

☐ Novo☐ AlteraçãoApólice Agente/Mediador Data de início Gestor de Rede ☐ Singular ☐ Empresa ☐ Venda Cruzada ☐ Enquadramento Comercial**1 TOMADOR DO SEGURO**Nome Morada Cód. Postal - País Morada País Naturalidade Nacionalidade Dupla Nacionalidade: Sim ☐ Não ☐Se Sim, qual(ais): B. Identidade/C.Cidadão Sexo: M ☐ F ☐ Data Nasc. - - Tel. Contrib. N.º Profissão Ent. Patronal Contrib. N.º (Ent. Patronal) CAE Descrição N.º Empregados: 1 a 4 ☐ 5 a 9 ☐ 10 a 19 ☐ 20 a 49 ☐ 50 a 199 ☐ + de 200 ☐ Ano Início Atividade Volume de Faturação (milhares de €): Até 149 ☐ De 150 a 499 ☐ De 500 a 2.499 ☐ Mais de 2.500 ☐Forma Jurídica: Emp. Nome Individual ☐ Soc. Unipessoal ☐ Soc. por Quotas ☐ Soc. Anónima ☐ Outra Email

Nota: No caso em que o prémio anual seja superior a 15.000 €, é necessário preencher a declaração de proveniência e justificação de fundos.

ALTOS CARGOS PÚBLICOS (PEP)Exerce ou exerceu, durante o último ano, um alto cargo de natureza política ou pública?* Sim ☐ Não ☐Em caso afirmativo, identifique o cargo: Possui relações de parentesco próximo (cônjuge, pais ou filhos e respetivos cônjuges, ou unidos de facto) com uma pessoa titular de um alto cargo de natureza política ou pública?* Sim ☐ Não ☐Em caso afirmativo, identifique o cargo do familiar em causa: Possui relações de natureza comercial ou societária, com uma pessoa titular de um alto cargo de natureza política ou pública?* Sim ☐ Não ☐Em caso afirmativo, identifique a relação existente:

* Perguntas de resposta obrigatória nos casos em que o prémio anual seja superior a 15.000,00 €

2 SEGURADO/PESSOA SEGURA (PS1) (Preencher se for diferente do Tomador do Seguro)Nome Morada Cód. Postal - Tel. Sexo: M ☐ F ☐ Data Nasc. - - Nacionalidade Contrib. N.º B. Identidade/C.Cidadão Profissão Ent. Patronal Contrib. N.º (Ent. Patronal) Email **3 SEGUNDO SEGURADO/PESSOA SEGURA (PS2) (Preencher se existirem dois Segurados/Pessoas Seguras)**Nome Morada Cód. Postal - Tel. Sexo: M ☐ F ☐ Data Nasc. - - Nacionalidade Contrib. N.º B. Identidade/C.Cidadão Profissão Ent. Patronal Contrib. N.º (Ent. Patronal) Email

4 COBERTURA, CAPITAL SEGURO E PRÉMIOS
Capital Seguro
 Euros
 (Mínimo 50.000,00 €)

Coberturas

Morte	✓			
Exoneração de Pagamentos de Prémios	✓			
Invalidez Profissional	✓			
Prestação Mensal: - 500,00 € - 1.000,00 € - 1.500,00 € - 2.000,00 €	1º Segurado/Pessoa Segura		2º Segurado/Pessoa Segura	
	☐ ☐ ☐ ☐		☐ ☐ ☐ ☐	
Incapacidade Temporária Absoluta ⁽¹⁾ Prestação Mensal: - 0,5% do capital seguro - 0,75% do capital seguro - 1% do capital seguro - 2% do capital seguro	1º Segurado/Pessoa Segura		2º Segurado/Pessoa Segura	
	12 meses	24 meses	12 meses	24 meses
	☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐
Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível 65% - Associado ao Crédito à Habitação ⁽²⁾ - Não associado ao Crédito à Habitação ⁽³⁾	1º Segurado/Pessoa Segura		2º Segurado/Pessoa Segura	
	☐ ☐ , 00 €		☐ ☐ , 00 €	
Doenças Graves 27	1º Segurado/Pessoa Segura		2º Segurado/Pessoa Segura	
	☐ 25.000,00 € ☐ 50.000,00 €		☐ 25.000,00 € ☐ 50.000,00 €	
Morte por Acidente	☐			

(1) O valor máximo de prestação mensal é 5.000,00 €.

(2) Só para seguros associados ao Crédito à Habitação e com capital seguro igual ao da cobertura principal de Morte.

(3) Apenas disponível para Segurado(s)/Pessoa(s) Segura(s) com cinquenta (50) ou mais anos de idade, sendo o capital seguro da cobertura definido por estes e podendo ser no mínimo de 10.000,00 € e no máximo de 100.000,00 €.

PRÉMIOS
Prémio Total indicado: Euros

Periodicidade de Pagamento: ☐ Mensal ☐ Trimestral ☐ Semestral ☐ Anual

O prémio total indicado poderá divergir ligeiramente em relação ao prémio a constar no aviso de cobrança.

5 CREDOR HIPOTECÁRIO

Preencher apenas no caso em que a cobertura de Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível 65% (IDPAC 65%) seja subscrita e esteja associada ao Crédito à Habitação.

