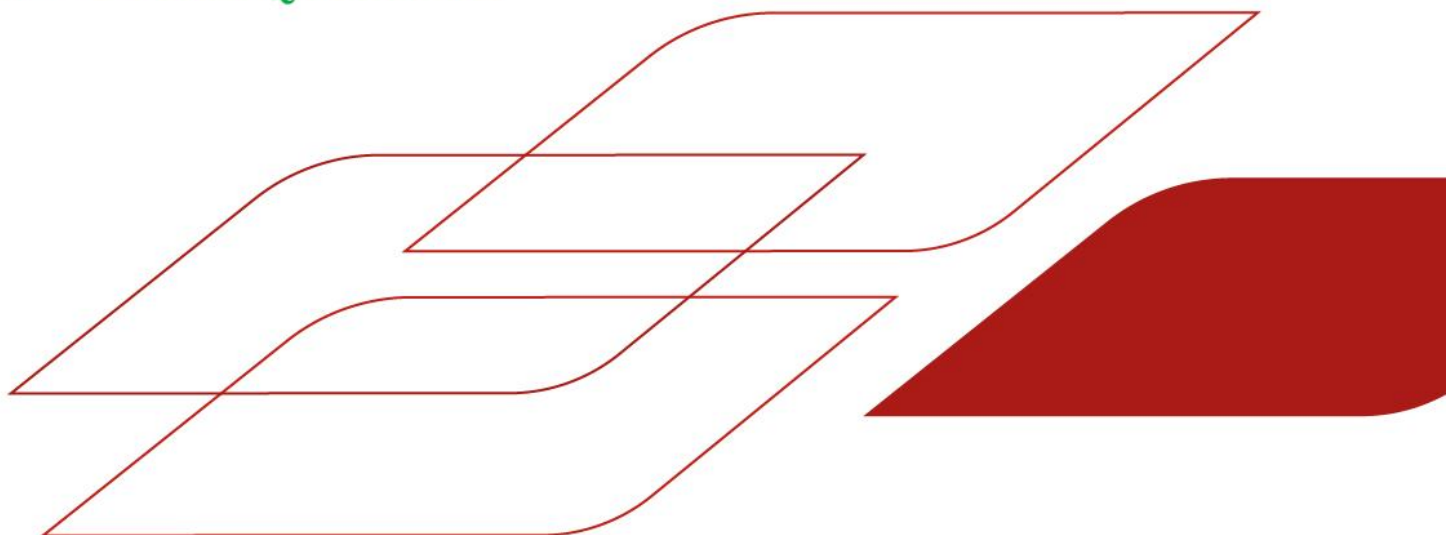
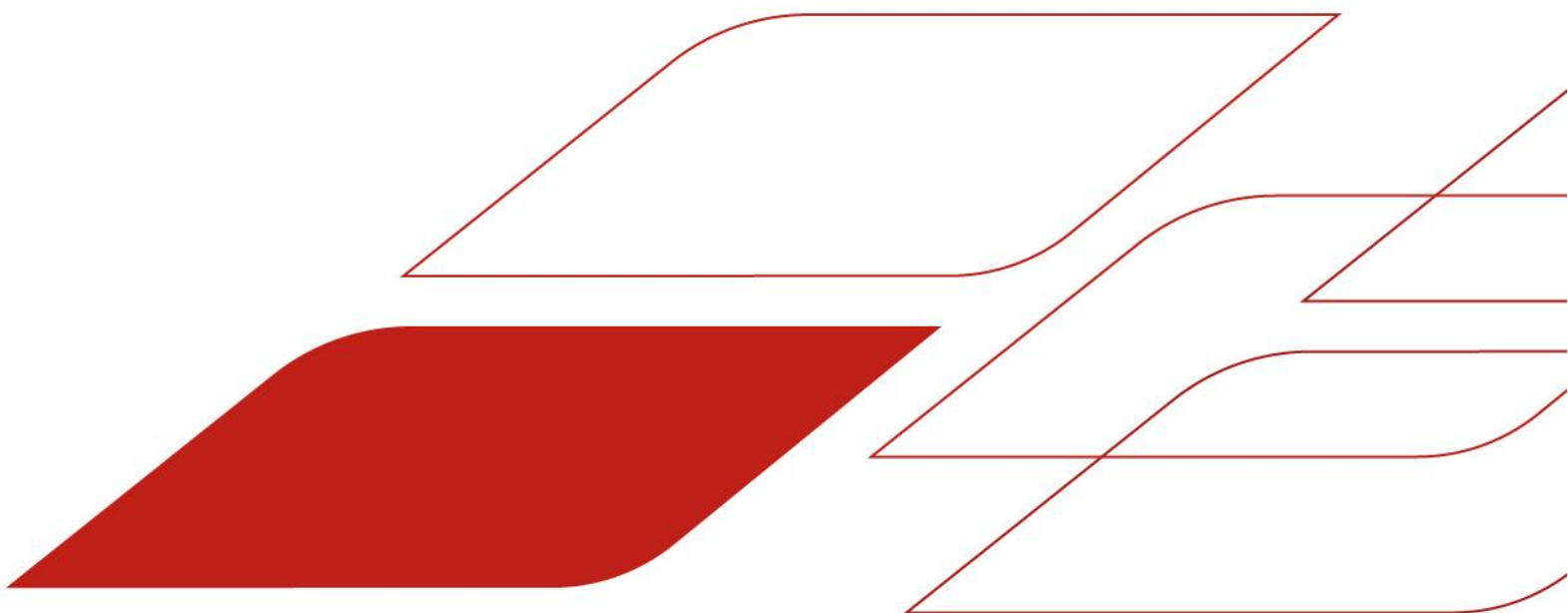




VIDA EMPRESAS

CONDIÇÕES GERAIS



APÓLICE DE SEGURO

VIDA EMPRESAS

CONDIÇÕES GERAIS

CLÁUSULA PRELIMINAR

Entre a Generali Seguros, 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.

Cláusula 1.^a - Definições

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

- a) **Segurador:** Generali Seguros, S.A.;
- b) **Tomador do Seguro:** a entidade que celebra o Contrato com o Segurador, sendo responsável pelo pagamento dos prémios;
- c) **Segurado(s)/Pessoa(s) Segura(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, 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;
- l) **Grupo:** conjunto de pessoas ligadas entre si e ao Tomador do Seguro por um vínculo comum, que não seja o da realização do seguro;
- m) **Seguro Não Contributivo:** seguro de grupo em que o Tomador do Seguro contribui na totalidade para o pagamento do prémio;

- n) **Declaração Individual de Adesão:** documento pelo qual o Segurado/Pessoa Segura manifesta a sua intenção de integrar o seguro de grupo e que conterá os dados individuais respetivos;
 - o) **Certificado Individual:** documento emitido pelo Segurador comprovando a inclusão no seguro de grupo de cada Segurado/Pessoa Segura.
- 1.2. Sempre que a interpretação do texto o permita, o masculino englobará o feminino e o singular o plural e vice-versa.

Cláusula 2.^a – **Garantias do Contrato**

- 2.1. De acordo com o presente Contrato, o Segurador garante ao abrigo da **Cobertura Principal de Morte**, pagamento do capital seguro indicado no Certificado Individual aos Beneficiários designados, em caso de morte do Segurado/Pessoa Segura, ocorrida dentro do prazo contratado e constante no Certificado Individual.
- 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 da Apólice, quando subscritas pelo Tomador do Seguro e expressamente previstas nas Condições Particulares e/ou Certificados Individuais, as **Coberturas Complementares** de:
- a) **Invalidez Absoluta e Definitiva (IAD);**
 - b) **Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível (IDPAC 65% ou 60%);**
 - c) **Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível por Acidente (IDPAC Acid. 65% ou IDPAC Acid. 60%);**
 - d) **Morte por Acidente (MACID);**
 - e) **Doenças Graves Base (DG Base);**
 - f) **Assistência a Pessoas (ASPS2);**
 - g) **Cancro Não Invasivo (DOTIS);**
 - h) **Cancro Invasivo (DOTNM);**
 - i) **Check-Up Anual (CHKUP);**
 - j) **Assistência Vida Mais Vencer (ASSPS).**
- 2.3. A subscrição do presente contrato pressupõe a seleção de uma das 3 opções disponíveis, com diferentes coberturas complementares associadas, conforme quadro.

COBERTURAS	BASE	TOP	VIDA MAIS VENCER
Morte	✓	✓	✓
Invalidez Absoluta e Definitiva	✓	-	-
Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível (IDPAC)	-	IDPAC 65 ou IDPAC 60	-
Doenças Graves Base	opcional	opcional	-
Morte por Acidente	opcional	opcional	-
Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível por Acidente	-	opcional	-
Assistência a Pessoas	✓	✓	-
Cancro Invasivo	-	-	✓
Cancro Não Invasivo	-	-	✓
Check-Up Anual	-	-	✓
Assistência Vida Mais Vencer	-	-	✓

- 2.4. Para efeitos deste contrato, as coberturas de Cancro Não Invasivo, Cancro Invasivo, Check-Up Anual e Assistência Vida Mais Vencer, têm que ser subscritas em conjunto, ficando desde já ressalvado que as mesmas não são contratáveis com outras coberturas complementares. Assim, a contratação de outras coberturas complementares implica a subscrição de uma nova apólice.
- 2.5. O capital máximo garantido para qualquer Segurado/Pessoa Segura não poderá ultrapassar o quádruplo do capital médio seguro da mesma cobertura para o Grupo.
- 2.6. 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 motivados por riscos políticos e riscos de guerra.
- 2.7. 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 2.6. 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.
- 2.8. Quando, no início ou no decurso da anuidade, for solicitada a inclusão dos riscos referidos no ponto 2.6. e os mesmos sejam aceites pelo Segurador, poderá haver lugar ao pagamento de um prémio adicional por parte do Tomador do Seguro.

- 2.9. Os riscos políticos ou de guerra não serão em caso algum aceites quando o Segurado/Pessoa Segura fizer, voluntária ou 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.
- 2.10. São consideradas zonas geográficas de risco qualquer país que se encontre em situação de conflito político e social de acordo com as recomendações dos órgãos competentes, do Ministério dos Negócios Estrangeiros de Portugal.
- 2.11. 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.

Cláusula 3.^a – Riscos Excluídos

- 3.1. A cobertura de Morte garantida 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 subscrição à Apólice ou no primeiro (1.º) ano imediatamente a seguir à data de qualquer aumento do capital seguro ou subscrição de novas garantias. No caso de aumento de capital ou subscrição de novas coberturas, o Segurado/Pessoa Segura terá direito ao pagamento do valor devido relativo às coberturas e capitais anteriormente contratados;
 - 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) 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 2.6.;
 - f) Prática dos seguintes desportos:
 - Alpinismo, escalada e espeleologia;
 - Desportos aéreos, incluindo paraquedismo, voo livre, voo sem motor, parapente, asa-delta, ultraligeiro, 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) Quadro clínico resultante, direta ou indiretamente, do 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. 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;
- 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) 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 devessem 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.

Define-se doença pré-existente como qualquer patologia, doença ou lesão em que, anteriormente à data de efeito da apólice, a Pessoa Segura tenha sido diagnosticada da mesma, ou tenha apresentado sinais ou sintomas da doença, ou tenha consultado um médico, ou lhe tenha sido prescrito algum tratamento, ou tenha realizado testes ou investigações médicas, ou era consciente da sua existência.

- 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 aerostação 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 sobreprémio.

Cláusula 4.^a – Condições de Admissão

- 4.1. Todas as pessoas a incluir no seguro de grupo devem preencher na sua totalidade os elementos relativos à sua identificação, bem como os Beneficiários, de acordo com as garantias do Contrato.

