulares, com expressa reserva que, em qualquer hipótese, a cobertura do risco não pode ser outorgada antes das zero (0) horas do dia imediato ao da sua aceitação pelo Segurador.

7.2. Sem prejuízo do acima disposto, a cobertura dos riscos garantidos através do presente Contrato apenas se verificará a partir do momento em que o respetivo prémio ou fração inicial do Contrato é pago.

7.3. O Contrato é celebrado pelo período de um (1) ano, sendo tacitamente renovado por idênticos períodos, até final do prazo indicado nas Condições Particulares da Apólice, no máximo até à idade prevista na alínea c) do ponto 11.1 ou qualquer outra idade diferente desta, desde que indicada nas Condições Particulares e sempre sem prejuízo dos direitos de denúncia ou resolução que assistem às Partes, nos termos previstos no ponto 10.

8. LIVRE RESOLUÇÃO

8.1. Quando o Contrato for celebrado por uma duração igual ou superior a seis (6) meses, o Tomador do Seguro dispõe de um prazo de trinta (30) dias a contar da receção da Apólice para poder resolver o Contrato sem invocar justa causa, sem prejuízo do disposto no ponto seguinte.

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

8.3. A resolução do Contrato, nos termos acima definidos, deve ser comunicada ao Segurador por escrito, em suporte de papel ou outro meio duradouro disponível e acessível ao Segurador.

8.4. A resolução do Contrato, nos termos acima definidos, tem efeito retroativo, tendo porém o Segurador direito ao:

a) Valor do prémio relativo ao período de tempo já decorrido, na medida em que tenha suportado o risco;

b) Montante das despesas razoáveis que o Segurador tenha efetuado com exames médicos sempre que esses valores sejam imputados contratualmente ao Tomador do Seguro.

9. ALTERAÇÃO AO CONTRATO

9.1. O Tomador do Seguro pode, se assim o entender, com efeitos a contar da data de renovação do Contrato e desde que comunicado ao Segurador por escrito e com uma antecedência mínima de trinta (30) dias, solicitar alterações ao Contrato.

9.2. As alterações às condições do Contrato dependerão sempre da sua aceitação por parte do Segurador, ficando desde já reservado o direito de, no caso das alterações consistirem no aumento do valor das garantias ou de inclusão de novas garantias, subordinar a aceitação das mesmas ao resultado favorável da análise clínica/exames médicos a realizar pelo Segurado/Pessoa Segura (ou pelos Segurados/Pessoas Seguras, no caso do seguro ser sobre duas (2) vidas) que entenda necessários para o efeito.

As despesas inerentes à realização da análise clínica/exames médicos serão suportadas pelo Segurador.

10. DENÚNCIA OU RESOLUÇÃO DO CONTRATO

10.1. Com a ressalva do estabelecido no ponto 17.6., o presente Contrato poderá ser denunciado pelo Tomador do Seguro, na respetiva data de renovação, mediante prévia comunicação dirigida ao Segurador com uma antecedência mínima de trinta (30) dias.

10.2. O Segurador renuncia expressamente ao direito de denúncia do Contrato durante um período de cinco (5) anuidades, período este que é automática e sucessivamente prorrogado na data de renovação anual. O Segurador apenas poderá denunciar o Contrato mediante comunicação formal ao Tomador com uma antecedência nunca inferior a cinco (5) anos sobre a data de produção dos respetivos efeitos.

10.3. O Segurador poderá igualmente resolver o Contrato nos casos previstos na Lei, nomeadamente, em consequência de:

- a) Falta de pagamento do prémio, conforme previsto no artigo 15;
- b) Burla ou tentativa de burla do Tomador do Seguro e/ou do Segurado/Pessoa Segura, ou ainda do Beneficiário com cumplicidade destes;
- c) Incumprimento das obrigações contratuais a cargo do Tomador do Seguro e/ou do Segurado/Pessoa Segura essenciais à manutenção do Contrato nos termos em que ele foi aceite.

10.4. Ocorrendo a denúncia ou resolução do Contrato nos termos acima referidos, o Segurador dará conhecimento da mesma ao Beneficiário, quando o benefício seja considerado irrevogável nos termos previstos no artigo 17.

10.5. As limitações ao direito de denúncia, previstas nos pontos anteriores, não prejudicam a aplicação das condições de cessação das coberturas complementares contratadas nos termos previstos nas respetivas Condições Especiais.

11. CESSAÇÃO DAS COBERTURAS

11.1 As Coberturas garantidas ao abrigo do presente Contrato cessarão os seus efeitos:

- a) Na data em que se verificar a denúncia ou resolução do Contrato nos termos previstos no artigo 10;
- b) Na data em que for pago o capital seguro em caso de Morte ou ao abrigo das seguintes Coberturas Complementares:
 - Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível (IDPAC 65%) por doença ou acidente;
 - Doenças Graves 27 (DG 27);
- c) No final da anuidade em que o Segurado/Pessoa Segura completar a idade limite da cobertura, ou qualquer outra idade diferente desta, desde que indicada nas Condições Particulares da Apólice.

11.2. No caso de duas (2) vidas seguras, estas coberturas cessam para o primeiro Segurado/Pessoa Segura que atingir a idade termo, mantendo-se em vigor para o outro Segurado/Pessoa Segura enquanto este não atingir a idade termo.

12. CAPITAL SEGURO

12.1. O capital seguro garantido ao abrigo do presente Contrato é indicado pelo Tomador do Seguro, correspondendo a uma quantia fixa.
12.2. A indicação do capital seguro, bem como a sua atualização ou alteração, nos termos previstos no artigo 9, ficará sempre a cargo do Tomador do Seguro.

13. PRÉMIO DO CONTRATO

13.1. Os prémios devidos serão calculados de acordo com as tarifas em vigor no Segurador à data da subscrição, o capital seguro, a idade atuarial, do(s) Segurado(s)/Pessoa(s) Segura(s), bem como das garantias subscritas.

13.2. O valor do prémio será ajustado anualmente, na data de vencimento, em função dos fatores referidos no ponto anterior.

13.3. Ao prémio acrescem os encargos legais.

13.4. Durante o período constante no ponto 10.2. o Segurador renuncia expressamente a exercer os direitos de unilateralmente:

- a) Alterar o valor dos prémios de seguro pré-determinados assim como o âmbito das garantias contratualmente estabelecidas, com a exceção dos casos em que ambas as partes acordem em alterar os capitais ou garantias;
- b) Rejeitar ou recusar receber o pagamento dos prémios de seguro devidos no âmbito do contrato, quando aquele pagamento tenha sido validamente efetuado.

14. PAGAMENTO DO PRÉMIO

14.1. O prémio, acrescido dos encargos legal ou contratualmente estabelecidos, é devido pelo Tomador do Seguro antecipada e anualmente, de acordo com o definido nas Condições Particulares.

14.2. Quando expressamente acordado nas Condições Particulares, o Segurador pode facultar ao Tomador do Seguro o pagamento do prémio anual em diversas frações, crescendo, neste caso, ao valor anual os respetivos encargos de fracionamento.

14.3. O prémio, qualquer que seja o fracionamento escolhido, quando aplicável, será pago por um dos meios acordados com o Tomador do Seguro e que consta das Condições Particulares.

14.4. O Segurador avisará, por escrito e com uma antecedência mínima de trinta (30) dias em relação à data em que o prémio ou fração subsequente é devido, o Tomador do Seguro, indicando a data do pagamento, o valor a pagar, a forma de pagamento, bem como as consequências da falta de pagamento do prémio ou fração.

Nas situações em que o fracionamento do prémio é mensal, o Segurador avisará apenas nas situações em que ocorrer a alteração no valor do prémio ou fração.

14.5. O prémio é devido até ao final da anuidade em que ocorre a morte do Segurado/Pessoa Segura (ou de um dos Segurados/Pessoas Seguras no caso do Contrato de seguro ser sobre duas (2) vidas) ou em que ocorre o pagamento da indemnização por antecipação em consequência de um sinistro garantido ao abrigo das Coberturas Complementares que eventualmente tenham sido subscritas.

15. FALTA DE PAGAMENTO DO PRÉMIO

15.1. A falta de pagamento do prémio de anuidades subsequentes ou de qualquer fração subsequente no decurso de uma mesma anuidade, quando o pagamento for fracionado, até à respetiva data de vencimento de cada uma das anuidades, concede ao Segurador a faculdade de proceder à resolução da Apólice.

15.2. A utilização da faculdade concedida no ponto anterior, não prejudica o direito do Segurador ao prémio correspondente ao período decorrido.

16. REPOSIÇÃO DO CONTRATO EM VIGOR

Este produto não permite a reposição da Apólice em vigor, depois de anulada ou resolvida nos termos do artigo 10.

17. BENEFICIÁRIOS

17.1. O Tomador do Seguro tem direito a nomear os Beneficiários, de acordo com as garantias do Contrato, apenas pela parte excedente do capital seguro relativamente ao capital em dívida, bem como a alterar em qualquer altura a Cláusula Beneficiária até à data em que o Beneficiário adquira o direito às importâncias seguras, sem prejuízo do disposto nos pontos seguintes.