Credor Hipotecário: _____

Nº Empréstimo: _____

6 CLÁUSULA BENEFICIÁRIA

Sem prejuízo da possibilidade que assiste ao Tomador do Seguro e/ou Segurado/Pessoa Segura de poder optar pela atualização anual do capital seguro, na data de vencimento do contrato, fica expressamente acordado que não existe qualquer identidade entre o capital em dívida ao abrigo do contrato de crédito à habitação celebrado com o Banco (Beneficiário) e o capital seguro garantido ao abrigo do contrato.

Nesta conformidade, se em caso de Morte ou Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível do(s) Segurado(s)/Pessoa(s) Segura(s) (quando estas garantias complementares tiverem sido subscritas e contempladas nas Condições Particulares) o valor a pagar pela indemnização for superior ao capital em dívida no Banco, a parte excedentária reverte a favor do(s) Segurado(s)/Pessoa(s) Segura(s) em caso de invalidez ou a favor dos Herdeiros Legais do(s) Segurado(s)/Pessoa(s) Segura(s) em caso de morte deste(s).

7 MODALIDADE DE PAGAMENTO**Autorização de Débito Direto SEPA**
SEPA Direct Debit MandateReferência 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 debitar 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 **GENERALI SEGUROS, S.A.**Identificação do Credor /
Creditor identifier **PT19108811**Nome de rua e número /
Street name and number **AV. DA LIBERDADE, 242**Código Postal / Postal code **1250 - 149** Cidade / City **LISBOA**País / Country **PORTUGAL****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.