- 4.2. É necessária a apresentação de um exame médico para todas as pessoas cujo estado de saúde tenha sofrido qualquer alteração importante devida a doença ou acidente ou a qualquer outro facto que influa na apreciação do risco coberto.
- 4.3. As pessoas a segurar que, à data da inclusão neste seguro, se encontrem na situação de baixa por doença, só serão admitidas no seguro quando regressarem ao serviço e desde que satisfaçam as Condições de Admissão constantes dos demais números desta cláusula.
- 4.4. Para uma completa apreciação do risco, o Segurador deverá ter em consideração a análise do questionário clínico e dos exames médicos exigidos, bem como a atividade profissional e extraprofissional do Segurado/Pessoa Segura.
- 4.5. Perante a análise dos elementos disponíveis, o Segurador poderá tomar uma das seguintes decisões:
- a) Comunicar a aceitação do Segurado/Pessoa Segura na Apólice de seguro de grupo sem reservas;
 - b) Propor a aceitação condicional ou com agravamento do prémio do Segurado/Pessoa Segura na Apólice de seguro de grupo;
 - c) Comunicar a recusa total da adesão ao seguro de grupo.
- 4.6. A proposta referida na alínea b) ou a recusa referida na alínea c) do ponto 4.5. deverão ser comunicadas no prazo de quinze (15) dias úteis a contar da data da receção de todos os elementos que o Segurador tenha solicitado para a sua instrução.

Cláusula 5.^a – Efetivação do Seguro

- 5.1. Para a realização do presente Contrato de seguro, o Tomador do Seguro entregará ao Segurador uma proposta de seguro de grupo, os elementos relativos à sua identificação, bem como a identificação dos Segurados/Pessoas Seguras e os Beneficiários. A entrega será feita pelo método definido pelo Segurador. Nos casos que o exigem, devem ainda ser entregues os exames complementares exigidos.
- 5.2. Ocorrendo a aceitação do Segurado/Pessoa Segura no Contrato de seguro nos termos definidos na cláusula 4, o Segurador emite os Certificados Individuais comprovativos da respetiva adesão.

Cláusula 6.^a – Incontestabilidade

- 6.1. **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.**
- 6.2. **Sem prejuízo do disposto nas cláusulas 7 e 8, 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 inexatidões negligentes prestadas pelo Tomador do Seguro ou Segurado/Pessoa Segura na Declaração de Adesão.**

- 6.3. O disposto no ponto anterior não é aplicável às Coberturas Complementares de Acidente, Invalidez, Doença Grave, Cancro Invasivo e Cancro Não Invasivo, quando tenham sido subscritas.

Cláusula 7.^a – Omissões ou Inexatidões Dolosas do Tomador do Seguro e/ou do Segurado/Pessoa Segura

- 7.1. Caso se verifiquem omissões ou inexatidões dolosas na declaração inicial do risco efetuada pelo Tomador do Seguro e/ou Segurado/Pessoa Segura nos termos previstos no ponto 6.1., 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.
- 7.2. Caso ocorram sinistros, quer antes do Segurador ter tido conhecimento do incumprimento doloso, quer ainda no prazo referido no ponto anterior, os mesmos não ficam cobertos pelo Contrato.
- 7.3. Sem prejuízo do disposto nos pontos anteriores, o Segurador tem direito ao prémio devido até ao final do prazo referido no ponto 7.1., ou, nos casos em que o dolo do Tomador do Seguro e/ou Segurado/Pessoa Segura tenha o propósito de obter uma vantagem, até ao termo do Contrato.

Cláusula 8.^a – Omissões ou Inexatidões Negligentes do Tomador do Seguro e/ou do Segurado/Pessoa Segura

- 8.1. Caso se verifiquem omissões ou inexatidões negligentes na declaração inicial do risco efetuada pelo Tomador do Seguro e pelo(s) Segurado(s)/Pessoa(s) Segura(s) nos termos previstos no ponto 6.1., 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.
- 8.2. 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.
- 8.3. Ocorrendo a cessação do Contrato, o prémio é devolvido tendo em conta o período ainda não decorrido até à data de renovação.
- 8.4. 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 inexatidão 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.
- 8.5. Durante o período de vigência da Apólice/Certificado Individual, o Segurador tem o direito de ser informado pelo Tomador do Seguro e/ou Segurado/Pessoa Segura de todos os factos que não se enquadrem no âmbito da avaliação de risco inicial e que, em cada momento, possam modificar a configuração de risco seguro pela Cobertura Principal de Morte ou pelas Coberturas Complementares contratadas, sob pena de responder por perdas e danos decorrentes da omissão de tais factos ou circunstâncias.
- 8.6. O disposto nos pontos anteriores não se aplica em relação à cobertura de Morte, quando após a celebração do Contrato tenham decorridos mais de dois (2) anos.

Cláusula 9.^a – Início, Efeitos e Duração do Contrato

- 9.1. 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.
- 9.2. 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.
- 9.3. O Contrato é celebrado pelo período de um (1) ano, sendo tacitamente renovado por idênticos períodos, até final do prazo indicado nas Condições Particulares do Contrato, no máximo até à idade prevista nas Condições Particulares.
- 9.4. Findo o prazo previsto no ponto 12.2 (Cláusula 12.^a), o Contrato é tacita e automaticamente renovado por períodos de 1 (um) ano, até final do prazo indicado nas Condições Particulares da Apólice, no máximo até à idade prevista na alínea c) do ponto 13.1 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 na Cláusula 12.^a.

Cláusula 10.^a – Livre Resolução

- 10.1. 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.
- 10.2. 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.
- 10.3. 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.

- 10.4. **A resolução do Contrato, nos termos acima definidos, tem efeito retroativo, tendo, porém, o Segurador direito ao:**
- a) **Valor do prémio relativo ao período já decorrido, na medida em que tenha suportado o risco;**
 - b) **Montante das despesas razoáveis que o Segurador tenha efetuado com exames médicos decorrentes da avaliação clínica prévia à subscrição.**

Cláusula 11.^a – Alteração ao Contrato

- 11.1. 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.
- 11.2. As alterações às condições do Contrato dependerão sempre da sua aceitação por parte do Segurador, ficando desde já reservado o direito de, no caso de as 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.
- 11.3. **As alterações produzem efeitos na data de vencimento da Apólice e desde que sejam comunicadas por escrito e recebidas pelo Segurador com pelo menos sessenta (60) dias de antecedência em relação a esta data.**
- 11.4. **Ocorrendo alterações ao Contrato, as mesmas deverão ser comunicadas ao Segurado/Pessoa Segura pelo Tomador do Seguro.**

Cláusula 12.^a – Denúncia ou Resolução do Contrato

- 12.1. **Com a ressalva do estabelecido no ponto 20.6., 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.**
- 12.2. **O Segurador renuncia expressamente ao direito de denúncia do Contrato durante um período de cinco (5) anuidades a contar da data de início do contrato. Após esse período, o contrato poderá ser denunciado pelo Segurador, nas condições apresentadas no ponto 12.1. e nos casos previstos na Lei, nomeadamente, em consequência de:**
- a) **Falta de pagamento do prémio, conforme previsto na cláusula 18;**
 - 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.**

- 12.3. 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 na cláusula 20.
- 12.4. Em caso de denúncia ou resolução do Contrato, os Certificados Individuais na posse do Segurado/Pessoa Segura não constituem prova contratual junto do Segurador.
- 12.5. Se, na data de renovação da Apólice, o número de Segurados/Pessoas Seguras for inferior a três (3), o Contrato poderá ser resolvido pelo Segurador, podendo as respetivas coberturas passar a ser garantidas por modalidade equivalente em Seguros Individuais, prevalecendo as condições contratuais e tarifárias da apólice individual.

Cláusula 13.^a – Cessação das Coberturas

- 13.1. As coberturas garantidas ao abrigo do Certificado Individual cessam os seus efeitos relativamente a cada Segurado/Pessoa Segura:
- a) Na data em que se verificar a denúncia ou resolução do Contrato nos termos previstos na cláusula 12;
 - b) Na data em que deixar de existir o vínculo que ligava o Segurado/Pessoa Segura ao Tomador do Seguro e que o definia como elemento do grupo;
 - c) Na data em que for pago o capital seguro em caso de Morte ou ao abrigo das seguintes das Coberturas Complementares, quando subscritas:
 - Invalidez Absoluta e Definitiva (IAD);
 - Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível (IDPAC 65% ou 60%);
 - Morte por Acidente (MACID);
 - Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível por Acidente (65% ou 60%);
 - Doenças Graves Base (DG Base);
 - Cancro Não Invasivo (DOTIS);
 - Cancro Invasivo (DOTNM) - exceto se o capital não se encontrar esgotado.
- 13.2. Quando a cessação das coberturas relativamente ao Segurado/Pessoa Segura se verificar em virtude deste deixar de estar ligado ao Tomador do Seguro pelo vínculo que define o grupo, tal como previsto na alínea b) do ponto 13.1., o Segurado/Pessoa Segura poderá subscrever, por sua própria conta, uma Apólice de seguro de vida individual de modalidade equivalente com as mesmas garantias e coberturas que tinha no seguro de grupo, sem necessidade de se sujeitar a seleção médica, desde que a subscrição da apólice individual ocorra no prazo de trinta (30) dias a contar da data da cessação das coberturas da Apólice de grupo. No caso da contratação da cobertura de Cancro Invasivo, o contrato individual será aceite pelo valor de capital líquido de pagamentos anteriores decorrentes de sinistro.
- 13.3. O prémio da nova apólice será calculado de acordo com a idade atuarial na data da sua emissão e de acordo com as bases técnicas em vigor nesse momento.

13.4. Este direito não poderá ser exercido no caso de se terem verificado omissões ou inexatidões do Segurado/Pessoa Segura na Declaração Individual de Adesão.

Cláusula 14.^a – Cumulação de Coberturas

- 14.1. A Cobertura Complementar de Morte por Acidente só poderá ser aceite em simultâneo com a cobertura de Morte;
- 14.2. A Cobertura Complementar de Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível por Acidente só poderá ser aceite em simultâneo com a cobertura de Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível com igual grau de invalidez.

Cláusula 15.^a – Capital Seguro

- 15.1. O capital seguro garantido ao abrigo do presente Contrato é indicado pelo Tomador do Seguro e poderá corresponder a uma quantia fixa ou capital variável com base salarial.
- 15.2. A subscrição da opção de seguro Vida Mais Vencer, como coberturas de Cancro Não Invasivo, Cancro Invasivo, Check-Up Anual e Assistência Vida Mais Vencer, obriga à contratação de um capital de valor fixo.
- 15.3. A indicação do capital seguro, bem como a sua atualização ou alteração, nos termos previstos na cláusula 11, ficará sempre a cargo do Tomador do Seguro.

Cláusula 16.^a – Prémio do Contrato

- 16.1. Os prémios devidos serão calculados de acordo com as tarifas em vigor no Segurador à data da subscrição, acrescidos dos encargos legalmente obrigatórios.
- 16.2. O cálculo do prémio é efetuado tendo por base o capital seguro garantido ao abrigo da Apólice, bem como as coberturas subscritas pelo Tomador do Seguro e código de atividade económica (CAE) da empresa, sendo ajustado anualmente em função da idade atuarial do Segurado/Pessoa Segura.
- 16.3. Findo o prazo previsto no ponto 12.2 (Cláusula 12.^a), a tarifa aplicável poderá ser alterada e o valor do prémio será anualmente ajustado na data de renovação do contrato de acordo com o capital seguro inicial e a idade atuarial do Segurado/Pessoa Segura.

Cláusula 17.^a – Pagamento do Prémio

- 17.1. O prémio, acrescido dos encargos legais ou contratualmente estabelecidos, é devido pelo Tomador do Seguro antecipada e anualmente, de acordo com o definido nas Condições Particulares.
- 17.2. Quando expressamente acordado nas Condições Particulares, o Segurador pode facultar ao Tomador do Seguro o pagamento do prémio anual em diversas frações, acrescendo, neste caso, ao valor anual os respetivos encargos de fracionamento em vigor no Segurador.

- 17.3. 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.
- 17.4. **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.**
- 17.5. Quando, no decurso de uma anuidade, ocorrer o pagamento por morte ou a antecipação do capital seguro ao abrigo das Coberturas Complementares previstas na alínea c) do ponto 13.1., o prémio será devido até ao final da anuidade em causa.

Cláusula 18.^a – Falta de Pagamento do Prémio

- 18.1. **Quando o prémio ou fração inicial não for pago pelo Tomador do Seguro, o Contrato não produzirá quaisquer efeitos.**
- 18.2. Quando o pagamento do prémio for fracionado, a falta de pagamento de qualquer fração subsequente no decurso de uma anuidade determina a resolução automática e imediata do Contrato às 24 horas da data em que o pagamento dessa fração era devido.