Tal alteração só será válida desde que o Segurador tenha recebido a correspondente comunicação escrita, com os elementos de identificação do Beneficiário nomeadamente, o nome completo, a morada, o número de Identificação civil e fiscal.

Em caso de incorreção ou desatualização dos elementos de identificação do Beneficiário que impossibilite o Segurador de determinar a sua identidade, o pagamento da quota-parte pertencente ao Beneficiário ficará a aguardar a reclamação do interessado. A alteração do Beneficiário dará origem a uma Ata Adicional.

17.2. O previsto no ponto anterior quanto à alteração da cláusula beneficiária não será aplicável nos casos em que o Contrato de seguro esteja associado a um contrato de mútuo.

17.3. Sempre que o Tomador do Seguro e o Segurado/Pessoa Segura sejam pessoas distintas, a alteração da Cláusula Beneficiária só pode ser efetuada com o acordo e por iniciativa de ambos.

17.4. A Cláusula Beneficiária será considerada irrevogável sempre que tenha havido aceitação do benefício por parte do Beneficiário, ficando o Tomador do Seguro impedido de efetuar qualquer alteração à Cláusula Beneficiária.

17.5. A renúncia do Tomador do Seguro e/ou do Segurado/Pessoa Segura em alterar a Cláusula Beneficiária, assim como a aceitação do Beneficiário, deverão constar de documento escrito, cuja validade depende de efetiva comunicação ao Segurador.

17.6. Sendo a Cláusula Beneficiária irrevogável, será necessário o prévio acordo do Beneficiário para proceder à resolução do contrato ou para o exercício de qualquer direito ou faculdade de modificar as condições contratuais que tenham incidência sobre os direitos do Beneficiário, exceto em caso de falsas declarações.

17.7. Sendo a Cláusula Beneficiária irrevogável, o Segurador comunicará, simultaneamente, ao Beneficiário e ao Tomador do Seguro a falta de pagamento do prémio e respetivas consequências. O Beneficiário poderá substituir-se ao Tomador do Seguro no pagamento do prémio.

17.8. O Beneficiário adquire o direito a ocupar o lugar do Tomador do Seguro, em caso de morte deste, desde que o Tomador do Seguro tenha previamente informado por escrito o Segurador, e o Segurado/Pessoa Segura tenha dado o seu consentimento escrito.

18. OBRIGAÇÕES DO SEGURADO/PESSOA SEGURA E/OU DO BENEFICIÁRIO EM CASO DE SINISTRO

18.1. A verificação de sinistro garantido ao abrigo da cobertura principal – Morte da Pessoa Segura - deve ser comunicada ao Segurador pelo Tomador do Seguro (quando distinto da Pessoa Segura), ou pelo(s) Beneficiário(s), **no prazo máximo de oito (8) dias imediatos àquele em que tenha conhecimento do mesmo**, mediante explicitação das circunstâncias da verificação do sinistro, nomeadamente, as causas da morte da Pessoa Segura, comprovadas através de certidão de óbito e, no caso de morte violenta, relatório de autópsia e auto de ocorrência assim como outra documentação relevante a que tenha acesso, emitida por autoridades oficiais.

18.2. Os Beneficiários deverão apresentar ao Segurador documentação que comprove aquela qualidade assim como da identificação da Pessoa Segura. Na falta de designação de Beneficiário na apólice, deverá ser apresentado o competente documento de habilitação de herdeiros.

18.3. **Ocorrendo uma situação garantida através de uma Cobertura Complementar**, sem prejuízo do que constar nas respetivas Condições Especiais, e desde que a mesma tenha sido subscrita, o Segurado/Pessoa Segura deve enviar ao Segurador um atestado do médico assistente indicando o início, as causas, a natureza e a evolução do estado de saúde ou incapacidade, **no prazo máximo de sessenta (60) dias a seguir à constatação da mesma.**

18.4. Em complemento ao disposto no ponto anterior, sempre que tal se justificar para a correta determinação das circunstâncias em que ocorre o sinistro, o Segurador reserva-se o direito de exigir qualquer justificação complementar e de proceder às investigações que julgar convenientes para a determinação exata do estado de saúde do Segurado/Pessoa Segura, mandando-o examinar pelos seus médicos se assim o entender, ficando a cargo do Segurador as respetivas despesas.

18.5. Para efeitos dos pontos anteriores, o Segurado/Pessoa Segura aquando da subscrição do Contrato de seguro, deve autorizar o seu médico assistente a fornecer, a título confidencial, ao médico representante do Segurador, toda a informação médica respeitante ao sinistro declarado.

18.6. Os prémios devidos ao abrigo do Contrato relativos ao período compreendido entre o facto que determina a situação abrangida por uma das Coberturas Complementares contratadas, e a tomada de decisão por parte do Segurador em relação ao enquadramento do sinistro, devem continuar a ser pagos pelo Tomador do Seguro ao Segurador.

18.7. Sempre que o Contrato de Seguro garanta duas (2) Pessoas Seguras (na modalidade denominada, "duas cabeças"), as referências nos pontos anteriores a Pessoa Segura devem considerar-se extensíveis e aplicáveis a ambas as Pessoas Seguras.

18.8. Os documentos a apresentar e o prazo para liquidação das prestações seguras quando aplicável, ao abrigo das Coberturas Complementares de Doenças Graves 27, Segunda Opinião Médica e Assistência à Família, encontram-se descritas nas respetivas Condições Especiais.

18.9. A falta de cumprimento por parte do(s) Beneficiário(s) do disposto nos números anteriores, poderá determinar a redução das prestações do Segurador e no caso de deliberada e consciente prestação de informações incorretas ao Segurador poderá implicar a perda do direito às importâncias seguras.

19. LIQUIDAÇÃO DAS IMPORTÂNCIAS SEGURAS PELO SEGURADOR

19.1. Feita a participação do sinistro por Morte, Invalidez ou Doença Grave bem como entregues todos os documentos complementares que eventualmente sejam solicitados pelo Segurador, conforme definido no ponto anterior, o Segurador compromete-se a comunicar ao Segurado/Pessoa Segura e/ou ao Beneficiário, no prazo máximo de trinta (30) dias, se considera ou não o mesmo garantido ao abrigo do Contrato.

19.2. Se as circunstâncias da morte assim o justificarem, nos termos da autorização concedida pela Pessoa Segura, o Segurador poderá solicitar junto das autoridades policiais, judiciais ou entidades prestadoras de serviços de saúde a entrega de documentos adicionais elucidativos das causas da morte ou um atestado médico indicando as causas, evolução e circunstâncias da morte.

19.3. Havendo lugar ao pagamento do capital seguro em caso de morte, invalidez ou doença grave:

- As importâncias seguras serão pagas ao Beneficiário designado à data da Morte, Invalidez ou Doença Grave do Segurado/Pessoa Segura;
- Na falta de designação do Beneficiário e por morte do Segurado/Pessoa Segura, as importâncias seguras serão pagas aos Herdeiros do Segurado/Pessoa Segura pela ordem estabelecida para a sucessão legítima nos termos das alíneas a) e d) do n.º 1 do artigo 2133º do Código Civil;
- Em caso de premoriência do Beneficiário relativamente ao Segurado/Pessoa Segura, aos Herdeiros desta, de acordo com as regras definidas na alínea a);
- Em caso de premoriência do Beneficiário relativamente ao Segurado/Pessoa Segura, tendo havido renúncia à revogação da Cláusula Beneficiária ou tendo havido aceitação do benefício por parte do Beneficiário, aos herdeiros daquele, de acordo com as regras definidas na alínea a);
- Em caso de comoriência do Segurado/Pessoa Segura e do Beneficiário, aos herdeiros deste, de acordo com as regras definidas na alínea a);
- Se o Beneficiário for menor, o Segurador pagará a indemnização devida através de depósito numa instituição bancária abrindo para o efeito uma conta no nome daquele.

19.4. Existindo diferenças entre a(s) data(s) de nascimento declarada(s) pelo(s) Segurado(s)/Pessoa(s) Segura(s) na proposta de subscrição de seguro e a(s) constante(s) do documento de identificação, as mesmas darão lugar à correção das importâncias seguras, de acordo com os prémios pagos, tendo em conta a idade exata e as tarifas em vigor à data da emissão da Apólice.

19.5. Havendo lugar ao pagamento do capital seguro por **Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível (IDPAC 65%)**, na sua determinação serão tidos em consideração os seguintes aspetos:

a) Se a Invalidez proveniente de doença ou acidente for agravada ou resultar de defeito físico de que o Segurado/Pessoa Segura já era portador à data da sua inclusão no Seguro, a responsabilidade do Segurador não poderá exceder a que teria se, a doença ou o acidente, tivesse ocorrido a uma pessoa sem o referido defeito físico, sem prejuízo da anulabilidade do Seguro de vida por falsas declarações sobre o estado de saúde do Segurado/Pessoa Segura, caso as mesmas se verifiquem;

b) O grau de desvalorização correspondente aos defeitos físicos de que o Segurado/Pessoa Segura já era portador à data da celebração do Contrato de seguro, não concorrerá para a fixação do grau de desvalorização a atribuir ao abrigo desta garantia.