8
QUESTIONÁRIO

PS1	PS2	Especialidade	Descritivo	PS1	PS2	Especialidade	Descritivo	PS1	PS2	Especialidade	Descritivo
☐	☐	Acupuntura Médica	SC000030	☐	☐	Gastroenterologia com cirurgia	SE000110	☐	☐	Neurologia	SE000410
☐	☐	Ajudante de Farmácia	ST000270	☐	☐	Gastroenterologia Pediátrica	SE000780	☐	☐	Neuropediatria	SSE00030
☐	☐	Anatomia Patológica	SE000520	☐	☐	Gastroenterologia sem cirurgia	SE000310	☐	☐	Neuroradiologia	SE000640
☐	☐	Anestesiologia	SE000030	☐	☐	Genética Médica	SE000320	☐	☐	Nutricionista	ST000080
☐	☐	Angiologia e Cirurgia Vascular	SE000050	☐	☐	Geriatrics	SC000080	☐	☐	Odontologia (com CE Técnico de Saúde)	SE000590
☐	☐	Assistente Operacional	ST000020	☐	☐	Gestão dos Serviços de Saúde	SC000090	☐	☐	Oftalmologia com cirurgia	SE000160
☐	☐	Auxiliar de Enfermeiro	ST000380	☐	☐	Ginecologia Oncológica	SE000790	☐	☐	Oftalmologia sem cirurgia	SE000420
☐	☐	Avaliação do Dano Corporal	SC000050	☐	☐	Ginecologia/Obstetrícia	SE000040	☐	☐	Oncologia Médica	SE000430
☐	☐	Bacteriologia	ST000490	☐	☐	Hematologia Clínica	SE000330	☐	☐	Oncologia Pediátrica	SE000820
☐	☐	Biologia Clínica	SE000670	☐	☐	Hepatologia	SSE000050	☐	☐	Ortopedia	SE000170
☐	☐	Bioquímica Clínica	SE000740	☐	☐	Hidrologia Médica	SC000040	☐	☐	Otorrinolaringologia com cirurgia	SE000180
☐	☐	Cardiologia com Hemodinâmica	SE000231	☐	☐	Higienista Oral	ST000070	☐	☐	Otorrinolaringologia sem cirurgia	SE000440
☐	☐	Cardiologia de Intervenção	SE000760	☐	☐	Imunoalergologia	SE000340	☐	☐	Parteira	ST000110
☐	☐	Cardiologia Pediátrica	SE000240	☐	☐	Imunohemoterapia	SE000350	☐	☐	Patologia Clínica	SE000600
☐	☐	Cardiologia sem Hemodinâmica	SE000230	☐	☐	Inspeção Médica	SF000010	☐	☐	Patologia Experimental	SC000100
☐	☐	Cirurgia Cardiorácica	SE000060	☐	☐	Internato Complementar	SI000010	☐	☐	Pediatria	SE000660
☐	☐	Cirurgia Geral	SE000070	☐	☐	Internato Geral	SI000020	☐	☐	Planeamento Familiar Médico	SE000190
☐	☐	Cirurgia Maxilo-Facial	SE000010	☐	☐	Internato Médico	SI000030	☐	☐	Pneumologia	SE000460
☐	☐	Cirurgia Pediátrica	SE000080	☐	☐	Medicina da Dor	SC000060	☐	☐	Protético Dental	ST000330
☐	☐	Cirurgia Plástica e Reconstructiva e Estética	SE000020	☐	☐	Medicina da Reprodução	SE000810	☐	☐	Psiquiatria	SE000470
☐	☐	Codificação Clínica	SC000130	☐	☐	Medicina Dentária	SE000540	☐	☐	Psiquiatria da Infância e da Adolescência	SE000480
☐	☐	Cuidados Intensivos Pediátricos (UCI)	SE000830	☐	☐	Medicina Dentária - Ortodontia	SSE00100	☐	☐	Radiodiagnóstico	SE000490
☐	☐	Dermato-Venereologia com cirurgia	SE000090	☐	☐	Medicina Dentária - Cirurgia Oral	SE000840	☐	☐	Radiologia	SE000680
☐	☐	Dermato-Venereologia sem cirurgia	SE000250	☐	☐	Medicina Dentária - Odontopediatria	SSE000090	☐	☐	Radioncologia	SE000200
☐	☐	Dermatopatologia	SE000770	☐	☐	Medicina Dentária - Periodontologia	SE000850	☐	☐	Radioterapia	SE000210
☐	☐	Dietista	ST000030	☐	☐	Medicina Desportiva com cirurgia	SE000120	☐	☐	Reumatologia	SE000500
☐	☐	Doenças Infecciosas	SE000260	☐	☐	Medicina Desportiva sem cirurgia	SE000360	☐	☐	Saúde Pública	SE000610
☐	☐	E.E.G./Neurofisiologia	SSE000010	☐	☐	Medicina do Sono	SC000110	☐	☐	Sexologia Clínica	SE000870
☐	☐	Ecografias (Medicina Geral)	SE000800	☐	☐	Medicina do Trabalho	SE000530	☐	☐	Técnico Auxiliar de Fisioterapia	ST000360
☐	☐	Eletrofisiologia Cardíaca	SSE000040	☐	☐	Medicina Estética (com CE específica)	SET00010	☐	☐	Técnico de Análises Clínicas	ST000130
☐	☐	Emergência Médica - Competência	SE000270	☐	☐	Medicina Farmacêutica	SC000020	☐	☐	Técnico de Anatomia Patológica, Citológica e Tanatológica	ST000140
☐	☐	Endocrinologia e Nutrição	SE000280	☐	☐	Medicina Física e de Reabilitação	SE000370	☐	☐	Técnico de Audiologia	ST000150
☐	☐	Enfermeiro	ST000040	☐	☐	Medicina Geral e Familiar	SE000550	☐	☐	Técnico de Cardiologia	ST000160
☐	☐	Enfermeiro Comunitário	ST000390	☐	☐	Medicina Hiperbárica e Subaquática	SC000070	☐	☐	Técnico de Cardiopneumologia	ST000170
☐	☐	Enfermeiro Cuidados Intensivos (UCI)	ST000440	☐	☐	Medicina Intensiva (UCI)	SSE000020	☐	☐	Técnico de Farmácia	ST000340
☐	☐	Enfermeiro de Reabilitação	ST000400	☐	☐	Medicina Interna	SE000380	☐	☐	Técnico de Medicina Nuclear	ST000180
☐	☐	Enfermeiro de Saúde Infantil e Pediátrica	ST000410	☐	☐	Medicina Legal	SE000560	☐	☐	Técnico de Neurofisiologia	ST000190
☐	☐	Enfermeiro de Saúde Materna e Obstétrica	ST000420	☐	☐	Medicina Materno-Fetal	SSE000060	☐	☐	Técnico de Podologia	ST000120
☐	☐	Enfermeiro de Saúde Mental e Psiquiátrica	ST000430	☐	☐	Medicina Nuclear	SE000130	☐	☐	Técnico de Radiologia	ST000200
☐	☐	Enfermeiro Médico-Cirúrgico (bloco operatório)	ST000451	☐	☐	Medicina Paliativa	SC000120	☐	☐	Técnico de Radioterapia	ST000210
☐	☐	Enfermeiro Médico-Cirúrgico (sem bloco operatório)	ST000450	☐	☐	Medicina Tropical	SE000390	☐	☐	Técnico de Saúde	ST000220
☐	☐	Enfermeiros de Emergência	ST000470	☐	☐	Medicina Veterinária	ST000600	☐	☐	Técnico de Saúde Ambiental	ST000230
☐	☐	Estomatologia com cirurgia	SE000100	☐	☐	Médico não especialista pela Ordem dos Médicos	SE000575	☐	☐	Técnico Optoptista	ST000090
☐	☐	Estomatologia sem cirurgia	SE000290	☐	☐	Médicos não especialista (aguarda conclusão internato)	SE000585	☐	☐	Técnico Psicologia Clínica	ST000350
☐	☐	Farmacêutico	ST000300	☐	☐	Nefrologia	SE000400	☐	☐	Terapeuta Ocupacional	ST000260
☐	☐	Farmacologia Clínica	SE000300	☐	☐	Nefrologia Pediátrica	SSE000070	☐	☐	Terapia da Fala	ST000250
☐	☐	Física Médica	SE000700	☐	☐	Neonatologia	SSE000080	☐	☐	Urologia com cirurgia	SE000220
☐	☐	Fisioterapeuta	ST000060	☐	☐	Neurocirurgia	SE000140	☐	☐	Urologia sem cirurgia	SE000510

9
BENEFICIÁRIOS

Morte: ☐ Herdeiros Legais do Segurado/Pessoa Segura ☐ Outros*

Invalidez ou Doença: ☐ Segurado(s)/Pessoa(s) Segura(s) em partes iguais ☐ Outros*

* Preencher a Minuta de Beneficiários.

