

N.º Mediador	Cód. Prot.	VC	D. Com
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED] %
EC	N.º Cotação	-	
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	
Visto			
Data Aprovação	[REDACTED]	-	[REDACTED]
N.º Apólice	[REDACTED]		

DATA DE ENTRADA

Produto:

APIDV - Individual



Motivo:

NOVO



ALTERAÇÃO



Em caso de alteração, preencher apenas o número de apólice e os campos a alterar.

Nota: As zonas a tracejado são para preenchimento do Segurador. - Preencha os espaços em letra de impresa. - Assinale com cruz "X" os casos aplicáveis.

1 TOMADOR DO SEGURO

Se já é Cliente, indique por favor um dos seguintes elementos

N.º Cliente [REDACTED] N.º Apólice [REDACTED] Matrícula [REDACTED]

N.º Contribuinte [REDACTED]

1.1 Dados Obrigatórios

Nome [REDACTED]
[TITLE] Título/Sigla [REDACTED]

Morada [REDACTED]
[N.º] N.º [REDACTED] Andar [REDACTED] Código Postal [REDACTED] - [REDACTED]

Localidade [REDACTED] País Morada [REDACTED]

N.º Contribuinte [REDACTED] Nacionalidade [REDACTED]

País Naturalidade [REDACTED] Dupla Nacionalidade: Não [] Sim [] País [REDACTED]

Cliente Individual Data Nascimento [REDACTED] Sexo: M [] F []

Profissão [REDACTED] Código Estatístico [REDACTED]

Cliente Coletivo CAE [REDACTED] Descrição [REDACTED]

Formas de representação da empresa: Sede Social [] Sucursal [] Outro [] País da Sede Social [REDACTED]

Existem sócios com uma participação >= 25% no capital ou direito de voto? Não [] Sim [] (indique no mod. 5500-321 Minuta de Sócios)

N.º Empregados: 1 a 4 [] 5 a 9 [] 10 a 19 [] 20 a 49 [] 50 a 199 [] + de 200 []

Telefone [REDACTED] Telemóvel [REDACTED] Fax [REDACTED]

Email [REDACTED]

1.2 Dados Complementares

De forma a podermos melhorar o serviço ao cliente, queira por favor preencher os seguintes dados:

Contacto Preferencial: Agente [] Correio [] Email [] Fax [] Telefone [] Telemóvel []

Período Preferencial: Semana [] Fim de Semana [] Hora 9/18 [] 18/21 []

Nome de Contacto [REDACTED]

Cliente Individual

BI/C.Cidadão [REDACTED]

Carta de Condução N.º [REDACTED]

Tipo Carta [REDACTED]

Data Carta [REDACTED] - [REDACTED] - [REDACTED]

Estado Civil: Solteiro [] União de Facto [] Casado [] Separado [] Divorciado [] Viúvo [] N.º Filhos: [REDACTED]

Situação Profissional:

Quadro superior [] Técnico/Profissional de Nível Médio [] Técnico Especializado [] Administrativo [] Pessoal de Serviços/Vendedor []

Operário e Similar [] Doméstica [] Não Ativo (Estudante, Reformado, Desempregado) [] Outra, qual? _____

Setor de Atividade: Agricultura/Pescas [] Transportes/Comunicações e Energia [] Administração Pública [] Banca/Seguros [] Hotelaria e Restauração []

Construção [] Educação, Saúde e Ação Social [] Indústria [] Comércio [] Outros Serviços []

Outro, qual? [REDACTED]

Habilidades Literárias:

Ensino Básico (até 9.º ano) [] Ensino Secundário (até 12.º ano) [] Bacharelato/Licenciatura [] Pós-Graduação/Mestrado/Doutoramento []

Cliente Coletivo

Forma Jurídica: Emp. Nome Individual [] Soc. Unipessoal [] Soc. por Quotas [] Soc. Anónima [] Outra, qual? _____

Ano de Início de Atividade [REDACTED]

2

DADOS DA APÓLICE

2.1 Início do Seguro

Data - - Hora

2.2 Duração do Seguro

Um Ano e Seguintes Data de Vencimento - - Temporário N.º Dias ou Data Fim - -

2.3 Periodicidade de Pagamento

Anual Semestral Trimestral Mensal Única

2.4 Modalidade de Pagamento

Sugerimos a escolha da modalidade DÉBITO DIRETO para que possa assegurar o pagamento atempado do prémio/fração.

Autorização de Débito Direto SEPA
SEPA Direct Debit Mandate

Referência da autorização (ADD) a completar pelo Credor.
Mandate reference – to be completed by the creditor.