20. PARTICIPAÇÃO NOS RESULTADOS

O presente Contrato não prevê a atribuição de Participação nos Resultados.

21. DOMICÍLIO

Para efeitos deste Contrato, será considerado domicílio do Tomador do Seguro e do Segurado/Pessoa Segura o indicado nas Condições Particulares ou, em caso de mudança, qualquer outro que, por escrito, tenha sido comunicado ao Segurador.

O Tomador do Seguro que fixar a sua residência fora de Portugal deve designar domicílio em território português para os efeitos do presente Contrato.

22. COMUNICAÇÕES E NOTIFICAÇÕES ENTRE AS PARTES

22.1. As comunicações ou notificações previstas nesta Apólice devem revestir forma escrita ou ser prestadas por outro meio de que fique registado duradouro, para a última morada do Tomador do Seguro constante no contrato ou para a sede social do Segurador.

22.2. Qualquer alteração à morada ou sede do Tomador do Seguro ou do Segurado/Pessoa Segura, quando diferente, deverá ser comunicada ao Segurador, nos trinta (30) dias subsequentes à data em que se verifique, sob pena de as comunicações ou notificações que o Segurador venha a efetuar para a morada desatualizada se terem por válidas e eficazes.

23. LEGISLAÇÃO E FORO

23.1. O presente Contrato rege-se pela Lei portuguesa.

23.2. Nos casos omissos no presente Contrato, recorrer-se-á à legislação aplicável.

23.3. O foro competente para a resolução de qualquer litígio emergente deste Contrato é o fixado na lei civil.

23.4. Em caso de conflito poderão as partes recorrer aos meios de resolução de litígios previstos na lei.

23.5. Na subscrição será comunicado ao Tomador do Seguro o regime fiscal em vigor nessa data, em sede de impostos sobre os rendimentos, sucessórios e outros, não recaindo sobre o Segurador qualquer ónus ou comissão em consequência da alteração do mesmo.

24. ÂMBITO TERRITORIAL

Salvo estipulação em contrário nas Condições Particulares e sem prejuízo do disposto no artigo 2, o presente Contrato produz efeitos, em relação a qualquer evento garantido pela presente Apólice, em qualquer parte do mundo.

25. GESTÃO DE RECLAMAÇÕES

Quaisquer esclarecimentos ou reclamações deverão ser colocados por escrito diretamente ao Segurador ou por intermédio do Mediador que assiste o Tomador do Seguro.

Mais informamos que o Segurador dispõe de uma unidade orgânica responsável pela gestão de reclamações à qual poderão ser dirigidas, por escrito, quaisquer questões relacionadas com o presente Contrato. Em caso de divergência com o Segurador, o Tomador do Seguro e/ou Segurado/Pessoa Segura poderão também apresentar reclamações através do respetivo sítio na internet em www.tranquilidade.pt, no livro de reclamações, recorrer ao Provedor do Cliente nos termos regulamentarmente definidos, bem como solicitar a intervenção da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões (www.asf.com.pt), sem prejuízo ainda da possibilidade do recurso à arbitragem ou aos tribunais, de acordo com as disposições legais em vigor.

Para mais informações sobre o processo de gestão de reclamações em vigor no Segurador, nomeadamente, ponto de receção das reclamações, conteúdo mínimo, prazos de resposta e identificação do Provedor do Cliente designado, o Tomador do Seguro e/ou Segurado/Pessoa Segura deverá consultar a "Política de Tratamento de Cliente" disponibilizada no respetivo sítio na internet em www.tranquilidade.pt.

Quando subscritas pelo Tomador do Seguro e expressamente previstas nas Condições Particulares da Apólice, aplicar-se-ão ao presente Contrato de seguro as seguintes Condições Especiais.

COBERTURA COMPLEMENTAR INVALIDEZ DEFINITIVA PARA A PROFISSÃO OU ATIVIDADE COMPATÍVEL (IDPAC 65%)

1. ÂMBITO DA COBERTURA

Quando subscrita pelo Tomador do Seguro e nos termos expressamente previstos nas Condições Particulares da Apólice, através do presente Contrato pode ainda, em complemento à Cobertura Principal de Morte, ficar garantida a situação de Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível em consequência de doença ou acidente.

Verificando-se em relação ao Segurado/Pessoa Segura uma situação de Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível, o Segurador procederá ao pagamento antecipado do capital definido para esta cobertura que consta nas Condições Particulares da Apólice.

2. DEFINIÇÕES

Para efeito da presente cobertura, entende-se por:

2.1. **Acidente:** Todo o acontecimento fortuito, súbito e anormal, devido a causa exterior e estranha à vontade do Segurado/Pessoa Segura ocorrido na vigência do Contrato, e que neste origine lesões corporais.

2.2. **Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível (IDPAC 65%):** O Segurado/Pessoa Segura é considerado em estado de Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível sempre que, em consequência de uma doença ou acidente, se encontre totalmente incapaz de exercer a sua profissão ou qualquer outra atividade lucrativa de acordo com os seus conhecimentos e aptidões de forma permanente, e além disso, apresentar um grau de incapacidade de 65%, conforme a opção subscrita pelo Tomador do Seguro e devidamente expressa nas Condições Particulares, de acordo com a "Tabela Nacional de Incapacidade por Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais" oficialmente em vigor no momento do reconhecimento da invalidez.

3. CONDIÇÕES DE FUNCIONAMENTO DA COBERTURA

3.1. Para o funcionamento desta Garantia não é considerada a concessão de reforma por invalidez ou a classificação de "Grande Inválido" atribuídas pela Segurança Social ou por qualquer outro regime facultativo ou obrigatório que a substitua ou complementa.

3.2. Para o efeito do reconhecimento da Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível, esta deve ser constatada e reconhecida por um médico do Segurador, com base em critérios médicos objetivos, prevalecendo aquele sobre quaisquer pareceres ou decisões da Segurança Social, Caixa Geral de Aposentações ou qualquer outro regime facultativo ou obrigatório que os substitua ou complementa.

3.3. Sem prejuízo do disposto no ponto seguinte, a Cobertura Complementar de Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível (IDPAC 65%) só será aplicável se a mesma se verificar durante a vigência da Apólice e previamente ao termo da anuidade em que o Segurado/Pessoa Segura atinja os sessenta e cinco (65) anos de idade.

3.4. Quando ao abrigo do presente Contrato ficarem garantidos dois (2) Segurados/Pessoas Seguras (no caso do seguro ser sobre duas (2) vidas), a verificação de uma situação de Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível em relação a um dos Segurados/Pessoas Seguras determina a cessação do Contrato em relação ao outro Segurado/Pessoa Segura.

3.5. Em caso de conflito poderão as partes recorrer aos meios de resolução de litígios previstos na lei.

4. EXIGIBILIDADE DO CAPITAL SEGURO

Uma vez reconhecida a situação de Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível por parte do médico do Segurador, o pagamento do capital seguro será disponibilizado ao Beneficiário nos termos do artigo 19 das Condições Gerais. O reconhecimento da situação de invalidez, tendo em conta a sua efetiva confirmação ou regressão, do ponto de vista clínico, nunca ocorrerá antes de decorridos três (3) meses sobre a data em que a invalidez é comunicada ao Segurador, sendo este período alargado para dois (2) anos nos casos de doença mental ou perturbações psíquicas.

5. JUSTIFICAÇÃO E RECONHECIMENTO DO DIREITO ÀS IMPORTÂNCIAS SEGURAS

5.1. Em caso de Invalidez, sem prejuízo das restantes obrigações previstas no artigo 18 das Condições Gerais, o

Tomador do Seguro e/ou o Beneficiário indicado nas Condições Particulares devem:

a) Enviar ao Segurador, nos sessenta (60) dias que se seguirem à constatação da Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível, um atestado do médico assistente, por conta do Tomador do Seguro ou Segurado/Pessoa Segura, indicando o início, as causas, a natureza e a evolução do estado de incapacidade;

b) Anexar uma descrição exata da atividade exercida pelo Segurado/Pessoa Segura antes da incapacidade.

5.2. O Segurador reserva-se o direito de exigir qualquer justificação complementar e de proceder às investigações que julgar convenientes para a determinação exata do estado de saúde do Segurado/Pessoa Segura, mandando-o examinar pelos seus médicos se assim o entender. Neste caso, as despesas são por conta do Segurador, devendo o Segurado/Pessoa Segura autorizar o seu médico assistente a fornecer, confidencialmente, ao médico representante do Segurador, toda a informação médica respeitante ao sinistro declarado.

5.3. A falta de cumprimento por parte do Tomador do Seguro e/ou do Beneficiário do disposto nos pontos 5.1. e 5.2. implica a responsabilidade pelas perdas e danos dela resultantes ou a suspensão desta cobertura enquanto se mantiver o incumprimento.

5.4. A falta de verdade nas informações prestadas ao Segurador, implica a perda do direito às importâncias seguras.

5.5. Em caso de conflito poderão as partes recorrer aos meios de resolução de litígios previstos na lei.

5.6. Enquanto as divergências não forem solucionadas, os prémios e sobreprémios relativos à cobertura de Morte, bem como os prémios e sobreprémios relativos à cobertura de Invalidez, que eventualmente se vençam no decorrer das discussões, devem ser pagos ao Segurador. Se a decisão for contrária ao Segurador, este restituirá as quantias recebidas e pagará, se for caso disso, as importâncias devidas.