10
CONSEQUÊNCIA DA FALTA DE PAGAMENTO DO PRÉMIO

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.

11**DECLARAÇÕES DIVERSAS****DECLARAÇÃO PARA INCAPACIDADE TEMPORÁRIA ABSOLUTA**

Para o(s) Segurado(s)/Pessoa(s) Segura(s) que tenha(m) subscrito a cobertura de Incapacidade Temporária e Absoluta.

Declaro(amos) ter conhecimento de que todas as patologias pré-existentes à data de adesão a esta cobertura e toda ou qualquer patologia futura com relação direta ou indireta com as mesmas estão excluídas. Confirmo(amos) estar a desempenhar regularmente, no mínimo de dezasseis (16) horas semanais, uma atividade profissional nos últimos doze (12) meses, sem ter conhecimento de um possível desemprego.

Primeiro Segurado/Pessoa Segura Sim ☐ Não ☐ Segundo Segurado/Pessoa Segura Sim ☐ Não ☐

DESLOCAÇÕES

Tem previsto viajar ou residir fora de Portugal por um período superior a 30 (trinta) dias?

Em caso afirmativo, tal facto deve ser comunicado ao Segurador, quando o local de destino não se enquadrar numa das seguintes áreas geográfica: Europa, Canadá, Estados Unidos de América, Japão e Oceânia, sob pena da mesma não ficar coberta.

Primeiro Segurado/Pessoa Segura Sim ☐ Não ☐ Segundo Segurado/Pessoa Segura Sim ☐ Não ☐

Se Sim, onde? _____

Se Sim, onde? _____

Lido e Aprovado: ____ / ____ / ____

Assinatura do 1.º Segurado/Pessoa Segura de
acordo com o BI/C.Cidadão

Assinatura do 2.º Segurado/Pessoa
Segura de acordo com o BI/C.Cidadão

12**DECLARAÇÕES**

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 inexactidão ou omissão dolosa, o contrato será anulado e os sinistros recusados. Em caso de inexactidão 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 inexacto 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 inexacto, salvo se entretanto ocorrer a incontestabilidade 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) terem-lhe sido prestadas todas as informações relevantes para a subscrição do presente Contrato, nomeadamente as suas principais características, âmbito das garantias e exclusões e demais esclarecimentos exigíveis nos termos previstos no artigo 18º e 185º do DL n.º 72/2008, de 16 de abril, bem como ter recebido a "Nota Informativa" (Páginas 7 a 12 da Presente Proposta) com um resumo das Condições Gerais e Especiais aplicáveis ao contrato.

DECLARA(M) ainda terem-lhe sido explicadas e colocadas à disposição, no ato da celebração do contrato, as Condições Gerais aplicáveis à Apólice de Seguro, que, para sua maior comodidade, se encontram disponíveis, a todo o tempo, para consulta ou impressão no site do Segurador.

DECLARA(M) ter tomado conhecimento de que o Segurador irá informar o Beneficiário designado de forma irrevogável (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, a AdvanceCare - Gestão de Serviços de Saúde, S.A., 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.

Lido e Aprovado: ____ / ____ / ____

(Assinaturas conforme BI/Cartão de Cidadão)

(Tomador do Seguro)

(1º Segurado/Pessoa Segura)

(2º Segurado/Pessoa Segura)

13**DADOS PARA MARCAÇÃO DE EXAMES MÉDICOS (QUANDO SOLICITADO PELO SEGURADOR)**

Contacto Tel.: (dias úteis entre as 9h00 e as 18h00)

Data pretendida: - -

14 **INFORMAÇÕES DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO POR PARTE DO AGENTE**

(Apenas quando o contrato for intermediado por um Agente de Seguros com poderes de cobrança e o prémio a pagar for superior a 15.000,00 €)

Confirmo ter validado os dados indicados na presente Proposta pelo Tomador do Seguro e pelo Segurado/Pessoa Segura, mediante a exibição/cópia dos respetivos documentos comprovativos, conforme instruções recebidas pelo Segurador.

Nos casos em que o prémio a pagar seja superior a 15.000,00 €, confirmo ainda ter validado o meio de pagamento utilizado pelo Tomador do Seguro, bem como a titularidade da conta bancária associada ao mesmo:

- Meio de Pagamento: ☐ Numerário (Até 250 € inclusive) ☐ Débito em Conta ☐ Cheque ☐ Cartão Débito

- Titular da Conta associada ao meio de pagamento: ☐ ao Tomador do Seguro ☐ ao Segurado/Pessoa Segura ☐ ao Segundo Segurado/Pessoa Segura

N.º de Agente:

(Assinatura Agente)

15 **DOCUMENTOS COMPROVATIVOS****Tomador Individual**

- Cópia do Cartão de Cidadão ou Bilhete de Identidade, ou outro documento equivalente no qual conste a filiação (Tomador do Seguro e Pessoas Seguras).
- Comprovativo de titularidade do IBAN indicado na autorização de Débito Direto SEPA.
- Comprovativo de morada (cópia da carta de condução, ou outro documento onde consta a morada completa, ex. recibo de água, gás, luz, ou certidão de domicílio fiscal obtido no portal das Finanças).
- Comprovativo de Profissão (cópia da cédula ou cartão profissional, cópia do recibo de remuneração)(artigo 3.1.1. da Norma Regulamentar n.º 10/2005 da ASF).
- Consentimento do titular dos Dados Pessoais (preencher o mod. 2500-433).