Ao subscrever esta autorização, está a autorizar o CREDOR a enviar instruções ao seu BANCO para debitar a sua conta e, simultaneamente, a autorizar o seu BANCO a debitá-la a sua conta, de acordo com as instruções do CREDOR.

Os seus direitos incluem a possibilidade de exigir do seu BANCO o reembolso do montante debitado, nos termos e condições acordados com o seu BANCO. O reembolso deve ser solicitado até um prazo de oito semanas, a contar da data do débito na sua conta. Preencha por favor todos os campos assinalados com *.

By signing this mandate form, you authorise the CREDITOR to send instructions to your BANK to debit your account and authorise your BANK as well to debit your account in accordance with the instructions from CREDITOR.
As part of your rights, you are entitled to a refund from your BANK under the terms and conditions of your agreement with your BANK. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited. Please complete all the fields marked *.

Identificação do Devedor

Debtor identification

Nome do(s) Devedor(es) /
Name of the debtor(s)*

Nome de rua e número /
Street name and number*

Código Postal / Postal code* - Cidade / City*

País / Country*

Número de conta - IBAN /
Account number - IBAN* BIC SWIFT /
SWIFT BIC

Identificação do Credor

Creditor identification

Nome do Credor /
Creditor name G E N E R A L I S E G U R O S, S. A.

Identificação do Credor /
Creditor identifier P T 1 8 1 0 0 0 0 2

Nome de rua e número /
Street name and number A V. D A L I B E R D A D E, 2 4 2

Código Postal / Postal code 1 2 5 0 - 1 4 9 Cidade / City L I S B O A

País / Country P O R T U G A L

Tipos de pagamento

Type of payments Pagamento recorrente / Recurrent payment

Local onde está a assinar

Location in which you are signing Localidade / Location Data / Date - -

Assinar aqui por favor:
Please sign here Assinatura(s) / Signature(s)*

Os seus direitos, referentes à autorização acima referida, são explicados em declaração que pode obter no seu Banco.
Your rights regarding the above mandate are explained in a statement that you can obtain from your bank.

Em alternativa, enviaremos o aviso de cobrança para a morada por si indicada:

Envio para a morada

Morada da Cobrança

(Preencher se diferente da morada do Tomador) N.º Andar Código Postal -

2.5 Questões Obrigatórias

O risco que pretende garantir está ou esteve seguro em qualquer outro Segurador?

Sim

Não

Existem débitos por falta de pagamento dos prémios?

Sim Não

PESSOAS SEGURAS

Se a Pessoa Segura 1 já é Cliente, indique por favor um dos seguintes elementos

N.º Cliente	<input type="text"/>	N.º Apólice	<input type="text"/>	Matrícula	<input type="text"/>
N.º Contribuinte	<input type="text"/>				

Pessoa Segura 1 (PS1) - Preencher apenas se diferente do Tomador do Seguro

Nome	<input type="text"/>								
	<input type="text"/>		Título/Sigla	<input type="text"/>	Nacionalidade	<input type="text"/>			
Morada	<input type="text"/>								
	<input type="text"/>		N.º	<input type="text"/>	Andar	<input type="text"/>	Código Postal	<input type="text"/> - <input type="text"/>	
Localidade	<input type="text"/>					N.º Contribuinte	<input type="text"/>		
Data Nascimento	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	Sexo	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	Estado Civil	<input type="text"/>			
Profissão	<input type="text"/>					B.I./C.C.			
Telefone	<input type="text"/>	Telemóvel	<input type="text"/>		Fax	<input type="text"/>			
Email	<input type="text"/>								

Pessoa Segura 2 (PS2)N.º Cliente

Nome	<input type="text"/>								
	<input type="text"/>		Título	<input type="text"/>	Nacionalidade	<input type="text"/>			
Morada	<input type="text"/>								
	<input type="text"/>		N.º	<input type="text"/>	Andar	<input type="text"/>	Código Postal	<input type="text"/> - <input type="text"/>	
Localidade	<input type="text"/>					N.º Contribuinte	<input type="text"/>		
Data Nascimento	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	Sexo	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	Estado Civil	<input type="text"/>			
Profissão	<input type="text"/>					B.I. / C.C.			
Telefone	<input type="text"/>	Telemóvel	<input type="text"/>		Fax	<input type="text"/>			
Email	<input type="text"/>								