6. RISCOS EXCLUÍDOS

Para além das exclusões previstas no artigo 3 das Condições Gerais, aplicáveis à presente cobertura com as necessárias adaptações, ao abrigo da presente cobertura ficarão igualmente excluídos os sinistros que resultem:

a) Direta ou indiretamente, de ato do Segurado/Pessoa Segura ou praticado com a sua cumplicidade, bem como a tentativa de suicídio deste;

b) De acidente em que o Segurado/Pessoa Segura tenha dado origem ao mesmo e tenha acusado uma taxa de alcoolemia superior a 0,50 g/l, ou tenha ingerido drogas tóxicas, estupefacientes ou substâncias psicotrópicas não prescritas clinicamente. Considera-se que o Segurado/Pessoa Segura estava sob o efeito de drogas tóxicas, estupefacientes ou substâncias psicotrópicas sempre que seja identificada a presença de qualquer daquelas em circulação no seu organismo ou em qualquer líquido orgânico para os testes de deteção.

7. CESSAÇÃO DA COBERTURA

Em complemento às situações previstas no artigo 11 das Condições Gerais, a Cobertura Complementar de Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível (IDPAC 65%), quando contratada, cessará igualmente os seus efeitos na data em que se verificar alguma das seguintes situações:

a) Tentativa de suicídio por parte do Segurado/Pessoa Segura;

b) Agravamento intencional, qualquer que seja o meio, do grau de invalidez por parte do Segurado/Pessoa Segura;

c) Mobilização do Segurado/Pessoa Segura para tomar parte em operações de guerra, policiamento ou em repressões de ato de terrorismo;

d) No termo da anuidade em que o Segurado/Pessoa Segura completar sessenta e cinco (65) anos de idade ou qualquer outra idade diferente desta, desde que indicada nas Condições Particulares da Apólice. Se o Contrato for celebrado sobre duas (2) vidas, a cobertura cessará os seus efeitos na data em que um dos Segurados/Pessoas Seguras atingir a idade acima referida, mantendo-se no entanto em vigor para o outro Segurado/Pessoa Segura enquanto este não atingir, por sua vez, a idade em questão;

e) Na data em que o Segurado/Pessoa Segura começar a receber uma pensão de velhice, pré-reforma ou reforma antecipada.

**COBERTURA COMPLEMENTAR
DOENÇAS GRAVES 27 (DG 27)**

1. ÂMBITO DA COBERTURA

Quando expressamente previsto nas Condições Particulares da Apólice através do presente Contrato, podem ainda, em complemento à Cobertura Principal de Morte, ficar garantidas as situações de doença grave constantes da presente cobertura.

2. GARANTIAS

2.1. Se o Segurado/Pessoa Segura vier a padecer de uma das doenças graves definidas nas alíneas seguintes e desde que indicadas nas Condições Particulares da Apólice, o Segurador garante o pagamento do capital contratado e fixado nas Condições Particulares da Apólice.

As garantias desta Cobertura Complementar são aplicáveis caso a doença grave seja constatada medicamente no período de vigência das Condições Particulares ou antes do fim da anuidade em que o Segurado/Pessoa Segura atinja os sessenta e cinco (65) anos de idade.

2.2. Quando ao abrigo da presente cobertura ficarem garantidos dois (2) Segurados/Pessoas Seguras (no caso do seguro ser sobre duas (2) vidas), a verificação de uma situação de doença grave em relação a um dos Segurados/Pessoas Seguras determina a cessação do Contrato em relação ao outro Segurado/Pessoa Segura.

3. DEFINIÇÕES

As doenças graves ao abrigo do presente Contrato são:

a) Acidente Vascular Cerebral (AVC)

Qualquer incidente vascular cerebral que produza sequelas neurológicas permanentes e irreversíveis. Compreende o enfarte do tecido cerebral, hemorragia cerebral e embolia cerebral de causa extra craniana. **O diagnóstico deve ser confirmado por médico especialista e comprovado por sintomas clínicos típicos, para além dos resultados registados em TAC (Tomografia Axial Computorizada) e RNM (Ressonância Nuclear Magnética) do cérebro. A deficiência neurológica deve ser clinicamente documentada por um período de, pelo menos, três (3) meses.**

Exclusões:

- Acidentes isquémicos transitórios (TIA);
- Lesões traumáticas do cérebro;
- Defeitos neurológicos devido a hipoxia geral, infeção, doença inflamatória ou enxaqueca;
- Enfartes lacunares sem deficit neurológico.

b) Anemia Aplástica

Diagnóstico inequívoco de insuficiência da medula óssea, confirmada por médico especialista e evidenciado pelo resultado de biopsia da medula óssea. A doença deve resultar em anemia, neutropenia e trombocitopenia e deve necessitar de, pelo menos, um dos seguintes tratamentos:

- Transfusão de produto sanguíneo;
- Agentes estímulantes da medula;
- Agentes imunossupressores;
- Transplante de medula óssea.

c) Cancro

Doença que se manifesta pela presença de um tumor maligno caracterizado por um desenvolvimento incontrolado de células malignas e invasão de tecidos.

O diagnóstico deve ser evidenciado por histologia claramente definida.

O termo "cancro" inclui as leucemias e as doenças malignas do sistema linfático como Doença de Hodgkin.

Exclusões:

- Os tumores pré-malignos;
- Qualquer etapa de CIN (neoplasia intra-epitelial cervical);
- Tumores não invasivos (cancro in situ);
- Cancro da próstata com estágio 1 (T1a, 1b, 1c);
- Carcinoma basocelular e carcinoma das células escamosas;
- Melanoma maligno estágio IA (T1a, 1b, 1c);
- Qualquer tumor maligno em presença de qualquer vírus da imunodeficiência humana.

d) Cirurgia das artérias coronárias (duas ou mais)

A realização de cirurgia de peito aberto para a correção de duas (2) ou mais artérias coronárias, que se encontrem obstruídas, por "by-pass" coronário (CABG - Coronary Artery By-pass Graft). **A necessidade de tal cirurgia deve ser comprovada por meio de angiografia coronária e a realização da cirurgia deve ser confirmada por médico especialista.**

Exclusões:

- Angioplastia;
- Qualquer outro procedimento intra-arterial;
- Cirurgia por toracotomia mínima.

e) Cirurgia por Doença da Aorta

A realização de cirurgia por doença crónica da aorta que necessite de excisão e substituição cirúrgica da aorta por um enxerto. Entende-se por aorta a aorta torácica e abdominal, mas não os seus ramos. **A realização de cirurgia aórtica deve ser confirmada por médico especialista.**

f) Coma

Estado de inconsciência total, sem reação ou resposta a estímulos externos ou necessidades internas, persistindo continuamente durante pelo menos noventa e seis (96) horas, resultando em deficit neurológico permanente. **O diagnóstico deve ser confirmado por médico especialista e por relatório hospitalar credenciado. O deficit neurológico deve ser clinicamente documentado por um período de, pelo menos, três (3) meses. Durante o período de inconsciência deverão ter sido utilizados meios complementares de suporte de vida, incluindo respiração assistida.**

Exclusões:

- Coma secundário devido ao abuso de álcool e de drogas não se encontra coberto.

g) Doença de Alzheimer

Diagnóstico inequívoco da doença de Alzheimer (demência pré-senil) antes dos sessenta e cinco (65) anos de idade, confirmado por médico especialista e comprovado por resultados clínicos cognitivos e neurorradiológicos (por ex. TC, RM e PET do cérebro). A doença deve resultar numa incapacidade permanente de realizar de forma independente três (3) ou mais atividades da vida diária - tomar banho (capacidade para tomar banho de imersão ou chuveiro sem ajuda de terceiros) vestir-se (capacidade para vestir e despir o vestuário usado habitualmente, incluindo próteses e ortóteses, sem a ajuda de terceiros), higiene pessoal (capacidade para usar o lavatório e manter um nível razoável de higiene, como higiene dentária, pentear-se, barbear-se e limpeza dos órgãos excretores sem a ajuda de terceiros), mobilidade (capacidade de mover-se dentro do local de residência, em superfícies niveladas, sem ajuda de terceiros), continência (capacidade de controlar o funcionamento dos intestinos e/ou bexiga (a incapacidade de controlar uma destas funções, que implique o uso regular de fraldas ou outro tipo de absorvente, considerar-se-á incontinência)), comer/beber (capacidade de ingerir alimentos sólidos e líquidos, preparados e servidos, necessários à sua alimentação, incluindo poder sugar por uma palhinha ou usar outros utensílios adaptados, sem a ajuda de terceiros), ou resultar na necessidade de supervisão e na presença permanente de cuidados especiais por parte de terceiros, devido à doença. **Esta situação deve ser clinicamente documentada por um período de, pelo menos, três (3) meses.**