Tomador Coletivo

- Comprovativo de titularidade do IBAN indicado na autorização de Débito Direto SEPA.
- Certidão Permanente Comercial atualizada.
- Registo Central de Beneficiários Efetivos.
- Cópia de cartão de cidadão dos titulares do órgão de administração ou outros quadros superiores com poderes de gestão, bem como do titular da participação no capital, se o valor for igual ou superior a 5%.

Responsável pela Identificação

Assinatura
(obrigatória)

NOTA INFORMATIVA

VIDA MAIS - PROFISSIONAIS DE SAÚDE

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.

O contrato

O Seguro de Vida individual, anual renovável, durante o prazo estipulado nas Condições Particulares do contrato, designado comercialmente por **Vida Mais – Profissionais de Saúde**, garante o pagamento do capital seguro contratado e indicado nas Condições Particulares, ao(s) Beneficiário(s) designado(s), no caso de se verificar uma das situações garantidas no contrato no decorrer do prazo da Apólice.

Quais são as garantias?

I) Cobertura Principal

Morte: Garante o pagamento do capital seguro ao(s) Beneficiário(s) designado(s) em caso de morte do Segurado/Pessoa Segura (ou de um dos Segurados/Pessoas Seguras no caso do contrato ser subscrito por duas (2) vidas) por doença ou acidente.

II) Coberturas Complementares

Para além da cobertura principal de Morte, poderão ainda ficar garantidas as seguintes coberturas complementares se subscritas:

a) **Morte por Acidente:** Garante o pagamento de um capital adicional em caso de morte por acidente no máximo até ao capital da cobertura principal de Morte.

b) **Invalidez Absoluta e Definitiva (IAD)** do Segurado/Pessoa Segura por doença ou acidente: Garante a antecipação do capital da cobertura principal de Morte, indicado nas Condições Particulares deste Contrato.

Definição de Invalidez Absoluta e Definitiva – quando o Segurado/Pessoa Segura, em consequência de doença ou acidente, apresente cumulativamente e simultaneamente os seguintes requisitos:

- ☐ Fique total e definitivamente incapaz de exercer qualquer atividade remunerada;
- ☐ Fique na obrigação de recorrer à assistência permanente de uma terceira pessoa para efetuar quaisquer atos elementares da vida corrente e,
- ☐ Apresente um grau de incapacidade igual ou superior a 85% de acordo com a “Tabela Nacional de Incapacidade por Acidente de Trabalho e Doenças Profissionais” oficialmente em vigor no momento do reconhecimento da invalidez.

Entende-se por ato elementar da vida corrente:

- ☐ Lavar-se, ou seja, efetuar os atos necessários à manutenção de um nível de higiene correto;
- ☐ Alimentar-se, ou seja, tomar as refeições preparadas e servidas à mesa;
- ☐ Vestir-se e despir-se, tomando em consideração o vestuário usado habitualmente;
- ☐ Deslocar-se no local de residência habitual.

c) **Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível (IDPAC 60% ou IDPAC 65%)** do Segurado/Pessoa Segura por doença ou acidente: Garante a antecipação do capital da cobertura principal de Morte, indicado nas Condições Particulares deste Contrato.

Definição de Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível - quando o Segurado/Pessoa Segura, com carácter permanente e irreversível, esteja totalmente incapaz de exercer a sua profissão ou qualquer atividade lucrativa e/ou remunerada compatível com os seus conhecimentos e simultaneamente apresentar um grau de incapacidade de 60% ou 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.

d) **Incapacidade Temporária Absoluta (ITA):** Garante o pagamento de uma indemnização sob a forma de prestação mensal, durante o período de incapacidade absoluta do Segurado/Pessoa Segura por doença ou acidente, até ao limite máximo de doze (12) meses ou vinte e quatro meses (24), de acordo com a opção contratada. A prestação mensal contratada corresponde ao valor que será pago por cada mês de ITA, calculado com base numa das quatro (4) opções definidas, nomeadamente, 0,5%, 0,75%, 1% ou 2% do capital seguro da cobertura principal de Morte, pelo Segurado/Pessoa Segura.

e) **Invalidez Profissional (IP):** Garante o pagamento de uma indemnização sob a forma de prestação mensal, enquanto for vivo, até ao mês em que complete sessenta e seis (66) anos de idade.