Grau de Parentesco em relação ao Tomador do Seguro (se aplicável) _____

Pessoa Segura 3 (PS3)N.º Cliente

Nome	<input type="text"/>								
	<input type="text"/>		Título/Sigla	<input type="text"/>	Nacionalidade	<input type="text"/>			
Morada	<input type="text"/>								
	<input type="text"/>		N.º	<input type="text"/>	Andar	<input type="text"/>	Código Postal	<input type="text"/> - <input type="text"/>	
Localidade	<input type="text"/>					N.º Contribuinte	<input type="text"/>		
Data Nascimento	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	Sexo	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	Estado Civil	<input type="text"/>			
Profissão	<input type="text"/>					B.I./C.C.			
Telefone	<input type="text"/>	Telemóvel	<input type="text"/>		Fax	<input type="text"/>			
Email	<input type="text"/>								

Grau de Parentesco em relação ao Tomador do Seguro (se aplicável) _____

Pessoa Segura 4 (PS4)N.º Cliente

Nome	<input type="text"/>								
	<input type="text"/>		Título	<input type="text"/>	Nacionalidade	<input type="text"/>			
Morada	<input type="text"/>								
	<input type="text"/>		N.º	<input type="text"/>	Andar	<input type="text"/>	Código Postal	<input type="text"/> - <input type="text"/>	
Localidade	<input type="text"/>					N.º Contribuinte	<input type="text"/>		
Data Nascimento	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	Sexo	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	Estado Civil	<input type="text"/>			
Profissão	<input type="text"/>					B.I. / C.C.			
Telefone	<input type="text"/>	Telemóvel	<input type="text"/>		Fax	<input type="text"/>			
E-mail	<input type="text"/>								

Grau de Parentesco em relação ao Tomador do Seguro (se aplicável) _____

4.1 Acidentes Pessoais (individuais ou agregado família)

N.º de Pessoas Seguras: "Proteção Estudante" _____ "Proteção Ativa" _____ "Proteção Sénior" _____

Coberturas	<input type="checkbox"/> Base	<input type="checkbox"/> Mais	<input type="checkbox"/> Top
4.1.1. "Proteção Estudante"			
Coberturas Base			
Invalidez Permanente (1)	25.000 € <input type="checkbox"/> _____ €	50.000 € <input type="checkbox"/> _____ €	100.000 € <input type="checkbox"/> _____ €
Capital Adicional (1)			
Despesas de Tratamento (franquia 50 €)	1.000 €	2.000 €	10.000 €
Morte	-	25.000 €	50.000 €
Incapacidade Temporária Absoluta por Internamento Hospitalar	-	-	30 €
Responsabilidade Civil (franquia 50 €)	5.000 €	10.000 €	20.000 €
Assistência Estudante	√	√	√
Cobertura Opcional			
Módulo Desporto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.1.2. "Proteção Ativa"			
Coberturas Base			
Morte ou Invalidez Permanente (1)	25.000 € <input type="checkbox"/> _____ €	50.000 € <input type="checkbox"/> _____ €	100.000 € <input type="checkbox"/> _____ €
Capital Adicional (1)			
Despesas de Tratamento (franquia 50 €)	2.000 €	2.500 €	10.000 €
Despesas de Funeral	1.500 €	2.000 €	3.000 €
Incapacidade Temporária Absoluta por Internamento Hospitalar	-	25 €	75 €
Assistência em Viagem	√	√	√
Cobertura Opcional			
Módulo Desporto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.1.3. "Proteção Sénior"			
Coberturas Base			
Morte ou Invalidez Permanente (2)	10.000 € <input type="checkbox"/> _____ €	25.000 € <input type="checkbox"/> _____ €	50.000 € <input type="checkbox"/> _____ €
Capital Adicional (2)			
Despesas de Tratamento (franquia 50 €)	1.000 €	2.500 €	5.000 €
Despesas de Funeral	1.000 €	1.500 €	2.500 €
Assistência em Casa	√	√	√
Cobertura Opcional			
Módulo Desporto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.1.4. "Proteção à Medida"			
Coberturas			
Morte (1)	_____ €	-	_____ €
Invalidez Permanente (1)	_____ €	-	_____ €
Morte ou Invalidez Permanente (1)	-	_____ €	_____ €
Despesas de Tratamento (franquia 50 €) (2)	-	_____ €	_____ €
Despesas de Funeral (2)	-	_____ €	_____ €
Incapacidade Temporária Absoluta por Intern. Hospitalar (3)	-	_____ €	_____ €
Incapacidade Temporária (4)	-	-	_____ €
Franquia (dias)	-	-	-
Responsabilidade Civil (franquia 50 €) (5)	-	-	_____ €
Aumento de capitais em viagem* (6)	-	<input type="checkbox"/> 2x <input type="checkbox"/> 3x <input type="checkbox"/> 4x	<input type="checkbox"/> 2x <input type="checkbox"/> 3x <input type="checkbox"/> 4x
Assistência (7)			
Assistência em Viagem	-	√	<input type="checkbox"/>
Assistência Estudante	-	-	<input type="checkbox"/>
Assistência em Casa	-	-	<input type="checkbox"/>
Assistência Atividades Desportivas	-	-	<input type="checkbox"/>