h) Doença de Parkinson

Diagnóstico inequívoco de doença de Parkinson idiopática ou primária antes dos sessenta e cinco (65) anos, que deve ser confirmado por médico especialista. A doença deve resultar numa incapacidade permanente para realizar de forma independente, três (3) ou mais atividades da vida diária - tomar banho (capacidade para tomar banho de imersão ou chuveiro sem ajuda de terceiros), vestir-se (capacidade para vestir e despir o vestuário usado habitualmente, incluindo próteses e ortóteses, sem a ajuda de terceiros), higiene pessoal (capacidade para usar o lavatório e manter um nível razoável de higiene, como higiene dentária, pentear-se, barbear-se e limpeza dos órgãos excretores sem ajuda de terceiros), mobilidade (capacidade de mover-se dentro do local de residência, em superfícies niveladas, sem ajuda de terceiros), continência (capacidade de controlar o funcionamento dos intestinos e/ou bexiga (a incapacidade de controlar uma destas funções, que implique o uso regular de fraldas ou outro tipo de absorvente, considerar-se-á incontinência)), comer/beber (capacidade de ingerir alimentos sólidos e líquidos, preparados e servidos, necessários à sua alimentação, incluindo poder sugar por uma palhinha ou usar outros utensílios adaptados, sem a ajuda de terceiros) ou deve resultar numa situação de acamado permanente e de incapacidade de se levantar sem ajuda externa. **Esta situação deve ser clinicamente documentada por um período de, pelo menos, três (3) meses.**

Exclusões:

- Todas as outras formas de parkinsonismo que não seja idiopática ou primária.

i) Doença Neuronal Motora **Diagnóstico inequívoco de doença dos neurónios motores** (por ex. esclerose lateral amiotrófica, esclerose lateral primária, paralisia bulbar progressiva, paralisia pseudobulbar) **que deve ser confirmado por médico especialista e comprovado pelos resultados de eletromiografia e eletroneurografia.** A doença deve resultar numa incapacidade permanente para realizar de forma independente, três (3) ou mais atividades da vida diária - tomar banho (capacidade para tomar banho de imersão ou chuveiro sem ajuda de terceiros),

higiene pessoal (capacidade para usar o lavatório e manter um nível razoável de higiene, como higiene dentária, pentear-se, barbear-se e limpeza dos órgãos excretores sem ajuda de terceiros), mobilidade (capacidade de mover-se dentro do local de residência, em superfícies niveladas, sem ajuda de terceiros), continência (capacidade de controlar o funcionamento dos intestinos e/ou bexiga (a incapacidade de controlar uma destas funções, que implique o uso regular de fraldas ou outro tipo de absorvente, considerar-se-á incontinência)), comer/beber (capacidade de ingerir alimentos sólidos e líquidos, preparados e servidos, necessários à sua alimentação, incluindo poder sugar por uma palhinha ou usar outros utensílios adaptados, sem a ajuda de terceiros) ou deve resultar numa situação de acamado permanente e de incapacidade de se levantar sem ajuda externa. **Esta situação deve ser clinicamente documentada por um período de, pelo menos, três (3) meses.**

j) Doença Hepática Terminal

Doença hepática grave resultando em cirrose que deve ser confirmada por médico especialista e comprovada pela escala de Child-Pugh-Etapa B ou Child-Pugh-Etapa C, relativamente aos seguintes critérios:

- i) Icterícia permanente (bilirrubina > 2mg/dl ou 35mmol/l);**
- ii) Ascite moderada;**
- iii) Albumina < 3,5g/l;**
- iv) Tempo de protrombina > 4seg. ou INR > 1,7;**
- v) Encefalopatia hepática.**

Exclusões:

- Child-Pugh-Etapa A;
- Doença hepática secundária ao uso indevido de álcool ou drogas.

k) Doença Pulmonar Terminal

Insuficiência grave e permanente da função respiratória que deve ser confirmada por médico especialista e comprovada pelos seguintes critérios:

- Redução persistente do volume respiratório por segundo FEV1 para menos de 1 litro (teste respiratório de Tiffeneau);
- Redução persistente da pressão de oxigénio arterial (PaO2) abaixo de 55 mmHg;
- Necessidade permanente de fornecimento de oxigénio.

l) Encefalite

Inflamação do cérebro (hemisfério cerebral, tronco cerebral ou cerebelo) associada a infeções virais ou bacterianas, que deve ser confirmada por médico especialista e comprovada pelos resultados de testes específicos (por ex. análise do sangue e do líquido cefalorraquidiano, TC ou RM do cérebro). A doença deve resultar numa incapacidade permanente para realizar de forma independente, três (3) ou mais atividades da vida diária - tomar banho (capacidade para tomar banho de imersão ou chuveiro sem ajuda de terceiros), vestir-se (capacidade para vestir e despir o vestuário usado habitualmente, incluindo próteses e ortóteses, sem a ajuda de terceiros), higiene pessoal (capacidade para usar o lavatório e manter um nível razoável de higiene, como higiene dentária, pentear-se, barbear-se e limpeza dos órgãos excretores sem ajuda de terceiros), mobilidade (capacidade de mover-se dentro do local de residência, em superfícies niveladas, sem ajuda de terceiros), continência (capacidade de controlar o funcionamento dos intestinos e/ou bexiga (a incapacidade de controlar uma destas funções, que implique o uso regular de fraldas ou outro tipo de absorvente, considerar-se-á incontinência)), comer/beber (capacidade de ingerir alimentos sólidos e líquidos, preparados e servidos, necessários à sua alimentação, incluindo poder sugar por uma palhinha ou usar outros utensílios adaptados, sem a ajuda de terceiros) ou deve resultar numa situação de acamado permanente e de incapacidade de se levantar sem ajuda externa. **Esta situação deve ser clinicamente documentada por um período de, pelo menos, três (3) meses.**

m) Enfarte do Miocárdio

Morte de uma parte do músculo cardíaco subsequente a uma insuficiência do fluxo sanguíneo para a área em causa. **Esta necrose deve ser recente e o diagnóstico deve ser confirmado por médico especialista, e claramente objetivado por todos os critérios a seguir indicados:**

- i) História de dor torácica (precordialgia) característica;**
- ii) Alterações eletrocardiográficas recentes e específicas de enfarte do miocárdio;**
- iii) Elevação das enzimas cardíacas específicas de enfarte, troponinas ou outros marcadores bioquímicos.**

Exclusões:

- Enfarte do miocárdio silencioso;
- Outras síndromes coronárias agudas (por exemplo, angina de peito estável ou instável);
- Enfarte do miocárdio sem elevação do segmento ST, apenas com elevação da Troponina I ou T.

n) Esclerose Múltipla

Diagnóstico inequívoco de Esclerose Múltipla estabelecido por médico neurologista.

A doença deve ser evidenciada por sintomas clínicos típicos de desmielinização e comprometimento das funções motoras e sensoriais, bem como por resultados verificados através de Ressonância Magnética. Para comprovar o diagnóstico, o Segurado/Pessoa Segura deve apresentar anomalias neurológicas que tenham existido por um período contínuo de, pelo menos, seis (6) meses, ou ter tido, pelo menos, dois (2) episódios clinicamente documentados com um intervalo de um (1) mês entre eles ou ter tido, pelo menos, um episódio clinicamente documentado em conjunto com resultados característicos no líquido cefalorraquidiano, assim como lesões cerebrais específicas detetadas na Ressonância Magnética.

o) Hepatite Viral Fulminante (Insuficiência hepática aguda)

Necrose do fígado sub-maciça a maciça causada por hepatite viral levando precipitadamente a insuficiência hepática. **O diagnóstico deve ser confirmado por médico especialista e comprovado por, pelo menos, três (3) dos seguintes critérios de diagnóstico:**

- i) Diminuição rápida do volume do fígado;**
- ii) Agravamento rápido dos testes de função hepática;**
- iii) Intensificação da icterícia;**
- iv) Encefalopatia hepática.**

p) Insuficiência Renal

Fase final de doença renal que se manifesta por uma falha crónica e irreversível da função de ambos os rins, resultando desta a necessidade de realizar regularmente diálise renal (hemodiálise ou diálise peritoneal) ou resultando na necessidade de realizar transplante renal. **O diagnóstico deve ser confirmado por médico especialista.**

q) Meningite Bacteriana

Inflamação das membranas do cérebro ou da medula espinhal, confirmada por médico especialista e comprovada pelo resultado de testes específicos (por exemplo, análise ao sangue e ao líquido cefalorraquidiano, TC ou RM ao cérebro). A inflamação deve resultar numa incapacidade permanente para realizar de forma independente, três (3) ou mais atividades da vida diária - tomar banho (capacidade para tomar banho de imersão ou chuveiro sem ajuda de terceiros), vestir-se (capacidade para vestir e despir o vestuário usado habitualmente, incluindo próteses e ortóteses, sem a ajuda de terceiros), higiene pessoal (capacidade para usar o lavatório e manter um nível razoável de higiene, como higiene dentária, pentear-se, barbear-se e limpeza dos órgãos excretores sem ajuda de terceiros), mobilidade (capacidade de mover-se dentro do local de residência, em superfícies niveladas, sem ajuda de terceiros), continência (capacidade de controlar o funcionamento dos intestinos e/ou bexiga (a incapacidade de controlar uma destas funções, que implique o uso regular de fraldas ou outro tipo de absorvente, considerar-se-á incontinência)), comer/beber (capacidade de ingerir alimentos sólidos e líquidos, preparados e servidos, necessários à sua alimentação, incluindo poder sugar por uma palhinha ou usar outros utensílios adaptados, sem a ajuda de terceiros) ou deve resultar numa situação de acamado permanente e de incapacidade de se levantar sem ajuda externa. **Estas condições devem ser clinicamente documentadas por um período de, pelo menos, três (3) meses.**

r) Paralisia

Perda total e irreversível do uso de dois (2) ou mais membros por paralisia secundária a acidente ou doença da medula espinhal. **Esta condição deve ser documentada clinicamente por médico especialista e deverão persistir por, pelo menos, três (3) meses.**