Definição de IP: Considera-se que existe uma situação de invalidez profissional sempre que, em consequência de acidente ou doença, o Segurado/Pessoa Segura fique total e irreversivelmente impossibilitado de continuar a exercer a profissão ou, quando aplicável, a especialidade clínica, expressamente indicadas nas Condições Particulares e, simultaneamente, apresente uma incapacidade funcional clinicamente comprovada, após completa consolidação, igual ou superior a 45%, determinada com base nos critérios e coeficientes previstos no Anexo I (Tabela Nacional de Incapacidade por Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais) do Decreto-Lei n.º 352/2007, de 23 de outubro, com exceção da aplicação do critério previsto no ponto 5. a), b) e e) das instruções gerais do referido Anexo.

Tratando-se de uma situação de incapacidade do foro psiquiátrico que determine a invalidez profissional, o grau de invalidez funcional a considerar para efeitos da presente garantia terá de ser igual ou superior a 60%.

Período de Carência: 18 meses (540 dias) após o início do contrato.

f) **Exoneração de Pagamento de Prémios:** Garante o reembolso da fração do prémio pago pelo Tomador do Seguro durante o período em que o Segurado/Pessoa Segura se encontrar em situação de incapacidade temporária absoluta para o trabalho por acidente ou doença, desemprego involuntário (trabalhadores por conta de outrem) ou hospitalização (trabalhadores por conta própria).

Período de carência: noventa (90) dias.

Período de requalificação: seis (6) meses.

O período em que, imediatamente após o último pagamento devido decorrente de um sinistro, não existe direito à prestação do Segurador.

Franquia Relativa:

- ☐ trinta (30) dias para situações de incapacidade temporária absoluta e desemprego involuntário;
- ☐ sete (7) dias para as situações de hospitalização.

A verificação de um sinistro não desobriga o Segurado/Pessoa Segura de efetuar o pagamento do prémio do Seguro.

Para beneficiar desta cobertura o(s) Segurado(s)/Pessoa(s) Segura(s) deverá(ão) preencher as seguintes condições:

- ☐ Desempenhar regularmente, no mínimo de dezasseis (16) horas semanais, uma atividade profissional nos últimos doze (12) meses sem ter conhecimento de um possível desemprego involuntário ou de uma possível hospitalização;
- ☐ Ter conhecimento de que estão excluídas todas as patologias pré-existentes à data da adesão a este seguro e toda ou qualquer patologia futura com relação direta ou indireta com as mesmas.

Quais são as garantias? (continuação)

- ☐ Ser trabalhador por conta de outrem e com contrato de trabalho vinculado à lei portuguesa para beneficiar da cobertura de Desemprego Involuntário.

Nota: Se o contrato for celebrado por duas (2) vidas, a cobertura no máximo cessará os seus efeitos na data em que um dos Segurados/Pessoas Seguras atinja sessenta e cinco (65) anos de idade, mantendo-se no entanto em vigor para o outro Segurado/Pessoa Segura enquanto este não atingir por sua vez a idade em questão.

Para acionar esta cobertura o Segurado/Pessoa Segura deverá contactar o Segurador através do telefone 217 95 46 66 (custo de uma chamada para a rede fixa nacional).

g) Doenças Graves 27 (DG27): Garante o pagamento do capital contratado e fixado nas Condições Particulares da Apólice, em caso de surgir uma das seguintes situações:

- a) Acidente Vascular Cerebral (AVC);
- b) Anemia Aplástica;
- c) Cancro;
- d) Cirurgia das artérias coronárias (duas (2) ou mais);
- e) Cirurgia por Doença da Aorta;
- f) Coma;
- g) Doença de Alzheimer;
- h) Doença de Parkinson;
- i) Doença neuronal motora;
- j) Doença Hepática Terminal;
- k) Doença Pulmonar Terminal;
- l) Encefalite;
- m) Enfarte do miocárdio;
- n) Esclerose Múltipla;
- o) Hepatite Viral Fulminante (Insuficiência hepática aguda);
- p) Insuficiência Renal;
- q) Meningite Bacteriana;
- r) Paralisia;
- s) Perda da audição;
- t) Perda da fala;
- u) Perda de membros;
- v) Perda da Visão;
- w) Queimaduras Graves;
- x) Substituição e reparação da Válvula Cardíaca;
- y) Transplante de um Órgão Principal;
- z) Traumatismo craniano grave;
- aa) HIV Ocupacional (prática de profissão clínica).

Período de Carência: Noventa (90) dias.

Período de Sobrevivência: Trinta (30) dias.

Capital seguro

Capital Mínimo de 50.000 €, aplicável às coberturas de Morte, Invalidez Absoluta e Definitiva (IAD) e Morte por Acidente (MA).

Sempre que o contrato esteja associado a crédito o capital de Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível (IDPAC 65%) é igual ao capital aplicável à cobertura de Morte. Nos restantes casos este capital tem o valor mínimo de 10.000 € e valor máximo igual ao do capital aplicável à cobertura de Morte mas limitado a 100.000 €.

Pode optar por um capital adicional de 25.000 € ou de 50.000 €, aplicável à cobertura complementar de Doenças Graves 27 (DG27).

Quais as condições para subscrever?