4

COBERTURAS, CAPITAIS E FRANQUIAS (Continuação)

(1) 25.000 €, 30.000 €, 35.000 €, 40.000 €, 50.000 €, 75.000 €, 100.000 €, 125.000 €, 150.000 €, 200.000 € ou 250.000 €

(2) Múltiplos de 500 €, desde 1.000 € até ao limite de 15.000 €, e de 20% do capital das coberturas principais**

(3) Múltiplos de 5 € até ao limite de 50 €, no máximo de 0,2% do capital das coberturas principais e de 1% de Despesas de Tratamento

(4) Múltiplos de 5 € até ao limite de 35 €, no máximo de 0,1% do capital das coberturas principais e de 1% de Despesas de Tratamento. As profissões das classes de risco 3 e 4 têm franquias obrigatórias de 3 e 7 dias respetivamente

(5) Múltiplos de 5.000 € até ao limite de 15.000 €

(6) Aplicável às coberturas de Morte, Invalidez Permanente, Morte ou Invalidez Permanente e Despesas de Tratamento

(7) Na opção Top é possível selecionar mais do que uma cobertura de Assistência

* Obrigatório na opção Mais e opcional na opção TOP

** Morte, Invalidez Permanente ou Morte ou Invalidez Permanente

4.2 Estudar no Estrangeiro

Coberturas	<input type="checkbox"/> Base	<input type="checkbox"/> Mais
Coberturas Base		
Morte ou Invalidez Permanente	25.000 €	50.000 €
Responsabilidade Civil (franquia 50 €)	10.000 €	20.000 €
Assistência	✓	✓
Equipamento Eletrónico (franquia 50 €)	1.000 €	1.000 €
Cobertura Opcional		
Terrorismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Estrangeiro em Portugal: Não Sim País destino: _____ Duração: 3 meses 6 meses 12 meses

4.3 Atividades Desportivas (Move It)

Coberturas	<input type="checkbox"/> Atividades Desportivas (Move It)
Coberturas Base	
Morte ou Invalidez Permanente	30.000 €
Despesas de Tratamento (franquia 100 €)	5.000 €
Despesas de Funeral	2.500 €
Responsabilidade Civil (franquia 50 €)	10.000 €
Assistência	✓

5 DECLARAÇÕES COMPLEMENTARES - apenas para a opção Acidentes Pessoais (campo 4.1)

Caso se verifique ou preencha alguma das seguintes situações, assinale a mesma com cruz (X):

	PESSOA SEGURA 1	PESSOA SEGURA 2	PESSOA SEGURA 3	PESSOA SEGURA 4
1. Desempenha outra atividade profissional.	<input type="checkbox"/> Especifique: _____			
2. Trabalha com andaimes, telhados, pontes ou obras de arte, minas, poços ou pedreiras com explosivos, materiais radioativos ou materiais perigosos.	<input type="checkbox"/> Especifique: _____			
3. Sofreu/sofre de enfermidades suscetíveis de determinar acidentes, de agravar as suas consequências ou atrasar a cura das lesões (por exemplo: reumatismo, paralisia, diminuição das faculdades visuais ou auditivas, vertigens, síncope, diabetes, alcoolismo, epilepsia, doenças da espinha ou medulares, doenças do foro psíquico).	<input type="checkbox"/> Especifique: _____			
4. Foi-lhe atribuída uma invalidez permanente.	<input type="checkbox"/> Especifique: _____			
5. É canhoto.	<input type="checkbox"/> Especifique: _____			

6

OBSERVAÇÕES

PRÉMIO

Valor a Pagar na Primeira Anuidade



O valor indicado poderá sofrer um ligeiro ajuste em relação ao valor a constar no aviso de cobrança.

CONSEQUÊNCIA DE FALTA DE PAGAMENTO DO VALOR A PAGAR

Acordados entre as partes os termos e condições em que o contrato vigorará, a produção de efeitos do mesmo e respetivas coberturas ficará sempre dependente do efetivo pagamento do prémio ou fração inicial por parte do Tomador do Seguro.