Exclusões:

Paralisia devido a Síndrome de Guillain-Barré.

s) Perda da Audição

Perda total, permanente e irreversível da audição nos dois (2) ouvidos, como resultado de doença ou acidente. **O diagnóstico deve ser confirmado por médico especialista (ouvidos, nariz e garganta) e comprovado por meio de audiometria.**

t) Perda da Fala

Perda total e irreversível da capacidade de falar devido a lesão ou doença das cordas vocais. **Esta situação deve ser confirmada por médico especialista e clinicamente documentada por um período de, pelo menos, seis (6) meses.**

A perda psicogénica da fala está excluída da cobertura.

u) Perda de Membros

Rutura total e irreversível de dois (2) ou mais membros acima do cotovelo/punho ou joelho/tornozelo, como resultado de acidente ou de amputação clinicamente necessária. **O diagnóstico deve ser confirmado por médico especialista.**

v) Perda da Visão

Perda total, permanente e irreversível da visão em ambos os olhos, como resultado de doença ou acidente. **O diagnóstico deve ser confirmado por médico oftalmologista e evidenciado por resultados de exames auxiliares de diagnósticos específicos.**

w) Queimaduras Graves

Queimaduras do terceiro grau em, pelo menos, 20% da superfície do corpo. **O diagnóstico deve ser confirmado por médico especialista e comprovado clinicamente por resultados específicos pelo método de Lund Browder ou por um calculador de área queimada equivalente.**

x) Substituição e Reparação da Válvula Cardíaca

Valvuloplastia de coração aberto, valvulotomia ou substituição de uma ou mais válvulas cardíacas. Isto inclui a cirurgia das válvulas aórtica, mitral, pulmonar ou tricúspide, devido a uma estenose ou insuficiência ou a uma combinação de ambos os fatores. **A realização da cirurgia de substituição valvular tem que ser confirmada por médico especialista.**

y) Transplante de um Órgão Principal

A realização de transplante de órgãos em que o Segurado/Pessoa Segura participa como receptor de algum dos seguintes órgãos: Coração, Pulmão, Fígado, Pâncreas, Rim, Intestino delgado ou Medula Óssea. **A realização do transplante deve ser confirmada por médico especialista.**

z) Traumatismo Craniano Grave

Grande traumatismo na cabeça, com perturbações no funcionamento do cérebro, que deve ser confirmado por médico especialista e comprovado clinicamente através dos resultados em testes neurorradiológicos (por ex. Tomografia Computorizada ou Ressonância Magnética) ao cérebro. O trauma deve resultar numa incapacidade permanente para realizar de forma independente, três (3) ou mais atividades da vida diária - tomar banho (capacidade para tomar banho de imersão ou chuveiro sem ajuda de terceiros), vestir-se (capacidade para vestir e despir o vestuário usado habitualmente, incluindo próteses e ortóteses, sem a ajuda de terceiros), higiene pessoal (capacidade para usar o lavatório e manter um nível razoável de higiene, como higiene dentária, pentear-se, barbear-se e limpeza dos órgãos excretores sem ajuda de terceiros), mobilidade (capacidade de mover-se dentro do local de residência, em superfícies niveladas, sem ajuda de terceiros), continência (capacidade de controlar o funcionamento dos intestinos e/ou bexiga (a incapacidade de controlar uma destas funções, que implique o uso regular de fraldas ou outro tipo de absorvente, considerar-se-á incontinência)), comer/beber (capacidade de ingerir alimentos sólidos e líquidos, preparados e servidos, necessários à sua alimentação, incluindo poder sugar por uma palhinha ou usar outros utensílios adaptados, sem a ajuda de terceiros) ou deve resultar numa situação de acamada permanente e de incapacidade de se levantar sem ajuda externa. **Esta situação deve ser clinicamente documentada por, pelo menos, três (3) meses.**

aa) HIV Ocupacional (prática de profissão clínica)

Infeção por qualquer vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), adquirido como resultado de acidente no decorrer das funções normais de trabalho. Qualquer acidente que possa dar origem a um eventual sinistro deve ser referido à companhia de seguros dentro dos sete (7) dias após o evento, fornecendo um relatório detalhado do acidente e deve ser acompanhado por um teste negativo de anticorpos HIV realizado imediatamente após o acidente. A seroconversão para a infeção por HIV deve ocorrer dentro dos seis (6) meses após o acidente.

4. PERÍODO DE CARÊNCIA

O pagamento do capital em caso de doença grave só será efetuado se a doença se manifestar após o decurso de um período de carência de noventa (90) dias, a contar da data de início da Cobertura.

5. PERÍODO DE SOBREVIVÊNCIA

5.1. Se a morte ocorrer decorridos trinta e um (31) dias após se manifestar a doença grave, há lugar ao pagamento do capital da Cobertura Principal de Morte.

5.2. Se a morte ocorrer antes de decorridos trinta e um (31) dias, contados da data da primeira manifestação da doença, o capital pago em caso de doença grave será deduzido do capital por morte.

6. JUSTIFICAÇÃO E RECONHECIMENTO DO DIREITO ÀS IMPORTÂNCIAS SEGURAS

a) Em caso de doença grave, sem prejuízo das restantes obrigações previstas no artigo 18 das Condições Gerais, o Segurado/Pessoa Segura deve enviar ao Segurador um relatório elaborado pelo médico assistente, após o diagnóstico de doença grave, preciso e detalhado, descrevendo a sua história clínica e mencionando a data dos primeiros sintomas. Este atestado, por conta do Tomador do Seguro ou do Segurado/Pessoa Segura, deve ser enviado ao Segurador nos sessenta (60) dias que se seguirem ao diagnóstico da doença.

b) A doença grave terá que se verificar durante a vigência do Contrato e/ou durante o período em que a cobertura esteja em vigor para o Segurado/Pessoa Segura;

c) O Segurado/Pessoa Segura, quando da subscrição do Contrato de seguro, deve autorizar o seu médico assistente a fornecer, confidencialmente, ao médico representante do Segurador toda a informação médica respeitante ao sinistro declarado;

d) A falta de cumprimento por parte do Beneficiário ou do Segurado/Pessoa Segura ao disposto nas alíneas a), b) e c) bem como a falta de verdade nas informações prestadas ao Segurador podem implicar a perda do direito às importâncias seguras ou a suspensão da cobertura enquanto o incumprimento se mantiver;

e) O Segurador pode efetuar, a todo o momento, o controlo que julgar necessário junto do Segurado/Pessoa Segura a fim de poder constatar a realidade do seu estado de saúde ou sobre a doença declarada. Salvo caso de força maior, a recusa do livre acesso junto do Segurador, provocará a suspensão da Garantia. O Segurado/Pessoa Segura deve autorizar o seu médico assistente a fornecer confidencialmente ao médico representante do Segurador toda a informação médica respeitante ao sinistro declarado;

f) No âmbito desta Cobertura Complementar, a indemnização a que houver lugar será paga trinta (30) dias após o diagnóstico inequívoco da doença;

g) Na falta de acordo poderá recorrer-se a arbitragem de acordo com as disposições legais em vigor ou a Tribunal Judicial, prevalecendo aquele reconhecimento sobre quaisquer pareceres ou decisões da Segurança Social, Caixa Geral de Aposentações ou qualquer outro regime facultativo ou obrigatório que os substitua ou complemente.

h) Os prémios e sobreprémios da Cobertura Principal de Morte bem como os prémios e sobreprémios relativos à Cobertura Complementar de Doenças Graves 27 (DG27) que eventualmente se vençam no decorrer das discussões, devem ser pagos ao Segurador. Se a decisão for no sentido de reconhecer a existência de doença grave nos termos definidos nestas Condições Especiais, o Segurador restituirá as quantias recebidas e pagará, se for caso disso, as importâncias devidas.