Idade	Subscrição		Permanência
Coberturas	Mínima	Máxima	Máxima
Morte	18	60	75 (80 anos quando associado a crédito)
Invalidez Profissional (IP), Incapacidade Temporária Absoluta (ITA)	18	60	66
Exoneração de Pagamento de Prémios	18	60	67
Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível (IDPAC 65%)	18 (50 anos se não houver Credor Hipotecário)	60	66
Invalidez Absoluta e Definitiva (IAD)	18 (50 anos se não houver Credor Hipotecário)	60	75
Restantes Coberturas	18	60	65

Prazo

O prazo da Apólice está definido nas Condições Particulares e no máximo vigorará até à idade limite de permanência.

Cálculo do prémio

Consoante as garantias contratadas, os prémios são calculados do seguinte modo:

- ☐ Na cobertura principal de Morte e coberturas complementares de Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível (IDPAC 65%), Invalidez Absoluta e Definitiva e Doenças Graves 27: de acordo com o capital seguro e a idade atuarial do(s) Segurado(s)/Pessoa(s) Segura(s).
 - ☐ Na cobertura complementar de Incapacidade Temporária Absoluta: calculado de acordo com o capital mensal contratado e a idade atuarial do(s) Segurado(s)/Pessoa(s) Segura(s).
 - ☐ Na cobertura complementar de Invalidez Profissional: calculado de acordo com o capital mensal contratado e a idade do(s) Segurado(s)/Pessoa(s) Segura(s).
 - ☐ Na cobertura complementar de Exoneração de Pagamento de Prémios, o prémio é fixo e oferecido pelo Segurador ao Tomador do Seguro.
 - ☐ Na cobertura complementar Morte por Acidente: calculado de acordo com o capital seguro da cobertura principal de Morte.
- Aos prémios acrescem os encargos legais.
- Anualmente, na data de renovação da Apólice, os prémios serão ajustados de acordo com os fatores já referidos.

Pagamento de prémios

O prémio é pago antecipadamente pelo Tomador do Seguro, por débito em conta e pode ser mensal, trimestral, semestral ou anual sendo que não poderá ser inferior a cinco (5) euros por mês, dez (10) euros por trimestre, quinze (15) euros por semestre e vinte (20) euros por ano. Sempre que o prémio tiver valor inferior ao referido, o pagamento do mesmo será devido na fração seguinte.

Quais são as principais exclusões?

Entre outras, aplicam-se as seguintes exclusões:

Exclusões comuns a todas as coberturas

- 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 ano de adesão à Apólice ou no primeiro 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 aerostação 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) Riscos políticos e riscos de guerra, insurreição, motins, rixas, terrorismo ou sabotagem;
- f) 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;
- g) Ocorrência de riscos nucleares;
- h) Consumo reiterado de álcool, drogas tóxicas, estupefacientes ou substâncias psicotrópicas não prescritas clinicamente;
- i) Uso de drogas tóxicas, estupefacientes ou substâncias psicotrópicas não prescritas clinicamente;
- j) 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;
- k) 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 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.

Exclusões das coberturas complementares

Para além das exclusões da Cobertura Principal, aplicam-se às Coberturas Complementares as seguintes:

- ☐ Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível (IDPAC 65%)
 - a) Anomalias congénitas, incapacidades físicas ou mentais existentes à data do início das garantias da Apólice;
 - b) Intervenção do Segurado/Pessoa Segura em apostas, desafios ou rixas, salvo se, neste último caso, o Segurado/Pessoa Segura tenha atuado em legítima defesa ou na tentativa de salvamento de pessoas ou bens;
 - c) Afeções provocadas intencionalmente pelo Segurado/Pessoa Segura;
 - d) Tentativa de Suicídio;
 - e) Parto, gravidez ou interrupção voluntária ou involuntária de gravidez;
 - f) Acidentes provocados por condução de veículos a motor pelo Segurado/Pessoa Segura, sem estar legalmente habilitado;
 - g) Afeções por Psicopatologias de qualquer natureza, bem como doenças sem comprovação clínica;
 - h) Dores de costas e pescoço ou lombalgias;
 - i) Tratamentos de estética e cosmética, exceto se diretamente resultantes de qualquer doença ou acidente.
- ☐ Exoneração de Pagamento de Prémios
 - a) Anomalias congénitas, incapacidades físicas ou mentais existentes à data do início das garantias da Apólice;
 - b) Afeções que derivem da intervenção do Segurado/Pessoa Segura em apostas, desafios ou rixas, salvo se, neste último caso, o Segurado/Pessoa Segura tenha atuado em legítima defesa ou na tentativa de salvamento de pessoas ou bens;
 - c) Afeções provocadas intencionalmente pelo Segurado/Pessoa Segura;
 - d) Tentativa de suicídio;
 - e) Parto, gravidez ou interrupção voluntária ou involuntária de gravidez;
 - f) Acidentes provocados por condução de veículos a motor pelo Segurado/Pessoa Segura, sem estar legalmente habilitado;
 - g) Afeções por Psicopatologias de qualquer natureza, bem como doenças sem comprovação clínica;
 - h) Tratamentos de estética e cosmética, exceto se diretamente resultantes de qualquer doença ou acidente;
 - i) Dores de costas ou lombalgias.