Cláusula 19.^a – Reposição do Contrato em Vigor

- 19.1. Ocorrendo resolução do Contrato de seguro por falta de pagamento do prémio, o Segurador concede ao Tomador do Seguro a possibilidade de reposição da Apólice em vigor, nas condições originais, desde que tal pedido seja apresentado dentro do prazo de seis (6) meses a contar da data da resolução, mediante o pagamento dos prémios em atraso.
- 19.2. O Segurador reserva-se o direito de, neste caso, subordinar a revalidação da Apólice ao resultado favorável de um exame médico do Segurado/Pessoa Segura, ficando as despesas dos exames médicos daí decorrentes a cargo do Tomador do Seguro.
- 19.3. Qualquer pedido de reposição em vigor, solicitado em data posterior ao período indicado, dará origem a uma nova Apólice a qual será efetuada de acordo com as bases técnicas aprovadas oficialmente.

Cláusula 20.^a – Beneficiários

- 20.1. O Segurado/Pessoa Segura tem direito a nomear os Beneficiários, de acordo com as garantias do Contrato, bem como a alterar em qualquer altura a Cláusula Beneficiária até à data em que o Beneficiário adquire 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 que lhe pertence ficará a aguardar a reclamação do interessado.

A alteração do Beneficiário dará origem a uma Ata Adicional.

- 20.2. O previsto no ponto anterior não será aplicável nos casos em que o Contrato de seguro esteja associado a um contrato de mútuo.
- 20.3. A Cláusula Beneficiária será considerada irrevogável sempre que tenha havido aceitação do benefício por parte do Beneficiário, ficando o Segurado/Pessoa Segura impedido de efetuar qualquer alteração à Cláusula Beneficiária.
- 20.4. 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.
- 20.5. **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 nos casos previstos nos pontos 12 e 13.**
- 20.6. 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. Dará igualmente conhecimento ao Beneficiário caso o Tomador do Seguro exerça o direito de denunciar, de resolver ou de introduzir alterações que possam prejudicar a sua posição no Contrato.

Cláusula 21.^a – Obrigação de informar do Tomador do Seguro

- 21.1. **Compete ao Tomador do Seguro o dever de informar os Segurados/Pessoas Seguras sobre as coberturas contratadas e as suas exclusões, as obrigações e os direitos em caso de sinistro, bem como sobre as alterações ao Contrato, incluindo a sua cessação, em conformidade com espécimen facultado pelo Segurador.**
- 21.2. **O Tomador do Seguro deve ainda informar os Segurados/Pessoas Seguras do regime de designação e alteração dos Beneficiários.**
- 21.3. **O Tomador do Seguro responde por eventuais danos causados aos Segurados/Pessoas Seguras decorrentes do incumprimento do dever de informar acima previsto.**

Cláusula 22.^a – Obrigações do Segurado/Pessoa Segura e/ou do Beneficiário em caso de Sinistro

- 22.1. **A verificação de sinistro garantido ao abrigo da cobertura principal – Morte do Segurado/Pessoa Segura - deve ser comunicada ao Segurador pelo Tomador do Seguro (quando distinto do Segurado/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 do Segurado/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.**

- 22.2. Os Beneficiários deverão apresentar ao Segurador documentação que comprove aquela qualidade assim como da identificação do Segurado/Pessoa Segura. Na falta de designação de Beneficiário na apólice, deverá ser apresentado o competente documento de habilitação de herdeiros.
- 22.3. **Em caso de ocorrência de uma situação garantida através de uma Cobertura Complementar**, quando a cobertura tenha sido subscrita, o Segurado/Pessoa Segura ou o Beneficiário, devem enviar ao Segurador:
- A cópia do documento de identificação do Segurado/Pessoa Segura;
 - O documento comprovativo da qualidade de Beneficiário;
 - O atestado do médico assistente indicando o início, as causas, a natureza e a evolução do estado de doença ou invalidez do Segurado/Pessoa Segura, ou das lesões, em caso de acidente, com a descrição das circunstâncias em que o mesmo ocorreu, **no prazo máximo de sessenta (60) dias a seguir à constatação da doença, incapacidade para o trabalho ou invalidez**. O relatório médico deverá ainda indicar a natureza e a evolução do estado de incapacidade, bem como a duração provável da interrupção da atividade laboral;
 - Descrição exata da atividade exercida pelo Segurado/Pessoa Segura antes da incapacidade;
 - Em caso de diagnóstico de doença oncológica enquadrada nas coberturas complementares de Cancro Invasivo e Cancro Não Invasivo, 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.
- 22.4. Em complemento ao disposto no ponto 22.2., sempre que tal se justificar para a correta determinação das circunstâncias em que ocorreu 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 as respetivas despesas a cargo do Segurador.
- 22.5. Para efeitos dos números anteriores, o Segurado/Pessoa Segura, aquando da adesão ao Contrato, autoriza o seu médico assistente a fornecer, a título confidencial, ao médico representante do Segurador, toda a informação médica respeitante ao sinistro declarado.
- 22.6. Os prémios devidos ao abrigo do Contrato relativos ao período compreendido entre o facto que determina a situação abrangida por uma das Coberturas Complementares e a tomada de decisão por parte do Segurador em relação ao enquadramento dos sinistros, devem continuar a ser pagos pelo Tomador do Seguro ao Segurador.
- 22.7. **A falta de cumprimento por parte do Beneficiário ou do Segurado/Pessoa Segura ao disposto nos números anteriores, bem como a falta de verdade nas informações prestadas ao Segurador pode implicar a perda do direito às importâncias seguras.**

Cláusula 23.^a – Liquidação das Importâncias Seguras pelo Segurador

- 23.1. Feita a participação do sinistro por Morte ou Invalidez, bem como entregues todos os documentos complementares que eventualmente sejam solicitados pelo Segurador, conforme definido na cláusula 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.
- 23.2. 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.
- 23.3. Havendo lugar ao pagamento do capital seguro em caso de **morte, invalidez ou doença grave**:
- a) As importâncias seguras serão pagas ao Beneficiário designado à data da morte, invalidez ou diagnóstico da doença grave do Segurado/Pessoa Segura;
 - b) 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;
 - c) Em caso de premoriência do Beneficiário relativamente ao Segurado/Pessoa Segura, aos Herdeiros do Segurado/Pessoa Segura, de acordo com as regras definidas na alínea b);
 - d) 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 do Beneficiário, de acordo com as regras definidas na alínea b);
 - e) Em caso de comoriência do Segurado/Pessoa Segura e do Beneficiário, aos Herdeiros do Beneficiário, de acordo com as regras definidas na alínea b);
 - f) Se o Beneficiário for menor de idade, os capitais devidos serão pagos através de depósito numa conta à ordem em nome do menor, na qual apenas podem constar como cotitulares os seus representantes legais ou titulares do poder parental.
- 23.4. Existindo diferenças entre a(s) data(s) de nascimento declarada(s) pelo(s) Segurado(s)/Pessoa(s) Segura(s) na Declaração de Adesão e a(s) constante(s) dos documentos de identificação, as mesmas darão lugar à correção das importâncias seguras, de acordo com os prémios pagos, tendo em conta a idade correta e as tarifas em vigor à data da emissão do Certificado Individual.
- 23.5. O pagamento do capital seguro das coberturas previstas na alínea c) do ponto 13.1. implica a cessação do Certificado Individual.
- 23.6. O disposto no ponto anterior não se aplica em relação à cobertura de Cancro Não Invasivo, que após o pagamento do capital seguro da cobertura implica a cessação desta cobertura, mantendo as restantes em vigor no Certificado Individual.

Cláusula 24.^a – Participação nos Resultados

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

Cláusula 25.^a – Comunicações e Notificações entre as Partes

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

25.2. **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.**

Cláusula 26.^a – Obrigações Recíprocas

O Tomador do Seguro obriga-se a incluir na Apólice de seguro de grupo pelo menos 80% das pessoas seguráveis. O Segurador obriga-se a admitir nesta Apólice de seguro de grupo todas as pessoas seguráveis referidas no parágrafo anterior, desde que reúnam as condições de admissão expressas na cláusula 4 destas Condições Gerais.

Cláusula 27.^a – Legislação e Foro

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

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

27.3. O foro competente para a resolução de qualquer litígio emergente deste Contrato é o fixado na Lei Civil.

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

Cláusula 28.^a – Âmbito Territorial

Salvo estipulação em contrário nas Condições Particulares e sem prejuízo do disposto na cláusula 2, o presente Contrato produz efeitos, em relação a qualquer evento garantido pela presente Apólice, em qualquer parte do mundo.

Cláusula 29.^a – Gestão de Reclamações

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

29.2 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.

29.3 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.com.pt), sem prejuízo ainda da possibilidade do recurso à arbitragem ou aos tribunais, de acordo com as disposições legais em vigor.

- 29.4 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 do site do Segurador.

Cláusula 30.^a – Sanções Internacionais e Combate ao Terrorismo

- 30.1 **O Segurador não se encontra obrigado a subscrever qualquer cobertura/risco, nem será responsável pelo pagamento de qualquer indemnização de sinistro, ou ainda a fornecer qualquer serviço ou benefício, na medida em que tal subscrição, pagamento de indemnização de sinistro ou prestação de qualquer benefício exponha o Segurador a qualquer sanção, proibição ou restrição ao abrigo das Resoluções das Nações Unidas, ou a quaisquer outras sanções económicas ou comerciais, leis ou regulamentos da União Europeia, dos Estados Unidos da América e/ou de Portugal.**
- 30.2 **Para efeitos de seguro obrigatório, a exclusão da responsabilidade acima referida apenas se aplica nos casos em que as sanções sejam aplicáveis ao ordenamento jurídico português.**
- 30.3 **Em cumprimento com as normas internacionais e nacionais, bem como com as boas práticas do negócio, o Segurador reserva-se o direito de recusar a proposta de seguro ou de anular, unilateralmente, a apólice e/ou congelar os fundos/ativos, se o Tomador do Seguro/Segurado, ou quaisquer pessoas a estas associadas, constarem da lista internacional destinada a prevenção dos fenómenos de terrorismo.**

CONDIÇÕES ESPECIAIS

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 MORTE POR ACIDENTE (MACID)

Cláusula 1.^a – Âmbito da Cobertura

- 1.1. **Quando expressamente previsto nas Condições Particulares da Apólice, através do presente Contrato, pode ainda ficar garantido, em complemento ao capital previsto para a Cobertura Principal de Morte, o pagamento de um capital adicional por Morte do Segurado/Pessoa Segura quando ocorrida nos termos a seguir previstos.**
- 1.2. Se o Segurado/Pessoa Segura falecer devido a Acidente, ao abrigo da presente cobertura ficará garantido o pagamento de um segundo (2.º) capital, de valor não superior ao previsto para a Cobertura Principal de Morte, ao qual este acrescerá.
- 1.3. Para efeitos do disposto na presente cobertura, considera-se 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, clínica e objetivamente constatadas. As intoxicações e afogamentos, são para efeitos desta cobertura, equiparados a acidente.

Cláusula 2.^a – Justificação e Reconhecimento do Direito às Importâncias Seguras

- 2.1. **Em caso de falecimento do Segurado/Pessoa Segura, resultante de acidente, o Tomador do Seguro e/ou o Beneficiário indicado nas Condições Particulares deverão, sem prejuízo das restantes obrigações previstas nas cláusulas 21 e 22 das Condições Gerais, enviar ao Segurador, em complemento da participação do acidente, o respetivo Certificado de Óbito, bem como todos e quaisquer outros documentos elucidativos do acidente e das suas consequências, que se revelem necessários para a correta determinação das causas do acidente.**
- 2.2. **O incumprimento por parte do Tomador do Seguro e/ou do Beneficiário do disposto no ponto anterior implica a responsabilidade pelas perdas e danos dele resultante, ou a suspensão desta cobertura enquanto se mantiver o incumprimento.**
- 2.3. **A falta de verdade nas informações prestadas ao Segurador, implica a perda do direito às importâncias seguras.**

Cláusula 3.^a – Riscos Excluídos

Para além das exclusões previstas na cláusula 3 das Condições Gerais, aplicáveis à presente cobertura com as necessárias adaptações, ao abrigo da presente cobertura não ficarão igualmente garantidas as situações de morte que:

- a) **Resultem de doença;**

- b) Resultem de acidentes e respetivas consequências provocados intencionalmente pelo Segurado/Pessoa Segura ou com a sua cumplicidade, bem como o suicídio deste;
- c) Estejam relacionadas com a prática de ações ou omissões do Segurado/Pessoa Segura em que este 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.