O não pagamento do prémio determinará, em relação ao prémio ou fração inicial, a resolução automática do contrato a contar da respetiva data de celebração, em relação aos restantes prémios, a resolução automática do contrato na data em que o mesmo era devido ou a não renovação do contrato.

DECLARAÇÃO

O Tomador do Seguro e o(s) Segurado(s)/Pessoa(s) Segura(s) GARANTE(M) a exatidão e completude das declarações prestadas na presente Proposta e Questionário Clínico, quando houver lugar ao preenchimento do mesmo, sob pena de incorrer nas consequências previstas nos artigos 25º e 26º do Regime Jurídico do Contrato de Seguro (DL n.º 72/2008, de 16 de abril). Nesta conformidade, caso se trate de uma inexatidão ou omissão dolosa, o contrato será anulado e os sinistros recusados. Em caso de inexatidão ou omissão negligente, o contrato será alterado e os sinistros garantidos na proporção da diferença entre o prémio pago e o prémio que seria devido se o facto inexato ou omitido fosse conhecido, sem prejuízo da possibilidade de o Segurador poder anular o contrato caso se prove que em caso algum o teria celebrado se tivesse conhecido o facto omitido ou inexato, salvo se entretanto ocorrer a contestabilidade do contrato.

DECLARA(M) terem-lhe sido prestadas todas as informações relevantes para a subscrição do presente Contrato, nomeadamente as suas principais características e âmbito das garantias.

DECLARA(M) ainda ter recebido uma "Nota Informativa" com um resumo das Condições Gerais e Especiais, as próprias Condições Gerais e Especiais aplicáveis ao contrato, bem como os esclarecimentos exigíveis nos termos previstos nos artigos 18º e 185º do DL n.º 72/2008, de 16 de abril.

DECLARA(M) ter tomado conhecimento de que o Segurador deve informar o Beneficiário (no caso de ter sido nomeado pelo Tomador do Seguro) da existência deste Contrato e do seu direito ao Capital Seguro exceto nos casos em que a designação beneficiária seja confidencial ou nos casos em que não tenham sido facultados os elementos suficientes para dar cumprimento aos deveres de informação e comunicação previstos na lei.

DECLARA(M) ter sido informado(s) que todas as condições ao abrigo deste Contrato só terão efeito após aceitação por parte do Segurador, emissão das condições particulares da apólice e pagamento do primeiro recibo de prémio.

DECLARA(M) ainda, ter tomado conhecimento que o presente Contrato será afeto à carteira de seguros do seu Mediador, competindo a este último assegurar a prestação de quaisquer esclarecimentos relacionados com os deveres de informação.

DECLARAÇÃO AUTÓNOMA DE CEDÊNCIA DE AUTORIZAÇÃO DE RECOLHA DE ELEMENTOS CLÍNICOS

O titular consente expressamente que o Segurador ou outros subcontratantes procedam ao tratamento de dados de saúde complementares, em regime de absoluta confidencialidade, recolhidos junto de organismos públicos e empresas especializadas, e autoriza que estas prestem ao médico designado pelo Segurador, as informações e documentos que lhes sejam por estes solicitados no âmbito da autorização agora conferida, mesmo depois de constatado o óbito, tendo em vista a confirmação ou o complemento dos elementos recolhidos necessários à gestão da relação contratual. O titular consente igualmente, de forma expressa, que o Segurador faculte cópia de documento de identificação, quando solicitado.

PESSOA SEGURA 1 _____ PESSOA SEGURA 2 _____

PESSOA SEGURA 3 _____ PESSOA SEGURA 4 _____

Serviços Externos

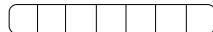
_____ , _____ / _____ / _____

CLIENTE / TOMADOR DO SEGURO

Canal de Cobrança



Canal de Captação



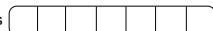
Tipo de Venda:

A1 - Articulada NB

VD - Direta NB



Prestação de Serviços



Indexador Externo:



NOTA INFORMATIVA

SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS

ESTUDAR NO ESTRANGEIRO

ESTUDANTES ESTRANGEIROS EM PORTUGAL

INCAPACIDADES

HOSPITALIZAÇÃO

ATIVIDADES DESPORTIVAS (MOVE IT)

PROGRAMAS OCUPACIONAIS

A presente Nota Informativa não substitui a leitura das Condições Gerais e Especiais aplicáveis ao presente Contrato, constituindo apenas um resumo das mesmas.