Quais são as principais exclusões? (continuação)

Em caso de desemprego involuntário ficam excluídas das garantias da presente cobertura complementar as situações de desemprego resultantes de:

- a) Caducidade do contrato de trabalho pelo Segurado/Pessoa Segura ter atingido a reforma ou pré-reforma;
- b) Revogação do contrato de trabalho por acordo das partes;
- c) Resolução do contrato de trabalho pelo trabalhador, sem justa causa;
- d) Denúncia do contrato de trabalho, no período experimental, pela entidade patronal ou pelo trabalhador;
- e) Trabalhadores no estrangeiro com contratos de trabalho não vinculados à legislação portuguesa;
- f) Despedimento com justa causa;
- g) Caducidade de contrato de trabalho a termo certo e incerto;
- h) Desemprego resultante de atividade sazonal.

☐ **Morte por Acidente**

- a) Resultem de doença;
- b) Sejam consequência de perturbações psíquicas;
- c) Resultem de acidentes e respetivas consequências provocados intencionalmente pelo Segurado/Pessoa Segura ou com a sua cumplicidade, bem como a tentativa de suicídio deste;
- d) Estejam relacionadas com o 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 organismo ou em qualquer líquido orgânico para os testes de deteção;
- e) Estejam relacionadas com a prática de ações ou omissões em que o Segurado/Pessoa Segura tenha acusado uma taxa de alcoolemia superior a 0,50 g/l.

☐ **Invalidez Profissional (IP)**

- a) Ato do Segurado/Pessoa Segura ou praticado com a sua cumplicidade, bem como a tentativa de suicídio deste;
- b) Perturbações psíquicas.

Para além das situações previstas nas Condições Gerais e Especiais, ficam igualmente excluídas as lesões não consolidadas ou quaisquer doenças de caráter evolutivo cuja manifestação dos primeiros sintomas seja anterior à data de início dos efeitos da presente garantia.

☐ **Doenças Graves 27**

a) **Acidente Vascular Cerebral (AVC)**

Exclusões:

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

b) **Cancro**

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.

c) **Cirurgia das artérias coronárias (duas (2) ou mais)**

Exclusões:

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

d) **Coma**

Exclusões:

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

e) **Doença de Parkinson**

Exclusões:

- ☐ Todas as outras formas de parkinsonismo que não sejam idiopáticas ou primárias.

f) **Doença Hepática Terminal**

g) **Enfarte do miocárdio**

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.

h) **Paralisia**

Exclusões:

- ☐ Paralisia devido a Síndrome de Guillain-Barré.

Para além das exclusões aplicadas à cobertura principal de Morte são também excluídas as seguintes situações em caso de 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;

Quais são as principais exclusões? (continuação)

- 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) Acidente em que o Segurado/Pessoa Segura se encontre em estado de alcoolismo ou tenha ingerido drogas não recomendadas clinicamente;
- 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.

No caso da mesma doença ou acidente, não são cumuláveis as prestações de duas (2) ou mais coberturas complementares, com exceção da cobertura de Exoneração do Pagamento de Prémios, que poderá cumular com qualquer das outras.

Obrigações do Segurado/Pessoa Segura e/ou Beneficiário em caso de sinistro

Em caso de verificação de sinistro coberto pelo contrato, o Tomador, Segurado/Pessoa Segura e o(s) Beneficiário(s) devem comunicá-lo ao Segurador no prazo máximo de oito (8) dias a contar da data em que tenham conhecimento do mesmo esclarecendo as circunstâncias da sua verificação do sinistro, devidamente comprovadas através da documentação relevante, nomeadamente e conforme o caso, certidão de óbito, relatório de autópsia e auto de ocorrência ou outra documentação a que tenham acesso, emitida por autoridades oficiais.

Com a formalização do presente contrato de seguro, o Segurado/Pessoa Segura dá a sua expressa autorização ao Segurador para solicitar junto 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.

Liquidação das importâncias seguras pelo Segurador

Após a participação do sinistro por morte, invalidez ou doença grave bem como entregues todos os documentos solicitados pelo Segurador, 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.

Quando cessa o contrato?

- ☐ Por morte ou antecipação do capital seguro em caso de invalidez ou doença grave;
- ☐ Por falta de pagamento do prémio no prazo de trinta (30) dias posteriores ao seu vencimento;
- ☐ Por anulação ou resolução do contrato; - No final do prazo contratado, no máximo até à idade limite de permanência.

A cessação das coberturas complementares verifica-se ainda nas seguintes condições:

- ☐ Por cessação da cobertura principal;
- ☐ No termo da anuidade em que o Segurado/Pessoa Segura completa a idade máxima de permanência na cobertura;
- ☐ Se o Segurado/Pessoa Segura for mobilizado para fazer parte em operações de guerra, policiamento ou repressões de atos de terrorismo.

Como exercer o direito de Livre Resolução?

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.

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.

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.

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

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

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

Participação nos Resultados

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

Qual o enquadramento fiscal do contrato?

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.

A quem solicitar um pedido de esclarecimento?

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 site do Segurador 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 (ASF), 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 site do Segurador.

Qual é a Lei aplicável ao contrato?

De acordo com as disposições previstas no DL 72/2008, de 16 abril relativas à lei aplicável, o Segurador considera que o presente Contrato se rege pela Lei portuguesa.

Autoridade de supervisão

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