Cláusula 4.^a – Cessação da Cobertura

Em complemento às situações previstas na cláusula 13 das Condições Gerais, a Cobertura Complementar de Morte por Acidente, 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) Mobilização do Segurado/Pessoa Segura para tomar parte em operações de guerra, policiamento ou em repressões de atos de terrorismo, quando os referidos riscos estejam garantidos;
- c) No termo da anuidade em que o Segurado/Pessoa Segura completar sessenta e nove (69) anos de idade ou qualquer outra idade diferente desta, desde que indicada nas Condições Particulares da Apólice.

COBERTURA COMPLEMENTAR INVALIDEZ ABSOLUTA E DEFINITIVA (IAD)

Cláusula 1.^a – Âmbito da Cobertura

- 1.1. 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 Invalidez Absoluta e Definitiva (IAD) em consequência de doença ou acidente.
- 1.2. Para efeitos do disposto na presente cobertura, considera-se que o Segurado/Pessoa Segura se encontra em situação de invalidez absoluta e definitiva, quando, em consequência de doença ou acidente, se verifiquem cumulativa e simultaneamente os seguintes requisitos:
 - a) Fique total e definitivamente incapaz de exercer qualquer atividade remunerada;
 - b) Fique na obrigação de recorrer à assistência permanente de uma terceira pessoa para efetuar quaisquer atos elementares da vida corrente;
 - c) Apresente um grau de incapacidade igual ou superior a 85%, de acordo com a “Tabela Nacional de Incapacidade por Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais” oficialmente em vigor no momento do reconhecimento da invalidez.

- 1.3. Para efeitos da alínea b), 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.
- 1.4. Verificando-se em relação ao Segurado/Pessoa Segura uma situação de invalidez absoluta e definitiva, nos termos acima indicados, o Segurador procederá ao pagamento antecipado do capital garantido para a cobertura de Morte que constar nas Condições Particulares da Apólice.

Cláusula 2.^a – Condições de Funcionamento da Cobertura

- 2.1. 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 complemente.
- 2.2. Para o efeito do reconhecimento da invalidez absoluta e definitiva, esta deve ser constatada e reconhecida por um médico do Segurador, com base em critérios médicos objetivos, 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.
- 2.3. Sem prejuízo do disposto no ponto seguinte, a Cobertura Complementar de Invalidez Absoluta e Definitiva 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 a idade de permanência contratualmente prevista.
- 2.4. Se a invalidez proveniente de acidente for agravada ou resultar de defeito físico de que o Segurado/Pessoa Segura já era portador à data da sua inclusão na presente Cobertura Complementar, a responsabilidade do Segurador não poderá exceder a que teria se o acidente tivesse ocorrido a uma pessoa sem o referido defeito físico.
- 2.5. O grau de desvalorização correspondente aos defeitos físicos de que o Segurado/Pessoa Segura já era portador à data de início desta Cobertura Complementar, não concorrerá para a fixação do grau de desvalorização a atribuir ao abrigo desta cobertura.

Cláusula 3.^a – Exigibilidade do Capital Seguro

Uma vez reconhecida a situação de invalidez absoluta e definitiva por parte do médico do Segurador, o pagamento do capital seguro será disponibilizado ao Beneficiário nos termos previstos na cláusula 23 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.

Cláusula 4.^a – Justificação e Reconhecimento do Direito às Importâncias Seguras

- 4.1. Em caso de invalidez, sem prejuízo das restantes obrigações previstas nas cláusulas 21 e 22 das Condições Gerais, o Tomador do Seguro e/ou o Beneficiário indicado nas Condições Particulares deve:
 - a) Enviar ao Segurador, nos sessenta (60) dias que se seguirem à constatação da invalidez absoluta e definitiva, um atestado do médico assistente, por conta do Tomador do Seguro, 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.
- 4.2. 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.
- 4.3. A falta de cumprimento por parte do Tomador do Seguro e/ou do Beneficiário do disposto nos pontos 4.1. e 4.2. implica a responsabilidade pelas perdas e danos dela resultante ou a suspensão desta cobertura enquanto se mantiver o incumprimento.
- 4.4. A falta de verdade nas informações prestadas ao Segurador, implica a perda do direito às importâncias seguras.
- 4.5. Em caso de conflito poderão as partes recorrer aos meios de resolução de litígios previstos na Lei.
- 4.6. 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.

Cláusula 5.^a – Riscos Excluídos

Para além das exclusões previstas na cláusula 3 das Condições Gerais, aplicáveis à presente cobertura com as necessárias adaptações, ao abrigo da presente cobertura ficam igualmente excluídos os sinistros que resultem direta ou indiretamente, de ato doloso do Segurado/Pessoa Segura ou praticado com a sua cumplicidade, bem como a tentativa de suicídio deste.

Cláusula 6.^a – Cessação da Cobertura

Em complemento às situações previstas na cláusula 13 das Condições Gerais, a Cobertura Complementar de Invalidez Absoluta e Definitiva (IAD), 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 atos de terrorismo;
- d) No termo da anuidade em que o Segurado/Pessoa Segura completar setenta e cinco (75) anos de idade ou qualquer outra idade diferente desta, desde que indicada nas Condições Particulares da Apólice.

COBERTURA COMPLEMENTAR INVALIDEZ DEFINITIVA PARA A PROFISSÃO OU ATIVIDADE COMPATÍVEL 65% OU 60% (IDPAC)

Cláusula 1.^a – Âmbito da Cobertura

- 1.1. Quando expressamente previsto nas Condições Particulares da Apólice e/ou Certificado Individual através do presente Contrato, podem ainda, em complemento à Cobertura Principal de Morte, ficar garantidas as situações de Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível (65% ou 60%).
- 1.2. Se se verificar uma situação de Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível por doença ou acidente, o Segurador procederá ao pagamento antecipado do capital seguro para a cobertura de Morte que constar nas Condições Particulares da Apólice.

Cláusula 2.^a – Definições

Para efeito das presentes coberturas, entende-se por:

- a) **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, clínica e objetivamente constatadas. As intoxicações e afogamentos, são para efeitos desta cobertura, equiparados a acidente.
- b) **Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível:** 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% ou 60%**, de acordo com a “Tabela Nacional de Incapacidade por Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais” oficialmente em vigor no momento do reconhecimento da invalidez.

Cláusula 3.^a – Condições de Funcionamento da Cobertura

- 3.1. Para o funcionamento destas garantias 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 complemente.
- 3.2. Para o efeito do reconhecimento da Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível resultante de doença ou acidente, esta deve ser constatada e reconhecida por um médico do Segurador, com base em critérios médicos objetivos, 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.
- 3.3. Sem prejuízo do disposto no ponto seguinte, as Coberturas Complementares de Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível (65% ou 60%), só serão aplicáveis se as mesmas se verificarem durante a vigência da Apólice/Certificado Individual e previamente ao termo da anuidade em que o Segurado/Pessoa Segura atinja os sessenta e nove (69) anos de idade ou qualquer idade diferente desta, desde que indicada nas Condições Particulares e/ou Certificado Individual.
- 3.4. 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 nas presentes Coberturas Complementares, a responsabilidade do Segurador não poderá exceder a que teria se o acidente tivesse ocorrido a uma pessoa sem o referido defeito físico.
- 3.5. O grau de desvalorização correspondente aos defeitos físicos de que o Segurado/Pessoa Segura já era portador à data de início das presentes Coberturas Complementares, não concorrerá para a fixação do grau de desvalorização a atribuir ao abrigo desta cobertura.

Cláusula 4.^a – Exigibilidade do Capital Seguro

Uma vez reconhecida a situação de invalidez definitiva para a profissão ou atividade compatível por doença ou acidente, por parte do médico do Segurador, o pagamento do capital seguro será disponibilizado ao Beneficiário nos termos previstos na cláusula 23 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.

Cláusula 5.^a – Justificação e Reconhecimento do Direito às Importâncias Seguras

- 5.1. Em caso de invalidez, sem prejuízo das restantes obrigações previstas nas cláusulas 20 e 21 das Condições Gerais, o Tomador do Seguro e/ou o Beneficiário designado deve:

- a) **Enviar ao Segurador, nos sessenta (60) dias que se seguirem à constatação da invalidez definitiva para a profissão ou atividade compatível por doença ou acidente, um atestado do médico assistente, por conta do Tomador do Seguro, 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.**
- 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.**

Cláusula 6.^a – Riscos Excluídos

Para além das exclusões previstas na cláusula 3 das Condições Gerais, aplicáveis às presentes coberturas, com as necessárias adaptações, ao abrigo das presentes coberturas ficarão igualmente excluídos os sinistros que resultem, direta ou indiretamente, de ato doloso do Segurado/Pessoa Segura ou praticado com a sua cumplicidade, bem como a tentativa de suicídio deste.

Cláusula 7.^a – Cessação da Cobertura

Em complemento às situações previstas na cláusula 13 das Condições Gerais, as Coberturas Complementares de Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível (65% ou 60%), quando contratada, cessará igualmente os seus efeitos para o Segurado/Pessoa Segura 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 atos de terrorismo, quando os referidos riscos estejam garantidos;**
- d) **No termo da anuidade em que o Segurado/Pessoa Segura completar sessenta e nove (69) anos de idade ou qualquer outra idade diferente desta, desde que indicada nas Condições Particulares da Apólice e/ou Certificado Individual;**
- e) **Na data em que o Segurado/Pessoa Segura começar a receber uma pensão de velhice, pré-reforma ou reforma antecipada.**

COBERTURA COMPLEMENTAR INVALIDEZ DEFINITIVA PARA A PROFISSÃO OU ATIVIDADE COMPATÍVEL RESULTANTE DE ACIDENTE (65% OU 60%)

Cláusula 1.^a – Âmbito da Cobertura

- 1.1. Quando expressamente previsto nas Condições Particulares da Apólice através do presente Contrato, pode ainda, em complemento à Cobertura Principal de Morte e Cobertura Complementar de Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível, ficar garantida a cobertura de Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível resultante de Acidente.
- 1.2. Se se verificar uma situação de invalidez definitiva para a profissão ou atividade compatível resultante de acidente, o Segurador procederá ao pagamento antecipado do capital definido nas Condições Particulares para esta cobertura.

Cláusula 2.^a – Definições

Para efeito da presente cobertura, entende-se por:

- a) **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, clínica e objetivamente constatadas. As intoxicações e afogamentos, são para efeitos desta cobertura, equiparados a Acidente.
- b) **Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível:** o Segurado/Pessoa Segura é considerado em estado de invalidez definitiva para a profissão ou atividade compatível sempre que, em consequência de um acidente, incluindo por acidente de circulação, 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% ou 60%, de acordo com a “Tabela Nacional de Incapacidade por Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais” oficialmente em vigor no momento do reconhecimento da invalidez.

Cláusula 3.^a – Condições de Funcionamento das Coberturas

- 3.1. Para o funcionamento desta Cobertura 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 complemente.
- 3.2. Para o efeito do reconhecimento da Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível por Acidente, incluindo por acidente de circulação, esta deve ser constatada e reconhecida por um médico do Segurador, com base em critérios médicos objetivos, 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.
- 3.3. Sem prejuízo do disposto no ponto seguinte, a Cobertura Complementar de Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível resultante de Acidente, incluindo por acidente de circulação, só será aplicável se a mesma se verificar durante a vigência da Apólice/Certificado Individual e previamente ao termo da anuidade em que o Segurado/Pessoa Segura atinja os sessenta e nove (69) anos de idade.
- 3.4. Se a invalidez proveniente de acidente for agravada ou resultar de defeito físico de que o Segurado/Pessoa Segura já era portador à data da sua inclusão na presente Cobertura Complementar, a responsabilidade do Segurador não poderá exceder a que teria se o acidente tivesse ocorrido a uma pessoa sem o referido defeito físico.
- 3.5. O grau de desvalorização correspondente aos defeitos físicos de que o Segurado/Pessoa Segura já era portador à data de início da presente Cobertura Complementar, não concorrerá para a fixação do grau de desvalorização a atribuir ao abrigo desta cobertura.

Cláusula 4.^a – Exigibilidade do Capital Seguro

Uma vez reconhecida a situação de invalidez definitiva para a profissão ou atividade compatível por acidente ou acidente de circulação, por parte do médico do Segurador, o pagamento do capital seguro será disponibilizado ao Beneficiário nos termos previstos na cláusula 23 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.