Para sua maior comodidade, o Segurador disponibiliza ainda, a todo o tempo, no seu site, as Condições Gerais aplicáveis ao seu contrato para consulta ou impressão.

Âmbito do risco

De acordo com as coberturas subscritas pelo Tomador do Seguro, em caso de acidente o presente Contrato permite garantir, até ao limite dos capitais seguros indicados na proposta, o pagamento dos capitais, subsídios e/ou indemnizações previstos nas seguintes coberturas:

Opções "Proteção Estudante", "Proteção Ativa", "Proteção Séniior" e "Proteção à Medida"

- Morte
- Invalidez Permanente
- Morte ou Invalidez Permanente
- Incapacidade Temporária
- Incapacidade Temporária por Internamento Hospitalar
- Despesas de Tratamento e Repatriamento
- Despesas de Funeral
- Responsabilidade Civil
- Assistência Estudante
- Assistência em Casa
- Assistência em Viagem
- Assistência Atividades Desportivas

Opções "Estudar no Estrangeiro" e "Estudantes Estrangeiros em Portugal"

- Morte ou Invalidez Permanente
- Responsabilidade Civil
- Assistência em Viagem
- Equipamento Eletrónico

Opção "Incapacidades"

- Perda total e definitiva do uso dos membros, da fala, da audição ou da visão
- Incapacidade Temporária Absoluta
- Indemnização por Diagnóstico de Doença Grave
- Assistência às Pessoas

Opção "Hospitalização"

- Incapacidade Temporária por Internamento Hospitalar
- Convalescença
- Morte
- Cuidados Intensivos
- Fraturas
- Invalidez Permanente (igual ou superior a 65%)
- Indemnização por Diagnóstico de Doença Grave
- Assistência às Pessoas

Opção "Atividades Desportivas"

- Morte ou Invalidez Permanente
- Despesas de Tratamento
- Despesas de Funeral
- Responsabilidade Civil
- Assistência Atividades Desportivas

Funcionamento das coberturas

O funcionamento das coberturas ficará condicionado à verificação dos seguintes pressupostos:

- a) Em relação às coberturas de Morte e Invalidez Permanente, o capital só será devido se a morte ocorrer no decurso de dois (2) anos a contar da data do acidente, ou se a Invalidez Permanente for clinicamente constatada e fixada através de relatório médico no decurso de dois (2) anos a contar da data do acidente;
- b) Os capitais seguros para a cobertura de Morte ou Invalidez Permanente não são cumuláveis, pelo que, se a Pessoa Segura vier a falecer em consequência de acidente, ao capital por Morte será deduzido o valor do capital por Invalidez Permanente que, eventualmente, lhe tenha sido atribuído ou pago relativamente ao mesmo acidente;
- c) O montante da indemnização por Invalidez Permanente será determinado pela Tabela Nacional de Incapacidades por Acidente de Trabalho ou pela Tabela Nacional de Incapacidades em Direito Civil, consoante se trate de risco profissional ou extraprofissional;
- d) O subsídio diário garantido ao abrigo da cobertura de Incapacidade Temporária por Internamento Hospitalar só será devido se este tiver o seu início no decurso de 180 dias (90 dias na Opção Hospitalização) a contar da data do acidente.

Beneficiários em caso de morte

Na falta de designação, consideram-se beneficiários em caso de morte os herdeiros constantes nas alíneas a) a d) do artigo 2133º do Código Civil, pela ordem aí estabelecida.

Principais exclusões aplicáveis

Ao presente Contrato são aplicáveis as exclusões constantes nas Condições Gerais, Especiais e Particulares da Apólice, que deverão, para seu conhecimento, ser consultadas e das quais destacamos as seguintes:

- Ação ou omissão da Pessoa Segura sob o efeito do álcool que determine grau de alcoolemia superior a 0,5 gr. por litro e/ou uso de estupefacientes;
- Ações ou omissões criminosas da Pessoa Segura;
- Negligência grave da Pessoa Segura;
- Suicídio ou tentativa de suicídio ou quaisquer ações praticadas pela Pessoa Segura sobre si própria;
- Atos perigosos não justificados pelo exercício da profissão;
- Apostas e desafios;
- Ações praticadas pelo Tomador do Seguro ou pelo Beneficiário sobre a Pessoa Segura bem como as que sejam praticadas por pessoas pelas quais sejam civilmente responsáveis;
- Implantação ou reparação de próteses e/ou ortóteses;
- Perturbações ou danos do foro psíquico;
- Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA);
- Explosão ou quaisquer outros fenómenos direta ou indiretamente relacionados com a desintegração ou fusão de núcleos de átomos, bem como os efeitos da contaminação radioativa;
- Cataclismos da natureza, tais como ventos ciclónicos, terramotos, maremotos, e outros fenómenos análogos nos seus efeitos, e ainda ação de queda de raio.