7. RISCOS EXCLUÍDOS

Para além dos riscos excluídos mencionados no artigo 3 das Condições Gerais da Cobertura Principal de Morte, fica também excluída desta Cobertura Complementar a doença grave resultante de:

- a) Doenças pré-existentes à data de aceitação do seguro;**
- b) Todas as doenças secundárias ou tumores associados ao síndrome da imunodeficiência humana adquirida ou com ela correlacionadas;**
- c) Os ferimentos ou lesões provocados por atos de sequestro, tumultos, insurreição, motins, rixas, terrorismo ou sabotagem, qualquer que seja o lugar em que se desenrolem os acontecimentos e quaisquer que sejam os protagonistas, desde que o Segurado/Pessoa Segura tome parte ativa, exceto em caso de legítima defesa;**
- d) Doença acompanhada de infeção por HIV;**
- e) Qualquer doença e/ou intervenção cirúrgica não definida na presente Cobertura Complementar;**
- f) O estado de alcoolismo e ingestão de drogas quando não recomendadas clinicamente;**
- g) De acidente em que o Segurado/Pessoa Segura tenha dado origem ao mesmo e tenha acusado uma taxa de alcoolemia superior a 0,50 g/l ou tenha ingerido drogas tóxicas, estupefacientes ou substâncias psicotrópicas não prescritas clinicamente. Considera-se que o Segurado/Pessoa Segura estava sob o efeito de drogas tóxicas, estupefacientes ou substâncias psicotrópicas sempre que seja identificada a presença de qualquer daquelas em circulação no seu organismo ou em qualquer líquido orgânico para os testes de deteção;**
- h) Consequência direta ou indireta de acidentes provocados intencionalmente pelo Segurado/Pessoa Segura ou com a sua cumplicidade bem como a tentativa de suicídio deste.**

8. CESSAÇÃO DA COBERTURA

Esta cobertura cessa os seus efeitos:

- a) Por anulação da Cobertura Principal (Morte);**
- b) Por pagamento do capital seguro ao abrigo desta Cobertura Complementar;**

- c) Se o Segurado/Pessoa Segura tentar suicidar-se;
- d) Agravamento intencional, qualquer que seja o meio, do grau de invalidez por parte do Segurado/Pessoa Segura;
- e) Se o Segurado/Pessoa Segura for mobilizado para tomar parte em operações de guerra, policiamento ou em repressões de atos de terrorismo;
- f) No termo da anuidade em que o Segurado/Pessoa Segura atinja os sessenta e cinco (65) anos de idade;
- g) Se o Contrato for celebrado por duas (2) vidas, a cobertura cessará os seus efeitos na data em que um dos Segurados/Pessoas Seguras atinja a idade referida na alínea anterior, mantendo-se no entanto em vigor para o outro Segurado/Pessoa Segura enquanto este não atingir, por sua vez, a idade em questão.

COBERTURA COMPLEMENTAR SEGUNDA OPINIÃO MÉDICA

1. DEFINIÇÕES

Para efeitos do disposto na presente Cobertura Complementar entende-se por:

Segurador: Seguradoras Unidas, S.A., gestora das presentes coberturas, doravante Segurador. A contratação do Segurador para a gestão integral destas Coberturas Complementares não nos eximirá da responsabilidade pelo cumprimento das obrigações assumidas ao abrigo da Apólice. Os custos com a contratação de terceiros para a prestação de serviços especializados no âmbito da gestão destas Coberturas Complementares são da responsabilidade do Segurador;

Advancecare: Entidade adiante designada por Administrador que, por conta do Segurador, organiza a Rede de Prestadores, procede à gestão das prestações devidas pelo contrato e articula o pagamento direto das despesas médicas, quer aos prestadores convencionados, nomeadamente médicos, hospitais, centros de diagnósticos, quer aos Segurados/Pessoas Seguras.

Doença Grave: Qualquer das seguintes doenças e tratamentos, quer se desenvolva ou não em paralelo com outro tipo de doença:

- Doenças cancerígenas;
- Doenças cardiovasculares;
- Transplantes de órgãos;
- Doenças neurológicas, incluindo acidentes cerebrais vasculares;
- Insuficiência renal crónica;
- Doença de Parkinson (paralis agitante);
- Doença de Alzheimer;
- Esclerose múltipla;
- SIDA e tratamentos derivados da SIDA;
- Qualquer outra doença, considerada como tal pelo Administrador/Segurador, tendo em conta o caso concreto do Segurado/Pessoa Segura que recorre aos serviços.

2. ÂMBITO DA GARANTIA

2.1. Ao abrigo da cobertura "Segunda Opinião Médica" o Segurador desenvolve, em caso de doença grave do Segurado/Pessoa Segura (conforme definição do artigo 1), as ações necessárias à recolha de uma Segunda Opinião Médica por parte dos melhores especialistas a nível mundial, relativamente ao diagnóstico da patologia e respetivos tratamentos adequados.

Para o efeito, o Administrador/Segurador, coordena a recolha de informação, solicitando, se tal for necessário, a realização de novos exames médicos, análises clínicas e/ou radiografias, e procede ao envio da mesma para o médico especialista que considere mais apropriado tendo em conta a patologia do Segurado/Pessoa Segura.

Logo que o médico especialista se pronuncie, o Administrador/Segurador procede à interpretação do relatório e envia ao Segurado/Pessoa Segura as conclusões e recomendações finais.

2.2. Em complemento à obtenção da segunda opinião médica, o Administrador quando o Segurado/Pessoa Segura tome a iniciativa de realizar tratamentos médicos no estrangeiro, assegura a prestação dos seguintes serviços:

- a) Seleção e fornecimento de referências ao Segurado/Pessoa Segura sobre os médicos especialistas e hospitais estrangeiros selecionados pelo Administrador/Segurador a pedido do Segurado/Pessoa Segura, ou diretamente indicados por esta;
- b) Obtenção de orçamentos e custos estimados com honorários e hospitalização relativos ao serviço médico a realizar no estrangeiro;
- c) Marcação de consultas médicas com os especialistas selecionados pelo Administrador/Segurador ou com os indicados pelo Segurado/Pessoa Segura;
- d) Marcação de reservas de transportes e alojamentos no estrangeiro para o Segurado/Pessoa Segura e seus familiares;

- e) Formalização dos trâmites prévios necessários à admissão do Segurado/Pessoa Segura no hospital;
 - f) Apresentação e orientação do Segurado/Pessoa Segura no hospital onde será internado e coordenação do atendimento a prestar;
 - g) Revisão e controlo das faturas correspondentes aos tratamentos/consultas efetuados;
 - h) Realização de auditorias completas a todas as faturas e despesas médicas suportadas pelo Segurado/Pessoa Segura;
 - i) Negociação de descontos a favor do Segurado/Pessoa Segura junto dos médicos especialistas e hospitais.
- 2.3. O Segurado/Pessoa Segura deverá requerer pré-autorização através do telefone 210 11 44 60.**

3. PERÍODO DE CARÊNCIA

Salvo disposição em contrário nas Condições Particulares, a entrada em vigor da presente Cobertura Complementar só se verificará em caso de doença, após o decurso de um período de carência de noventa (90) dias.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

Para além do previsto no artigo 3 das Condições Gerais da Cobertura Principal por Morte, não fica garantido ao abrigo desta Cobertura Complementar:

4.1. EXCLUSÕES GERICAS

- a) Doenças ou acidentes pré-existentis;
- b) Situações relacionadas com gravidez, parto e interrupção da gravidez;
- c) Doenças ou mal formações congénitas;
- d) Tratamento ou Cirurgias de caráter estético ou plástico exceto quando consequência de acidente ocorrido ou doença manifestada durante a vigência do Contrato;
- e) Tratamentos de emagrecimento, incluindo os relativos à Obesidade mórbida e rejuvenescimento;
- f) Consultas e/ou tratamentos de infertilidade ou qualquer método de fecundação artificial;
- g) Alcoolismo e tratamentos devidos à Toxicodependência;
- h) Doenças resultantes dos efeitos de radioatividade;
- i) Hemodiálise;
- j) Tratamento às varizes, nomeadamente injeções esclerosantes e laser;
- k) Intervenção cirúrgica às amígdalas e aos adenóides;
- l) Intervenção/tratamento refrativo à miopia, astigmatismo e hipermetropia (cirúrgico ou laser);
- m) Cirurgia para correção da rinopatia, apneia do sono, exceto as necessárias ao tratamento da apneia do sono grave, devidamente comprovada;
- n) Cirurgias a hérnias de qualquer natureza, quando as mesmas não se encontram devidamente comprovadas através de exame auxiliar de diagnóstico;
- o) Doenças epidémicas oficialmente declaradas;
- p) Acidentes de trabalho e doenças profissionais;
- q) Lesões resultantes de calamidades naturais, atos de terrorismo, atos de guerra, guerra civil e perturbações de ordem pública, intervenção em atos criminosos, intervenção em rixas, salvo em legítima defesa, própria ou alheia, de bens e pessoas;
- r) Prática de desportos motorizados, a título profissional ou amador, pontualmente ou com caráter de regularidade;
- s) Os acidentes inerentes à utilização de veículos motorizados, incluindo os de duas (2) rodas, quando as despesas deles resultantes devam ser indemnizadas no âmbito da responsabilidade civil automóvel;
- t) Curas de repouso, exames de rotina e check up;
- u) Intervenções cirúrgicas com finalidades contracetivas;
- v) Atos realizados por médicos que sejam cônjuge, pais, filhos, ou irmãos do Segurado/Pessoa Segura;
- w) Serviços que não sejam clinicamente necessários;
- x) Tratamentos não reconhecidos oficialmente pela Ordem dos Médicos Portuguesa.