Cláusula 5.^a – Justificação e Reconhecimento do Direito às Importâncias Seguras

- 5.1. Em caso de invalidez, sem prejuízo das restantes obrigações previstas nas cláusulas 21 e 22 das Condições Gerais, o Tomador do Seguro e/ou o Beneficiário designado deve:
 - a) Enviar ao Segurador, nos sessenta (60) dias que se seguirem à constatação da invalidez definitiva para a profissão ou atividade compatível por acidente ou por acidente de circulação, um atestado do médico assistente, por conta do

Tomador do Seguro, 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.**

Cláusula 6.^a – Riscos Excluídos

Para além das exclusões previstas na cláusula 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 doloso 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 causa 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;**
- c) De doença.**

Cláusula 7.^a – Cessação da Cobertura

Em complemento às situações previstas na cláusula 13 das Condições Gerais, a Cobertura Complementar de Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível por Acidente, 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 atos de terrorismo, quando os referidos riscos estejam garantidos;
- d) No termo da anuidade em que o Segurado/Pessoa Segura completar sessenta e nove (69) anos de idade ou qualquer outra idade diferente desta, desde que indicada nas Condições Particulares da Apólice;
- 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 (DGB)

Cláusula 1.^a – 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 na presente cobertura.

Cláusula 2.^a – Garantias

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 a antecipação do capital garantido pela Cobertura Principal de Morte, cessando automaticamente, o respetivo Certificado Individual. 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 sete (67) anos de idade.

Cláusula 3.^a – Definições

As Doenças Graves Base ao abrigo do presente Contrato são:

a) Cancro invasivo da Mama

O cancro invasivo da mama é um tumor maligno que se origina na mama e que se caracteriza pelo crescimento descontrolado de células malignas e pela invasão dos tecidos circundantes. **O diagnóstico deve ser confirmado por um especialista e evidenciado por histologia**

claramente definitiva. Estão também cobertos o cancro inflamatório da mama (IBC) e o cancro da mama de Paget.

Exclusões:

- Todos os tipos de cancro não invasivo da mama (por exemplo, carcinoma ductal ou lobular in situ);
- Todos os cancros da mama micro invasivos (T1mic);
- Todos os 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).

b) Cancro do Útero

O cancro uterino é um tumor maligno que se origina no útero e que se caracteriza pelo crescimento descontrolado de células malignas e pela invasão dos tecidos circundantes. **O diagnóstico deve ser confirmado por um especialista e evidenciado por histologia claramente definitiva.** Estão cobertos o cancro cervical (cancro do colo do útero), cancro do endométrio e sarcomas uterinos e leiomiosarcomas.

Exclusões:

- Todos 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);
- As lesões causadas por endometriose;
- Miomas uterinos.

c) Cancro Colorretal (cancro do intestino)

O cancro colorretal é um tumor maligno que se origina no cólon, no reto ou no apêndice e que se caracteriza pelo crescimento descontrolado de células malignas e pela invasão dos tecidos circundantes. **O diagnóstico deve ser confirmado por um especialista e evidenciado por histologia claramente definitiva.**

Estão cobertos os tumores do tecido gastrointestinal do cólon, do reto ou do apêndice com um alto grau de potencial maligno.

Exclusões:

- Todos 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).

d) **Cancro do Pulmão**

O cancro do pulmão é um tumor maligno que se origina nos pulmões e que se caracteriza pelo crescimento descontrolado de células malignas e pela invasão dos tecidos circundantes. **O diagnóstico deve ser confirmado por um especialista e evidenciado por histologia claramente definitiva que mostre cancro do pulmão não microcítico (NSCLC) ou cancro do pulmão de células pequenas (SCLC).**

Exclusões:

- Qualquer outro cancro do pulmão não classificado como cancro não microcítico do pulmão (SCLC) ou cancro do pulmão de células pequenas (SCLC);
- Todos os cancros que sejam histologicamente classificados como pré-malignos não invasivos ou cancro "in situ";
- O mesotelioma;
- Metástases pulmonares de tumores primitivos, de outras partes do corpo.

e) **Cancro da Próstata**

O cancro da próstata é um tumor maligno que se origina na glândula prostática e que se caracteriza pelo crescimento descontrolado de células malignas e pela invasão dos tecidos circundantes. **O diagnóstico deve ser confirmado por um especialista e evidenciado por histologia claramente definitiva.**

Exclusões:

- Qualquer cancro da próstata exceto se a classificação histológica apresentar um grau de Gleason maior do que 6 ou tenha evoluído, pelo menos, até ao estágio T2N0M0 da classificação TNM;
- Neoplasia Intra epitelial prostática de baixo grau ou alto grau (LG-PIN ou HG-PIN).

f) **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:**

- História de dor torácica (precordialgia) característica;
- Alterações eletrocardiográficas recentes e específicas de enfarte do miocárdio;
- 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.

Cláusula 4.^a – Período de Carência

O pagamento do capital em caso de doença grave só será efetuado se a doença se manifestar noventa (90) dias após a data de início do Seguro.

Cláusula 5.^a – Justificação e Reconhecimento do Direito às Importâncias Seguras

- a) Em caso de doença grave, sem prejuízo das restantes obrigações previstas na cláusula 21 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, aquando 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) No âmbito desta Cobertura Complementar, feita a participação do diagnóstico e entregues todos os documentos complementares que eventualmente sejam 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;
- f) 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 complementa;
- g) Os prémios e sobreprémios da Cobertura Principal de Morte bem como os prémios e sobreprémios relativos à Cobertura Complementar de Doenças Graves Base 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.

Cláusula 6.^a – Riscos Excluídos

Para além dos riscos excluídos mencionados na cláusula 3 das Condições Gerais aplicáveis à presente cobertura, fica também excluída desta Cobertura Complementar a doença grave resultante de:

- a) **Doenças pré-existent diagnosticadas à data de aceitação do seguro;**
- b) **Todas as doenças secundárias ou tumores associados à síndrome da imunodeficiência humana adquirida ou com ela correlacionadas.**

Cláusula 7.^a – Cessação da Cobertura

Esta cobertura cessa os seus efeitos:

- a) **Por anulação da Apólice ou Certificado Individual do Seguro Principal (Morte);**
- b) **Se o Segurado/Pessoa Segura tentar suicidar-se;**
- c) **Agravamento intencional, qualquer que seja o meio, do grau de invalidez por parte do Segurado/Pessoa Segura;**
- d) **Se o Segurado/Pessoa Segura for mobilizado para tomar parte em operações de guerra, policiamento ou em repressões de atos de terrorismo;**
- e) **No termo da anuidade em que o Segurado/Pessoa Segura atinja os sessenta e sete (67) anos de idade.**

COBERTURA COMPLEMENTAR ASSISTÊNCIA A PESSOAS (ASPS2)

Cláusula 1.^a – 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 garantidos os serviços de Assistência a Pessoas constantes na presente cobertura.

Cláusula 2.^a – Definições

- 2.1. Para efeito da presente cobertura considera-se **Acidente Corporal** todo e qualquer acontecimento fortuito, súbito e violento devido a causa exterior e estranha à vontade do Segurado/Pessoa Segura, e que nesta origine lesões corporais, nomeadamente suscetíveis de impedir o prosseguimento da viagem.
- 2.2. Para efeito da presente cobertura considera-se **Doença** toda a alteração súbita e imprevisível do estado de saúde do Segurado/Pessoa Segura, confirmada pelo médico, nomeadamente que impeça o prosseguimento da viagem.
- 2.3. Entende-se por **Serviço de Assistência** a entidade que, em nome e por conta do Segurador, presta os serviços e ou as prestações garantidas no clausulado desta Condição Especial.

Cláusula 3.^a – Assistência Médica em Portugal

3.1. Aconselhamento Médico

Através da linha telefónica de atendimento 24 horas por dia, a Pessoa Segura poderá solicitar, à Equipa Médica do Segurador, através do Serviço de Assistência, informações médicas ou de simples aconselhamento.

3.2. Envio de Médico ao Domicílio

- a) O Segurador, através do Serviço de Assistência, garante, em caso de urgência, o envio ao domicílio, 24 horas por dia, de um médico de clínica geral para consulta e eventual aconselhamento quanto à orientação a seguir;
- b) O custo da deslocação será suportado pelo Segurador através do Serviço de Assistência, devendo o Segurado/Pessoa Segura suportar o copagamento previsto por consulta e a totalidade dos eventuais tratamentos prescritos;
- c) Cada consulta a suportar pelo Segurado/Pessoa Segura implicará um copagamento de 15 €;
- d) Se, por razões de oferta de mercado, o Segurador, através do Serviço de Assistência, não conseguir localizar um médico disponível para efetuar a consulta domiciliária, será organizado e suportado, em alternativa, um transporte até à unidade hospitalar mais próxima da residência do Segurado/Pessoa Segura;
- e) A presente garantia só é válida se o Segurado/Pessoa Segura solicitar previamente o serviço, não havendo lugar a reembolsos de consultas efetuadas sem o consentimento do Segurador através do Serviço de Assistência.

3.3. Envio de Medicamentos ao Domicílio

O Serviço Assistência do Segurador garante, com um copagamento de 1 € a cargo do Segurado/Pessoa Segura, a entrega de medicamentos ao domicílio sempre que o beneficiário seja possuidor de receita médica e esteja impossibilitado de o fazer pelos seus próprios meios. O custo dos medicamentos é a cargo da Pessoa Segura.

3.4. Informações sobre Farmácias de Serviço

O Segurador, através do Serviço de Assistência, assegura informações sobre farmácias de serviço 24 horas por dia, 365 dias por ano.

3.5. Envio de um Profissional de Enfermagem ao Domicílio

Em caso de acamamento do Segurado/Pessoa Segura, por prescrição médica, o Segurador, através do Serviço de Assistência, promoverá o envio de profissionais de enfermagem, suportando os custos de deslocação desses profissionais assim como a tomada a cargo de: desinfetantes líquidos, gases gordas ou não, adesivos, drenos, seringas e agulhas. O serviço garante ainda a administração de injetáveis, colocação de soros, algalias e sondas nasais e outros passíveis de serem efetuados no domicílio. Contudo, o Segurado/Pessoa Segura tomará a seu cargo o custo dos produtos específicos a ministrar e prescritos pelo seu médico assistente. O Segurador garante um capital máximo de dez (10) dias e no máximo de 300 € por ano.

3.6. Envio de Ambulância

Em caso de emergência o Serviço de Assistência garante o envio de uma ambulância para transporte do Segurado/Pessoa Segura para a unidade hospitalar mais próxima. O Serviço de Assistência informará previamente os custos inerentes a este serviço, a ser suportado pelo Segurado/Pessoa Segura.

3.7. Ajuda Domiciliária

Em caso de acamamento ou incapacidade do Segurado/Pessoa Segura comprovado pelo médico assistente e do Segurador, o Serviço de Assistência promoverá a procura de uma pessoa para acompanhar e prestar ajuda domiciliária durante o tempo necessário à sua recuperação, no pressuposto de que as pessoas com quem coabita se encontrem incapacitadas fisicamente para prestar o apoio necessário ao Segurado/Pessoa Segura. O Segurador garante um capital máximo de 60 € diários e no máximo de 900 € ano.

Caso a incapacidade do Segurado/Pessoa Segura decorra de uma prévia hospitalização com procedimento cirúrgico, comprovado pelo Médico Assistente e pelo Segurador, este, através dos Serviços de Assistência, promoverá a procura de um fisioterapeuta ou enfermeiro para reabilitação ou substituição de penso ou também de uma governanta para ajuda doméstica necessária até à sua recuperação.

O Segurador garante um capital máximo de 200 €/ano.

3.8. Procura e Envio de um Profissional de Serviços Domésticos ao Domicílio

Em caso de doença e/ou hospitalização do Segurado/Pessoa Segura que impossibilite a manutenção/limpeza diária da sua residência, o Segurador promoverá o envio de um profissional de serviços domésticos. Os custos são de conta e ordem do Segurado/Pessoa Segura, previamente informados pelo Serviço de Assistência.

3.9. Marcação de Consultas e Meios Complementares de Diagnóstico

Através do Serviço de Assistência o Segurado/Pessoa Segura poderá solicitar marcações de consultas médicas de clínica geral e/ou de especialidade e exames complementares de diagnóstico desde que solicitados pelo médico. As consultas e os exames de diagnóstico são da responsabilidade do Segurado/Pessoa Segura, cujo custo será informado previamente pelo Serviço de Assistência.