As quatro exclusões seguintes não se aplicam às opções **Incapacidades e Hospitalização**:

- Prática desportiva federada ou associativa e respetivos treinos;
- Prática de alpinismo, artes marciais, boxe, caça de animais ferozes, caça submarina, desportos de inverno, motonáutica, motorismo, parapiedismo, tauromaquia e outros desportos e atividades análogas na sua perigosidade, tais como por exemplo, voo em asa delta e ultraleves, BTT, bungee jumping, escalada, espeleologia, kite surf, montanhismo, parapente, rafting, rappel, rugby, esqui náutico, slide, surf, body board e windsurf;
- Pilotagem de aeronaves, utilização de veículos motorizados de duas ou três rodas e motoquatro (ATV);
- Greves, distúrbios laborais, tumultos e/ou alteração de ordem pública, atos de terrorismo e sabotagem, insurreição, revolução, guerra civil, invasão e guerra contra país estrangeiro (declarada ou não) e hostilidades entre nações estrangeiras (quer haja ou não declaração de guerra) ou atos bélicos provenientes direta ou indiretamente dessas hostilidades.

As 3 exclusões seguintes não se aplicam às opções **Incapacidades e Hospitalização**, se contratadas as coberturas opcionais de saúde:

- Hérnias de qualquer natureza, varizes e suas complicações, lumbagos, roturas ou distensões musculares;
- Ataque cardíaco, salvo se for causado por traumatismo físico externo à Pessoa Segura;
- Quaisquer doenças que não sejam consequência direta do acidente garantido pelo contrato.

Adicionalmente são aplicáveis à Opção **Atividades Desportivas** as seguintes exclusões:

- Inobservância das disposições preventivas das leis e regulamentos em geral, e em especial, os relativos à prática das diversas atividades desportivas;
- Prática de alpinismo, BTT na modalidade de "downhill", "Parkour", escalada de paredes naturais ou artificiais, parapente, rafting, rappel, esqui náutico, slide, caça de animais ferozes, parapiedismo, tauromaquia, "bungee jumping", voo em asa delta, ultraleves, espeleologia, parapente e desportos motorizados à exceção da prática de motonáutica e outros desportos e atividades análogas na sua perigosidade;
- Sinistros ocorridos durante ou em consequência da prática de desportos motorizados e da prática de competição em geral de desportos motorizados, quer na competição em si, quer em treinos, apostas e desafios;
- Guerra, declarada ou não, invasão, atos de inimigos estrangeiros, rebelião, revolução, insurreição, greves, "lock-outs", distúrbios laborais, tumultos, alterações da ordem pública, atos de vandalismo, execução de lei marcial, usurpação de poder civil ou militar e atos de terrorismo, tal como se encontram tipificados na legislação penal;
- Atos perigosos não justificados pela prática da atividade desportiva segura (na Opção Atividades Desportivas).

Relativamente à garantia de **Responsabilidade Civil**, também não ficam garantidos os danos resultantes ou causados por:

- Responsabilidade civil profissional;
- Responsabilidade criminal, assim como todos os danos decorrentes da prática de um crime;
- Utilização ou propriedade de quaisquer veículos aquáticos, aéreos ou terrestres, exceto bicicletas sem motor quando utilizadas em recintos privados ou públicos não sujeitos ao Código da Estrada;
- Prática de atividades desportivas de caça e pesca, mesmo como amador, e de todas as restantes quando sejam praticadas em condições competitivas;
- Exercício de qualquer atividade profissional, mercantil, industrial, política, ou de um cargo ou atividade em associações ou organizações de qualquer tipo, mesmo não remunerada;
- Quaisquer danos que devam ser garantidos ao abrigo de seguros obrigatórios;
- Danos causados a bens confiados à guarda ou alugados pelo Segurado e ainda os que tenham sido entregues para transporte, manejo ou uso.

Relativamente à garantia de **Equipamento Eletrónico**, também não ficam garantidos os danos:

- Devidos a desgaste pelo uso ou a qualquer deficiência de funcionamento mecânico;
- Que estejam abrangidos nas garantias do fornecedor, fabricante ou instalador;
- Em máquinas ou equipamentos adquiridos ou em utilização há mais de 5 (cinco) anos;
- Desaparecimento inexplicável, perdas ou extravio.