4.2. EXCLUSÕES ESPECÍFICAS

- a) Quaisquer serviços solicitados ao Administrador/Segurador quando o Segurado/Pessoa Segura não sofra de doença grave nos termos acima definidos;
- b) Serviços não solicitados ao Administrador/Segurador;
- c) Quaisquer despesas médicas com honorários, medicamentos e/ou internamentos no estrangeiro;
- d) Despesas de transporte e alojamento em Portugal e no estrangeiro;
- e) Quaisquer perdas ou danos originados, direta ou indiretamente, pela opinião dos médicos e/ou profissionais consultados.

5. CADUCIDADE DAS GARANTIAS

As garantias conferidas por esta Cobertura Complementar caducam, para além do disposto nas Condições Gerais da Cobertura Principal por Morte e nas previstas na Lei, no final da anuidade em que o Segurado/Pessoa Segura complete sessenta e cinco (65) anos de idade. Se o Contrato for celebrado por duas (2) vidas, as garantias desta Cobertura Complementar cessarão os seus efeitos na data em que um dos Segurados/Pessoas Seguras atingir a idade acima referida, mantendo-se no entanto em vigor para o outro Segurado/Pessoa Segura enquanto este não atingir, por sua vez, a idade em questão.

COBERTURA COMPLEMENTAR ASSISTÊNCIA À FAMÍLIA

Em complemento à Cobertura Principal de Morte, conforme acordado e expressamente referido nas Condições Particulares, pode ser coberto o risco adiante definido nos termos dos respetivos pontos.

A Cobertura Complementar de Assistência à Família forma um todo com a Cobertura Principal de Morte sem o qual não pode subsistir e continuar em vigor.

1. ÂMBITO DA COBERTURA

Em caso de urgência, o Serviço de Assistência prestará as seguintes garantias:

1.1. Envio de médico ao domicílio

a) O Serviço de Assistência garante o envio ao domicílio seguro de um médico de clínica geral, para consulta e eventual aconselhamento quanto à orientação a seguir. O acesso ao serviço é ilimitado.

b) O custo da primeira deslocação por ocorrência e respetiva consulta, conforme descrito na alínea anterior, é por conta do Serviço de Assistência, sendo as restantes deslocações, consultas e eventuais tratamentos prescritos por conta do Segurado/Pessoa Segura.

c) Por domicílio seguro entende-se a residência habitual do Segurado/Pessoa Segura e que consta da Apólice do seguro de vida.

1.2. Aconselhamento médico

Mediante solicitação, a equipa de médicos do Serviço de Assistência presta orientação médica, por telefone, ao Segurado/Pessoa Segura. As respostas emitidas baseiam-se nos elementos facultados pelo Segurado/Pessoa Segura, não sendo o Serviço de Assistência responsável por interpretações dessas respostas. O apoio médico solicitado e prestado telefonicamente implica, única e exclusivamente, a responsabilidade própria decorrente deste tipo de intervenção, dentro da conjuntura em que é praticada. Este aconselhamento médico não substitui o recurso aos serviços de urgência hospitalar nem constitui em si uma consulta médica. O acesso a este serviço por parte do Segurado/Pessoa Segura é ilimitado.

1.3. Transporte em ambulância ou táxi

O Serviço de Assistência organiza e suporta o custo de transporte em ambulância ou táxi do domicílio seguro até ao posto de primeiros socorros ou de urgência mais próximo. O acesso a este Serviço é ilimitado.

1.4. Envio de profissional de enfermagem

Em caso de acamamento do Segurado/Pessoa Segura por prescrição médica, o Serviço de Assistência envia ao domicílio seguro um profissional de enfermagem até ao limite de 175 € por ano de custo.

1.5. Ajuda domiciliária

Em caso de hospitalização ou acamamento do Segurado/Pessoa Segura por prescrição médica, e não podendo nenhum dos membros do agregado familiar substituí-lo na lida doméstica, o Serviço de Assistência envia ao domicílio seguro uma pessoa para executar aquelas tarefas, até ao limite de cinco (5) dias por ano.

1.6. Adaptação do Domicílio Seguro

No seguimento de um sinistro, de que resulte a incapacidade física permanente do Segurado/Pessoa Segura, o Serviço de Assistência garante o envio de profissionais qualificados para avaliação das necessidades de adaptação do domicílio seguro, até ao limite de 1.000 €.

1.7. Informações sobre farmácias de serviço

O Serviço de Assistência prestará informações ao Segurado/Pessoa Segura sobre as farmácias que se encontram de serviço. O acesso a este serviço é ilimitado.

1.8. Informações sobre hospitais, clínicas, centros de saúde ou de primeiros socorros e médicos

O Serviço de Assistência prestará informações ao Segurado/Pessoa Segura sobre hospitais, clínicas, centros de saúde ou de primeiros socorros e médicos, de natureza pública ou privada. O acesso a este serviço é ilimitado.

2. CESSAÇÃO DAS GARANTIAS

2.1. Por anulação ou resolução da Cobertura Principal de Morte;

2.2. Quando o Segurado/Pessoa Segura atingir sessenta e cinco (65) anos de idade;

2.3. Quando o Segurado/Pessoa Segura deixar de ter a residência habitual no domicílio que consta do Contrato de seguro de vida individual Vida Mais - Plano Proteção.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Para além das exclusões previstas no artigo 3 das Condições Gerais da Cobertura Principal de Morte, com as necessárias adaptações, não estão cobertos:

a) Os sinistros que tenham ocorrido anteriormente ao início da subscrição da apólice de Vida Mais – Plano Proteção, ainda que as suas consequências se tenham prolongado para além dessa data;

b) Os sinistros ocorridos fora da data de validade do Contrato de seguro de vida;

c) Os danos sofridos pelo Segurado/Pessoa Segura em consequência de demência, influência de álcool, ingestão de drogas e estupefacientes sem prescrição médica;

d) Sinistros ocorridos quando o veículo se encontre a ser tripulado por pessoa sem habilitação legal para o efeito ou com a habilitação legal suspensa;

e) Os sinistros causados por engenhos explosivos ou incendiários;

f) As prestações que não tenham sido previamente solicitadas ao Serviço de Assistência, ou tenham sido executadas sem o seu acordo prévio, salvo em casos de força maior ou impossibilidade material demonstrada;

g) Se não for possível ao Serviço de Assistência organizar as prestações devidas no âmbito territorial definido, o mesmo reembolsará o Segurado/Pessoa Segura das despesas que tenha efetuado, dentro dos limites definidos por este seguro e das garantias que forem aplicáveis. O processamento de qualquer reembolso obrigará o Segurado/Pessoa Segura a apresentar a respetiva documentação original comprovativa das despesas efetuadas;

h) Sinistros e danos não comprovados pelo Segurador;

i) Ações de salvamento, assistência médica primária e primeiro transporte medicalizado, sempre que existam e possam ser acionados meios públicos para o efeito;

j) As despesas relativas a tratamentos médicos ou de enfermagem continuados.

4. RESOLUÇÃO DE SINISTROS

É condição indispensável para usufruir das garantias deste contrato que os Segurados/Pessoas Seguras:

a) Contactem imediatamente o Serviço de Assistência, caracterizando a ocorrência e fornecendo todas as informações necessárias para a prestação da assistência solicitada;

b) Sigam as instruções do Serviço de Assistência e tomem as medidas necessárias e possíveis para impedir o agravamento das consequências do sinistro;

c) Obtenham o acordo do Serviço de Assistência antes de assumirem qualquer decisão ou despesa;

d) Satisfaçam, em qualquer altura, os pedidos de informação solicitados pelo Serviço de Assistência, remetendo-lhe prontamente todos os avisos, convocações ou citações que recebam;

e) Recolham e facultem ao Serviço de Assistência os elementos relevantes para a efetivação da responsabilidade de terceiros, quando for o caso.

Contacto telefónico para resolução de sinistros: 213 86 33 22.

5. SUB ROGAÇÃO

Após pagamento ou prestação dos serviços, o Segurador fica sub-rogado nos correspondentes direitos do Tomador do Seguro ou Segurados/Pessoas Seguras, contra quaisquer terceiros responsáveis que não sejam também pessoas seguras ao abrigo deste Contrato.

COBERTURA COMPLEMENTAR REDE BEM-ESTAR

1. ÂMBITO DA COBERTURA

Ao abrigo da presente condição especial, quando prevista nas Condições Particulares, fica ainda garantido o acesso direto por parte do(s) Segurado(s)/Pessoa(s) Segura(s), em condições privilegiadas, a prestadores ligados às áreas do bem-estar, lazer e saúde com quem a AdvanceCare tenha celebrado um acordo de parceria, ficando a cargo do(s) Segurado(s)/Pessoa(s) Segura(s) a responsabilidade pela escolha do referido prestador e pelo pagamento dos respetivos honorários ou custos associados aos serviços prestados.

DISPOSIÇÕES FINAIS

Em todos os casos não previstos nestas Condições Especiais, aplicam-se as Condições Gerais do Seguro Principal e/ou a legislação em vigor.