3.10. Check-up

O Segurador, através do Serviço de Assistência, garante o acesso a consultas de check-up anual em prestador de saúde convencionado, até ao limite de uma (1) consulta por ano, com um copagamento de 60 € a cargo do Segurado/Pessoa Segura. A marcação de consultas de check-up deverá ser sempre solicitada previamente pelo Segurado/Pessoa Segura ao Serviço de Assistência do Segurador, cumprindo a estes informar o Segurado/Pessoa Segura da data, hora, e local da consulta. O check-up anual, da presente garantia inclui os exames a seguir indicados: Consulta de clínica geral; Urina tipo II; Colesterol Total; HDL; Triglicéridos; Glicémia em jejum; Hemograma; Velocidade sedimentação; Creatinina; Transaminases; Gamma T; Ácido úrico; Raio X Tórax com relatório; ECG em repouso.

3.11. Aluguer de Material Ortopédico

Em caso de necessidade confirmada por relatório médico, o Segurador, através do Serviço de Assistência, promoverá a procura e o aluguer de material ortopédico, durante o tempo necessário à sua recuperação, até ao limite máximo de 250 € por ano.

3.12. Acolhimento e Acompanhamento de Crianças

Em caso de hospitalização do Segurado/Pessoa Segura, o Serviço de Assistência poderá indicar os serviços de profissionais que se encarreguem de transportar os filhos do Segurado/Pessoa Segura à escola, desde que menores de dezasseis (16) anos, e ainda o seu acompanhamento nos tempos livres. Os custos destas prestações serão da

responsabilidade do Segurado/Pessoa Segura e previamente informados pelo Serviço de Assistência.

3.13. Baby-sitting

Em caso de Hospitalização do Segurado/Pessoa Segura, o Serviço de Assistência garante serviço de baby-sitting em todo o País. Os custos destas prestações serão da responsabilidade do Segurado/Pessoa Segura e previamente informados pelo Serviço de Assistência.

3.14. Recolha e Entrega de Roupa para Lavar e Engomar

Em caso de Hospitalização do Segurado/Pessoa Segura, o Serviço de Assistência garante o serviço de recolha de roupa, incluindo limpezas a seco, com a periodicidade que o Segurado/Pessoa Segura pretender. Os custos destes serviços serão de conta e ordem do Segurado/Pessoa Segura e previamente informados pelo Serviço de Assistência.

3.15. Transmissão de Mensagens

O Segurador, através do Serviço de Assistência, encarregar-se-á da transmissão de mensagens urgentes que lhe sejam solicitadas pelo Segurado/Pessoa Segura em virtude de qualquer acontecimento relacionado com as presentes garantias.

Cláusula 4.^a – Assistência Médica em Portugal em caso de Internamento Hospitalar

4.1. Transporte do Segurado/Pessoa Segura

- a) No caso do Segurado/Pessoa Segura ser sujeito a internamento hospitalar e necessitar de transporte para a unidade onde irá ser internado, o Segurador, através do Serviço de Assistência, obriga-se a organizar e suportar o custo do transporte do Segurado/Pessoa Segura, desde o local da sua residência ou do local onde se encontre, até ao respetivo Hospital ou Clínica;
- b) Nos termos da alínea anterior, o transporte para uma unidade hospitalar, fora de Portugal, só é garantido desde que não exista, no país, qualquer unidade semelhante onde o tratamento possa ser desenvolvido, ou existindo, não haja possibilidade de internamento em tempo útil em função do estado clínico do Segurado/Pessoa Segura ou, ainda, quando esta se encontre no estrangeiro;
- c) No caso de o Segurado/Pessoa Segura ser internado e, após alta médica hospitalar, necessite de transporte para a sua residência, o Segurador, através do Serviço de Assistência, obriga-se a organizar e suportar o custo do transporte do Segurado/Pessoa Segura, desde o respetivo Hospital até ao local da sua residência;
- d) O transporte referido anteriormente é feito, consoante a gravidade do caso, pelo meio mais aconselhável segundo parecer do Departamento Médico do Serviço de Assistência e do Médico Assistente do Segurado/Pessoa Segura.

4.2. Acompanhamento do Segurado/Pessoa Segura pelo Médico Assistente

Nos casos em que se torne necessário fazer acompanhar o Segurado/Pessoa Segura internado pelo seu Médico Assistente, o Segurador, através do Serviço de Assistência, organizará e suportará as respetivas despesas de transporte, ida e volta, e de estadia em hotel.

4.3. Acompanhamento do Segurado/Pessoa Segura por um Familiar ou outro Acompanhante

No caso de internamento hospitalar do Segurado/Pessoa Segura, o Segurador, através do Serviço de Assistência, organizará e suportará as despesas de transporte, ida e volta, e de estadia em hotel, de um familiar ou uma outra pessoa designada pelo Segurado/Pessoa Segura, para o acompanhar.

4.4. Falecimento do Segurado/Pessoa Segura Internado

Se, durante o internamento hospitalar, o Segurado/Pessoa Segura falecer, o Segurador, através do Serviço de Assistência, garantirá, para além dos procedimentos necessários à saída do corpo do local de internamento, o pagamento das despesas relacionadas com as formalidades legais a cumprir no local do falecimento, a escolha da funerária e o transporte do corpo, desde o local do evento até ao da inumação em Portugal.

4.5. Alta (Check-out)

Quando da alta médica, após internamento hospitalar, o Segurador, através do Serviço de Assistência, encarregar-se-á de todos os procedimentos necessários junto do Hospital ou Clínica para a saída do Segurado/Pessoa Segura.

4.6. Alta sob Vigilância Médica

Quando da alta médica, após internamento hospitalar, o Segurador, através do Serviço de Assistência, garante o reembolso das despesas com estadia em hotel do Segurado/Pessoa Segura convalescente, desde que não acamado, caso este necessite de vigilância ou observação temporária fora do Hospital ou Clínica.

Cláusula 5.^a – Assistência em Viagem no Estrangeiro

A Assistência em Viagem no estrangeiro é válida nas deslocações por período não superior a sessenta (60) dias.

5.1. Despesas Médicas, Cirúrgicas, Farmacêuticas e de Hospitalização no Estrangeiro

Se em consequência de Acidente Corporal ou Doença ocorrido durante **uma deslocação ao estrangeiro não superior a sessenta (60) dias**, o Segurado/Pessoa Segura necessitar de assistência médica, cirúrgica, farmacêutica ou hospitalar, o Segurador, através do Serviço de Assistência, suportará, até ao limite de 3.500 €, ou reembolsará, mediante justificativos:

- a) As despesas e honorários médicos e cirúrgicos;
- b) Os gastos farmacêuticos prescritos por médico;
- c) Os gastos de hospitalização

5.2. Transporte ou Repatriamento Sanitário em consequência de Acidente ou Doença Súbita no Estrangeiro

Em caso de Acidente Corporal ou Doença do Segurado/Pessoa Segura, ocorrido durante **uma deslocação ao estrangeiro não superior a sessenta (60) dias**, o Segurador, através do Serviço de Assistência, encarrega-se:

- a) Dos custos de transporte em ambulância até à clínica ou hospital mais próximo;

- b) Da eventual transferência para outro Centro Hospitalar mais adequado ou até ao seu domicílio;
- c) Do custo desta transferência pelo meio de transporte mais adequado. Se tal correr para um Centro Hospitalar afastado do domicílio, o Segurador, através do Serviço de Assistência, encarrega-se também da oportuna transferência até ao mesmo.

O meio de transporte será, em todos os casos, decidido pelos Serviços Médicos do Segurador conjuntamente com o Médico Assistente.

5.3. Acompanhamento durante o Transporte ou Repatriamento Sanitário

No caso de o estado do Segurado/Pessoa Segura objeto de transporte ou repatriamento sanitário o justificar, o Segurador, através do Serviço de Assistência, após parecer do seu médico, suporta as despesas com a viagem de uma pessoa, que se encontre no local, para o acompanhar.

5.4. Acompanhamento do Segurado/Pessoa Segura Hospitalizada

Se se verificar a hospitalização do Segurado/Pessoa Segura, e se o seu estado não aconselhar o repatriamento ou regresso imediato, o Segurador, através do Serviço de Assistência, suporta as despesas de estadia num hotel de um familiar ou pessoa por ele designada, que se encontre já no local, para ficar junto de si, até ao limite de 75 € por dia e no máximo de 750 €.

5.5. Bilhete de Ida e Volta para um Familiar e respetiva Estadia

Se a hospitalização do Segurado/Pessoa Segura ultrapassar dez (10) dias, e se não for possível acionar a garantia prevista em 5.4 desta Condição Especial, o Segurador, através do Serviço de Assistência, suporta as despesas a realizar por um familiar, com passagem de ida e volta de comboio em 1ª classe ou de avião, em classe turística, com partida de Portugal, para ficar junto dele, responsabilizando-se ainda pelas despesas de estadia até ao limite de 75 € por dia e no máximo de 750 €.

5.6. Prolongamento de Estadia em Hotel

Se após ocorrência de Acidente Corporal ou Doença no Estrangeiro, o estado do Segurado/Pessoa Segura não justificar hospitalização ou transporte sanitário, e se o seu regresso não se puder realizar na data inicialmente prevista, o Segurador, através do Serviço de Assistência, encarrega-se, se a elas houver lugar, das despesas realizadas com estadia em hotel, por si e por uma pessoa que o fique a acompanhar, até ao limite de 75 € por dia e no máximo de 750 €. Quando o estado de saúde do Segurado/Pessoa Segura o permitir, o Segurador, através do Serviço de Assistência, encarrega-se do seu regresso, bem como do eventual acompanhante, caso não possam regressar pelos meios inicialmente previstos.

5.7. Transporte ou Repatriamento após Morte do Segurado/Pessoa Segura

O Segurador, através do Serviço de Assistência, suporta as despesas com todas as formalidades a efetuar no local de falecimento do Segurado/Pessoa Segura, bem como as relativas ao seu transporte ou repatriamento até ao local do enterro em Portugal.

Se por motivos administrativos for necessária a inumação provisória ou definitiva localmente, o Segurador, através do Serviço de Assistência, suporta as despesas de transporte de um familiar, se um deles não se encontrar já no local, pondo à sua disposição

uma passagem de ida e volta de comboio em 1.^a classe ou de avião em classe turística para se deslocar desde o seu domicílio até ao local de inumação, pagando ainda as despesas de estadia até ao limite de 75 € por dia e no máximo de 750 €.

5.8. Coberturas adicionais – Assistência em Viagem no Estrangeiro

- 5.8.1. **Assistência ao Roubo de Bagagens no Estrangeiro:** No caso de roubo de bagagens e/ou objetos pessoais, o Serviço de Assistência assistirá, se isso for solicitado, o Segurado/Pessoa Segura na respetiva participação às autoridades. Tanto no caso de roubo como no de perda ou extravio dos ditos pertences, se encontrados, o Serviço de Assistência encarregar-se-á do seu envio até ao local onde se encontre o Segurado/Pessoa Segura ou até ao seu domicílio.
- 5.8.2. **Adiantamento de Fundos no Estrangeiro:** Em caso de roubo ou extravio de bagagens ou valores monetários não recuperados no prazo de 24 horas, o Serviço de Assistência prestará o adiantamento das verbas necessárias à substituição dos bens desaparecidos até ao limite de 500 €. Para a utilização desta garantia, será necessário o prévio depósito ou entrega ao Segurador, através do Serviço de Assistência, por uma pessoa mandatada pelo Segurado/Pessoa Segura, de transferência bancária do valor solicitado.
- 5.8.3. **Cancelamento e Interrupção de Viagem:** Caso o Segurado/Pessoa Segura, por motivo de força maior, se veja obrigado a interromper ou cancelar uma viagem já sinalizada ou liquidada, o Serviço de Assistência assegurará o reembolso dos gastos irrecuperáveis de alojamento e de transporte até ao limite de 1.000 €. No que respeita aos gastos de transporte, o Segurado/Pessoa Segura obriga-se a tomar as providências necessárias no sentido de recuperar no todo ou em parte as verbas já liquidadas, incumbindo ao Serviço de Assistência assumir complementarmente os gastos de transporte considerados como irrecuperáveis.