Relativamente às opções de **Incapacidades e Hospitalização**, também não ficam garantidos:

- Acidentes ocorridos fora dos seguintes territórios: Europa, Estados Unidos da América (EUA), Canadá, Austrália e Nova Zelândia;
- Doenças ou lesões pré-existentes;
- Doenças epidêmicas oficialmente declaradas;
- Partos e complicações devidas ao estado de gravidez ou da sua interrupção.

Se contratada a cobertura de **Indemnização por Diagnóstico de Doença Grave**:

- Cancro da mama:

Ficam excluídos os tipos de cancro não invasivo da mama (por exemplo, carcinoma ductal ou lobular "in situ"); todos os cancros da mama micro invasivos (T1mic); tumores benignos da mama (por exemplo, os fibroadenomas ou quistos); qualquer displasia, hiperplasia atípica ou necrose gorda; carcinomas invasivos da mama ligados a síndromes hereditários (por exemplo, síndrome de Cowden);

Principais exclusões aplicáveis (continuação)

- Cancro do útero:
Ficam excluídos os cancros que sejam histologicamente classificados como pré-malignos e não invasivos ou cancros "in situ" (incluindo a displasia cervical CIN-1, CIN-2 e CIN-3); lesões causadas por endometriose; miomas uterinos;
- Cancro do intestino:
Ficam excluídos os cancros histologicamente classificados como pré-malignos e não invasivos ou cancro "in situ" (incluindo adenomas displásicos); pólipos colorretais malignos minimamente invasivos, tratáveis unicamente por procedimentos endoscópicos; os tumores do tecido gastrointestinal (GIST) do cólon, reto ou apêndice com baixo potencial maligno; os tumores carcinoides; o cancro colorretal ligado a síndromes hereditárias (por exemplo, a polipose intestinal adenomatosa familiar);
- Cancro do pulmão:
Ficam excluídos o cancro do pulmão não classificado como cancro não microcítico do pulmão (SCLC) ou cancro do pulmão de células pequenas (SCLC); cancros que sejam histologicamente classificados como pré-malignos não invasivos ou cancro "in situ"; mesotelioma; metástases pulmonares de tumores primitivos, de outras partes do corpo;
- Cancro da próstata:
Ficam excluídos o cancro da próstata cuja classificação histológica não apresente um grau de Gleason maior do que 6 ou tenha evoluído, pelo menos, até ao estádio T2N0M0 da classificação TNM; neoplasia intra-epitelial prostática de baixo grau ou alto grau (LG-PIN ou HG-PIN);
- Enfarte do miocárdio:
Ficam excluídos o 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.

Sempre que uma cobertura fornecida pela 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 aplicáveis na ordem jurídica nacional, a cobertura será considerada nula, não produzindo quaisquer efeitos.

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.

Renovação e denúncia do contrato

Quando o contrato for celebrado por um ano a continuar pelos seguintes, considera-se sucessivamente renovado por períodos anuais, salvo se, previamente à data de vencimento, qualquer das partes manifestar a vontade de lhe pôr fim mediante comunicação escrita, com trinta (30) dias de antecedência em relação à data de efeito.

Livre resolução

Quando o contrato for celebrado por uma duração igual ou superior a seis (6) meses, o Tomador do Seguro, sendo pessoa singular, dispõe de um prazo de trinta (30) dias a contar da receção da Apólice para poder resolver o contrato sem invocar justa causa, mediante envio de comunicação escrita ao Segurador, em suporte de papel ou outro meio duradouro disponível e acessível ao Segurador.

A livre resolução do contrato tem efeito retroativo, tendo porém o Segurador direito ao:

- a) Valor do Prémio relativo ao período 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.

Regime de transmissão de contrato

A transmissão da posição contratual do Tomador do Seguro, nos casos em que seja possível, depende sempre do consentimento do Segurador.

Modo de efetuar reclamações

O Segurador dispõe de uma unidade orgânica responsável pela gestão de reclamações à qual poderão ser dirigidas quaisquer questões relacionadas com o presente Contrato. Em caso de divergência com o Segurador, o Tomador do Seguro e/ou Pessoa Segura podem também apresentar reclamação em Livro de Reclamações, bem como solicitar a intervenção da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões, sem prejuízo ainda da possibilidade do recurso à arbitragem ou aos tribunais, de acordo com as disposições legais em vigor.

Autoridade de supervisão

Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões (www.asf.com.pt).

Lei aplicável

O contrato rege-se pela Lei portuguesa.