No caso do cancelamento da viagem se efetuar antes da data da partida, a indemnização será calculada em função das taxas que a seguir se enunciam, do número de dias e capital comprovadamente despendido:

- a) Cancelamento efetuado entre o 30.º e 15.º dia: 50%;
- b) Cancelamento efetuado entre o 14.º a não comparecimento: 100%.

Para este efeito, entende-se como motivo de força maior:

- Falecimento, em Portugal, do próprio Segurado/Pessoa Segura, seu cônjuge (deverá ser entendido também como união de facto) bem como dos ascendentes ou descendentes de ambos até ao 1.º grau que com ele coabitem;
- Morte ou acidente no estrangeiro com o Segurado/Pessoa Segura que o impeça de continuar com a respetiva viagem (a confirmar pelos serviços médicos do Serviço de Assistência);
- Doença ou acidente grave, a confirmar conjuntamente pelo médico assistente e pela equipa médica do Segurador através do Serviço de Assistência, de que seja vítima, em Portugal, o próprio Segurado/Pessoa Segura, seu cônjuge (deverá ser entendido também como união de facto), bem como dos ascendentes ou descendentes de ambos, até ao 1.º grau, noras, genros, irmãs, irmãos, cunhados e cunhadas.

Considera-se doença ou acidente grave, toda a situação clínica de que resulte mais de três (3) dias consecutivos de internamento hospitalar;

- Desemprego do Segurado/Pessoa Segura ou do seu cônjuge (deverá ser entendido também como união de facto), desde que o mesmo tome lugar nos trinta (30) dias anteriores à data da partida;
- Destruição da habitação permanente ou local de trabalho, de que seja vítima em Portugal o próprio Segurado/Pessoa Segura ou o seu cônjuge (deverá ser entendido também como união de facto), desde que o mesmo tome lugar nos trinta (30) dias anteriores à data da partida (danos superiores a 50% do imóvel).

O reembolso previsto neste número não é acumulável com outros eventualmente previstos nesta apólice para uma mesma situação.

- 5.8.4. **Atraso na Receção de Bagagens:** O Segurador, através do Serviço de Assistência reembolsará o Segurado/Pessoa Segura pelo valor das despesas provocadas pelo atraso na recuperação da bagagem no decurso de uma viagem aérea, designadamente na aquisição de artigos de vestuário e/ou higiene, até ao limite de 100 € e desde que esse atraso seja superior a 24 horas.
- 5.8.5. **Atraso no Voo:** O Segurador, através do Serviço de Assistência, reembolsará o Segurado/Pessoa Segura pelo valor das despesas de alojamento provocadas pelos atrasos nas partidas dos aviões, até ao limite de 75 € por dia, no máximo de 750 €, desde que esse atraso seja por um período superior a dezasseis (16) horas.
- 5.8.6. **Perda de Ligações Aéreas:** Caso o Segurado/Pessoa Segura perca uma ligação entre dois voos devido a atrasos na chegada do avião, terá asseguradas pelo Serviço de Assistência as despesas de alojamento até ao limite de 75 € por dia, no máximo de 750€.
- 5.8.7. **Transmissão de Mensagens:** O Segurador, através do Serviço de Assistência, encarregar-se-á da transmissão de mensagens urgentes que lhe sejam solicitadas pelo Segurado/Pessoa Segura em virtude de qualquer acontecimento relacionado com as presentes garantias.

Cláusula 6.^a – Assistência a Animais Domésticos

6.1. Envio de Veterinário ao Domicílio incluindo Vacinação

O Segurador, através do Serviço de Assistência, garante o envio de um Veterinário ao domicílio para vacinação ou simples consulta, suportando os custos da deslocação e respetivos honorários, cabendo ao Segurado/Pessoa Segura um copagamento de 25 € por consulta.

No caso do Segurador, através do Serviço de Assistência, por razões de oferta de mercado, não conseguir localizar um Veterinário disponível para efetuar a consulta domiciliária, organizará e suportará o custo do transporte ao Veterinário mais próxima da sua residência.

6.2. Envio de Transporte Urgente para Animais

Em caso de urgências dos animais (cães e gatos), o Segurador, através do Serviço de Assistência, providencia e envia o meio para o transporte de urgência dos animais. Os

custos do serviço ficam a cargo do Segurado/Pessoa Segura, que será previamente informado do valor do serviço pelo Serviço de Assistência.

6.3. Aconselhamento Médico Telefónico

Através da linha telefónica de atendimento 24 horas por dia, o Segurado/Pessoa Segura poderá solicitar informações médicas ou de simples aconselhamento.

6.4. Envio de Medicamentos ao Domicílio

O Segurador, através do Serviço de Assistência, garante a entrega de medicamentos prescritos pelo veterinário ao domicílio sempre que o Segurado/Pessoa Segura esteja impossibilitado de o fazer pelos seus próprios meios. O custo dos medicamentos fica a cargo do Segurado/Pessoa Segura.

6.5. Banhos e Tosquias

O Segurador, através do Serviço de Assistência, efetuará, sempre e quando o serviço seja solicitado pelo Segurado/Pessoa Segura diretamente ao Serviço de Assistência do Segurador:

- a) A marcação de banho e/ou tosquia em estabelecimento próprio;
- b) A procura e envio de profissional para banho e/ou tosquia de animais ao domicílio;
- c) O envio de meios para recolha e entrega de animais ao domicílio.

6.6. Guarda de Animais Domésticos (Cães e Gatos)

Em caso de sinistro na habitação, doença ou acidente de que resulte a hospitalização do Segurado/Pessoa Segura, o Segurador, através do Serviço de Assistência, encarrega-se de procurar um estabelecimento para guarda de animais domésticos (cães e gatos) situado o mais próximo da residência habitual do Segurado/Pessoa Segura e de organizar o transporte dos animais até este estabelecimento ou até ao domicílio, em Portugal, de uma Pessoa designada pelo Segurado/Pessoa Segura. O Segurador suporta os custos de transporte, no raio de 50 km a partir do domicílio do Segurado/Pessoa Segura, bem como os custos com a guarda dos animais no canil ou gatil, até ao limite máximo de 750 € por ano. A prestação desta garantia é submetida às condições de transporte e de guarda dos transportadores e dos canis ou gatis (vacinas em dia, cauções, entre outras). Para poder ser prestada esta garantia, deverá alguém, designado pelo Segurado/Pessoa Segura, poder entregar os animais aos colaboradores do Serviço de Assistência do Segurador.

6.7. Marcação e Aviso de Consultas

O Segurador, através do Serviço de Assistência, efetuará a marcação de consultas em Veterinário e aviso da data, hora e local da mesma ao Segurado/Pessoa Segura, sempre e quando o serviço seja solicitado pelo Segurado/Pessoa Segura diretamente ao Serviço de Assistência do Segurador.

6.8. Serviço Informativo

No caso de acidente ou doença súbita de que seja vítima o animal doméstico (cão ou gato), o Serviço de Assistência do Segurador garante a informação ao Segurado/Pessoa Segura sobre os médicos veterinários que possam assistir o animal.

O Segurador, através do Serviço de Assistência, prestará ainda:

- a) Informações gerais sobre canis e gatis disponíveis;
- b) Médicos veterinários existentes na zona;
- c) Registos e licenças (cães de gatos);
- d) Outros serviços destinados a animais domésticos (cães e gatos).

Cláusula 7.^a – Assistência no Lar

7.1. Serviços Técnicos

Mediante esta garantia o Segurador, através do Serviço de Assistência, a pedido do Segurado/Pessoa Segura promoverá o envio de profissionais qualificados, nas áreas abaixo especificadas, liquidando o Segurado/Pessoa Segura os serviços solicitados de acordo com a tabela em vigor no ano.

- a) **Serviços Técnicos 24 horas:** Os serviços técnicos 24 horas são essencialmente serviços com carácter de urgência de âmbito nacional e com tempos de resposta entre quatro (4) e doze (12) horas, dependendo da zona geográfica. Em Lisboa e Porto e respetivas Regiões é garantida a presença de um técnico num período máximo de quatro (4) a seis (6) horas e nas restantes zonas do País entre seis (6) e doze (12) horas no máximo.

Serviços: Canalização; Eletricidade; Desentupimentos; Chaves e Fechaduras.

- b) **Serviços Técnicos Dia (por marcação):** Enquadram-se nesta área os serviços de carácter não urgente, estando garantida a presença de um técnico no domicílio do Segurado/Pessoa Segura, podendo solicitar um orçamento prévio ou a execução imediata dos trabalhos de acordo com as tarifas em vigor. A presença do técnico é garantida nas 24 horas seguintes ao pedido de intervenção e em função da disponibilidade do Segurado/Pessoa Segura. Nos serviços técnicos dia, o Segurado/Pessoa Segura beneficiará de isenção de taxa de deslocação no período entre as 8:00 e as 20:00 horas.

Serviços: Climatização; Ar Condicionado; Aquecimento; TV, Vídeo, Hi-Fi; Refrigeração; Pintura; Construção Civil; Carpintaria; Pavimentos; Serralharia; Estofos; Tetos falsos; Vidros; Estores e Persianas; Microinformática; Antenas; Eletrodomésticos.

7.2. Serviços de Conforto

Enquadram-se nesta área um conjunto diversificado de serviços de conforto de utilização pessoal ou familiar, disponíveis 24 horas/dia. Através da linha de Assistência disponível 24 horas, o Cliente tem acesso a prestadores de serviços selecionados. O Segurador, através do Serviço de Assistência, informará previamente dos custos dessas prestações.

Serviços: Envio de flores; Serviços de Limpeza; Jardinagem; Refeições ao domicílio com e sem pessoal especializado; Compra e entrega de produtos ao domicílio; Engomadoria; Recolha e envio de mensagens; Mudanças e transportes; Acolhimento e acompanhamento de crianças; Bilhetes para espetáculos; Traduções e retroversões; Reserva e entrega de bilhetes de avião e comboio; Reserva de Hotéis; Reserva de Restaurante; Envio de Táxis.

7.3. Serviço Informativo 24 horas por dia e 365 dias por ano

Este Serviço disponibiliza 24 horas por dia, durante 365 dias por ano, informações referentes a:

- a) Farmácias de Serviço: Informações sobre turnos, horários de funcionamento e sua localização 24/24 horas;
- b) Hospitais: Informações sobre a sua localização e especialidades;
- c) Serviços de Urgência: Serviços e telefones de urgência, linhas verdes e serviços públicos de apoio;
- d) Restaurantes: Informações sobre moradas, telefones e pratos típicos;
- e) Informações sobre Lazer e Cultura:
 - Cinema: filmes em exibição, horário e local;
 - Espetáculos Culturais: local, horário;
 - Museus: local, horário e morada;
 - Exposições, Feiras Internacionais e Eventos Especiais: local, horários e morada;
 - Programação televisiva.
- f) Bomba de Gasolina (horário, local e n.º de telefone);
- g) Trânsito e estado das estradas.

7.4. Aconselhamento em caso de Roubo

Se o domicílio seguro ficar inabitável, o Serviço de Assistência aconselha o Segurado/Pessoa Segura sobre as providências a tomar imediatamente, prestando, em caso de roubo ou tentativa de roubo, o apoio sobre os trâmites necessários para denúncia do mesmo às autoridades.

Cláusula 8.^a – Exclusões

8.1. Exclusões de carácter geral

Não ficam cobertas as prestações que não tenham sido solicitadas ao Serviço de Assistência, ou que não tenham sido efetuadas com o seu acordo, salvo nos casos de força maior ou impossibilidade demonstrada.

8.2. Exclusões relativas à Cláusula 5. Assistência em Viagem no Estrangeiro

Ficam sempre excluídas do âmbito da cobertura de Assistência em Viagem:

- 8.2.1. **Lesões ou tratamentos de doenças já existentes antes do início da viagem, conhecidas ou não.**
- 8.2.2. **Doença mental ou qualquer doença do foro psiquiátrico.**
- 8.2.3. **Acidentes resultantes de uma doença ou estado patológico existente antes do início da viagem bem como lesões resultantes de intervenções cirúrgicas ou outros atos médicos não motivados por acidente garantido pelo contrato.**

- 8.2.4. **Suicídio ou a tentativa de suicídio do Segurado/Pessoa Segura e suas consequências, bem como outros atos intencionais praticados pelo Segurado/Pessoa Segura sobre si próprio.**
- 8.2.5. **Atos intencionais, ou seja, dolosos, criminosos ou contrários à ordem pública de que o Tomador do Seguro ou o Segurado/Pessoa Segura sejam autores materiais ou morais ou de que sejam cúmplices.**
- 8.2.6. **Ações ou omissões do Segurado/Pessoa Segura influenciado pelo uso de estupefacientes sem prescrição médica, ou bebidas alcoólicas de que resulte grau de alcoolemia igual ou superior àquele que, em caso de condução sob o efeito do álcool, determine que a prática seja de contraordenação de crime.**
- 8.2.7. **Despesas com próteses, óculos e lentes de contacto, bem como despesas de odontologia.**
- 8.2.8. **Acidentes resultantes da prática desportiva profissional ou amadora federada e respetivos treinos, bem como da prática de desportos “especiais” tais como, alpinismo, boxe, karaté e outras artes marciais, tauromaquia, para-quedismo, parapente, asa delta, todos os desportos designados de radicais, espeleologia, pesca e caça submarinas, desportos de Inverno, quaisquer desportos que envolvam veículos motorizados (de duas rodas ou outros), motonáutica e outros desportos análogos na sua perigosidade.**
- 8.2.9. **Acidentes resultantes da utilização pelo Segurado/Pessoa Segura de veículos motorizados de duas rodas ou moto quatro.**
- 8.2.10. **Partos e complicações devidas ao estado de gravidez, salvo se imprevisíveis e ocorridos durante os primeiros seis meses.**
- 8.2.11. **Urna e gastos com o enterro ou cerimónia fúnebre.**
- 8.2.12. **Acidentes resultantes de cataclismos da natureza, tais como ventos ciclónicos, terremotos, maremotos, outros fenómenos análogos nos seus efeitos e ainda ação de raio.**
- 8.2.13. **Assaltos, greves, distúrbios laborais, tumultos e quaisquer outras alterações da ordem pública, rebelião, atos de terrorismo e sabotagem ou insurreição.**
- 8.2.14. **Revolução, guerra civil, invasão e guerra declarada ou não contra país estrangeiro, hostilidades entre nações estrangeiras, quer haja ou não declaração de guerra, e atos bélicos provenientes direta ou indiretamente dessas hostilidades.**
- 8.2.15. **Acidentes resultantes da utilização pelo Segurado/Pessoa Segura de aeronaves ou embarcações não pertencentes a linhas ou carreiras comerciais.**
- 8.2.16. **Acidentes resultantes de 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.**
- 8.2.17. **Tratamento em termas ou praias e, em geral, curas de mudança de ares ou de repouso bem como tratamentos estéticos.**
- 8.2.18. **Despesas de medicina preventiva, vacinas ou similares incluindo honorários médicos.**

8.2.19. Despesas de reabilitação e fisioterapia efetuadas sem o acordo da equipa médica do Serviço de Assistência.

8.2.20. As despesas médicas relativas a tratamentos iniciados no país de residência ou de nacionalidade.

8.2.21. Despesas médicas, cirúrgicas e de hospitalização em Portugal por doença, independentemente do local ou origem das mesmas, incluindo as efetuadas no decurso da viagem.

Cláusula 9.^a – Âmbito Territorial

As garantias previstas são válidas em todo o Mundo, exceto naqueles territórios em que, por conflitos internos, situações de guerra ou outros motivos não imputáveis ao Serviço de Assistência, se torne neles impossível garantir uma prestação de serviços segura e eficaz.

Cláusula 10.^a – Reembolso de Transportes

O Segurado/Pessoa Segura que tiver utilizado prestações de transportes previstas nesta Cobertura Complementar fica obrigado a promover as diligências necessárias à recuperação de bilhetes de transporte não utilizados, entregando ao Serviço de Assistência as importâncias recuperadas.

Cláusula 11.^a – Complementaridade

As prestações e indemnizações prestadas são pagas em excesso e complementarmente a outros contratos de seguro já existentes e cobrindo os mesmos riscos. O Segurado/Pessoa Segura ou o Tomador do Seguro obrigam-se a promover todas as diligências necessárias à obtenção dos reembolsos previstos por aqueles contratos, e a devolvê-los ao Serviço de Assistência, no caso e na medida em que este tenha adiantado as prestações. De igual forma deverão proceder o Segurado/Pessoa Segura ou o Tomador do Seguro relativamente a participações da Segurança Social ou de qualquer outra instituição a que tenham direito.

Cláusula 12.^a – Pedido de Assistência

É condição indispensável para usufruir das garantias desta Cobertura Complementar, que o Tomador do Seguro ou o Segurado/Pessoa Segura:

- a) Contactem imediatamente o Serviço de Assistência, caracterizando a ocorrência e fornecendo todas as informações necessárias para a execução da garantia em causa;
- b) Sigam as instruções do Serviço de Assistência e tomem as medidas necessárias e possíveis para impedir o agravamento das consequências do sinistro;
- c) Em caso de assistência, obtenham o acordo do Serviço de Assistência antes de assumirem qualquer decisão ou despesa;
- d) Satisfazam, em qualquer altura, os pedidos de informação e documentação formulados pelo Serviço de Assistência, remetendo-lhe prontamente todos os elementos necessários ao andamento do processo;

- 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 dos Sinistros: 213 86 33 22 (custo de chamada para a rede fixa nacional).

COBERTURA COMPLEMENTAR CANCRO NÃO INVASIVO (DOTIS)

Cláusula 1.^a – Âmbito da Cobertura

Verificando-se em relação ao Segurado/Pessoa Segura uma situação de cancro não invasivo, o Segurador procederá ao pagamento do capital contratado e fixado nas Condições Particulares da Apólice.

Cláusula 2.^a – Definições

Para efeito da presente cobertura, entende-se por cancro não invasivo:

- Tumores confirmado histologicamente como sendo carcinomas in-situ (cancro confinado à superfície e sem invasão do órgão de origem) e classificados como (Tis) pelo último manual da “American Joint Committee on Cancer” (AJCC);
- Tumores confirmados histologicamente e classificados como (Ta) pelo último manual da “American Joint Committee on Cancer” (AJCC). O diagnóstico de cancro não invasivo deve ser confirmado por um relatório histológico de um laboratório de patologia credenciado.

Cláusula 3.^a – Condições de Funcionamento da Cobertura

- 3.1. Para o efeito do reconhecimento do cancro não invasivo, este deve ser constatado e reconhecido por um médico do Segurador, com base em critérios médicos objetivos.
- 3.2. A Cobertura Complementar de Cancro Não Invasivo só será aplicável se o mesmo for reconhecido durante a vigência da Apólice e previamente ao termo da anuidade em que o Segurado/Pessoa Segura atinja os setenta e cinco (75) anos de idade.

Cláusula 4.^a – Período de Carência

Período de Carência Inicial

Este período é fixado de acordo com a idade atuarial na data início do contrato e a contar a partir desta mesma data. Se a idade atuarial do Segurado/Pessoa Segura estiver compreendida entre os 18-55 anos (inclusive), o período de carência é de noventa (90) dias. No caso de ter idade superior, o período de carência é de cento e oitenta (180) dias.

Exclui-se qualquer sinal, sintoma ou investigação médica que ocorra nos noventa (90) dias a contar da data de contratação do seguro e que resulte em diagnóstico do cancro.

Não será paga qualquer indemnização se a Pessoa Segura tiver apresentado sinais, sintomas ou estiver sob investigações médicas que conduzam ao diagnóstico de qualquer uma das doenças graves cobertas, independentemente da data do diagnóstico, nos

noventa (90) dias (se a idade atuarial de entrada está entre os 18-55 anos inclusive) ou nos cento e oitenta (180) dias (se a idade atuarial de entrada está entre os 56-65 anos inclusive) após a subscrição do seguro.

Cláusula 5.^a – Período de Sobrevivência

Se a morte do Segurado/Pessoa Segura ocorrer antes de decorrido catorze (14) dias a contar da data do diagnóstico do cancro não invasivo (data do relatório de histologia de um laboratório de patologia credenciado), o capital devido ao abrigo da presente cobertura de Cancro Não Invasivo será o capital seguro da cobertura de morte, cessando de imediato o contrato.

Cláusula 6.^a – Exigibilidade do Capital Seguro

- 6.1. Uma vez reconhecida a situação de cancro não invasivo por parte do médico do Segurador, o pagamento do capital seguro definido nas condições particulares para esta cobertura será disponibilizado ao Beneficiário nos termos da cláusula 23 das Condições Gerais.
- 6.2. O reconhecimento da situação de cancro não invasivo, tendo em conta a sua efetiva confirmação ou regressão, do ponto de vista clínico, nunca ocorrerá antes de decorrido catorze (14) dias a contar da data de diagnóstico do cancro (data do relatório histológico de um laboratório de patologia credenciado).
- 6.3. O pagamento do capital seguro ao abrigo da cobertura de cancro não invasivo implica a cessação desta cobertura, no entanto a apólice mantém-se em vigor com as restantes coberturas pelos capitais seguros disponíveis.

Cláusula 7.^a – Justificação e Reconhecimento do Direito às Importâncias Seguras

- 7.1. Em caso de cancro não invasivo, sem prejuízo das restantes obrigações previstas na cláusula 21 das Condições Gerais, o Tomador do Seguro e/ou o Beneficiário indicado nas Condições Particulares devem enviar ao Segurador, nos sessenta (60) dias que se seguirem à constatação do cancro não invasivo, o relatório patológico com o diagnóstico final e o relatório médico relativo ao tumor com a data de diagnóstico inicial e data da primeira consulta médica.
- 7.2. 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 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.
- 7.3. A falta de cumprimento por parte do Tomador do Seguro e/ou do Beneficiário do disposto nos pontos 7.1. e 7.2. implica a responsabilidade pelas perdas e danos dela resultantes ou a suspensão desta cobertura enquanto se mantiver o incumprimento.
- 7.4. A falta de verdade nas informações prestadas ao Segurador implica a perda do direito às importâncias seguras.

- 7.5. Em caso de conflito poderão as partes recorrer aos meios de resolução de litígios previstos na lei.
- 7.6. 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 cancro não invasivo, 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.

Cláusula 8.^a – Riscos Excluídos

Para além das situações previstas nas Condições Gerais e Especiais, ao abrigo da presente cobertura ficarão igualmente excluídos os:

- Tumores descritos histologicamente como benignos, pré-malignos, borderline, de baixo potencial maligno, displasia ou neoplasia intra-epitelial;
- Carcinoma in-situ da pele;
- Melanoma in-situ, e as lesões não consolidadas ou quaisquer doenças de carácter evolutivo cuja manifestação dos primeiros sintomas seja anterior à data de início dos efeitos da presente garantia.

Cláusula 9.^a – Cessação da Cobertura

Em complemento às situações previstas na cláusula 13 das Condições Gerais, a Cobertura Complementar de Cancro Não Invasivo, quando contratada, cessará igualmente os seus efeitos na data em que se verificar alguma das seguintes situações:

- a) Pagamento do Capital Seguro associado à presente cobertura;
- b) No termo da anuidade em que o Segurado/Pessoa Segura completar setenta e cinco (75) anos de idade ou qualquer outra idade diferente desta, desde que indicada nas Condições Particulares da Apólice.

COBERTURA COMPLEMENTAR CANCRO INVASIVO (DOTNM)

Cláusula 1.^a – Âmbito da Cobertura

Verificando-se em relação ao Segurado/Pessoa Segura uma situação de cancro invasivo, o Segurador procederá ao pagamento de parcelas do capital contratado e fixado nas Condições Particulares da Apólice de acordo com o estágio do cancro.

Cláusula 2.^a – Definições

Para efeito da presente cobertura, entende-se por cancro invasivo o tumor maligno caracterizado por um crescimento descontrolado, pela dispersão de células malignas e pela invasão e destruição de tecido normal.

Esta cobertura é constituída por três (3) níveis. Em cada um destes níveis, define-se o estágio de cancro que está coberto de acordo com a classificação médica universal.

- Nível 1: corresponde aos cancros classificados histologicamente como cancros de estágio I;
- Nível 2: corresponde aos cancros classificados histologicamente como cancros de estágio II;
- Nível 3: corresponde aos cancros classificados histologicamente como cancros de estágio III e IV.

O diagnóstico deve ser confirmado por um relatório histológico de um laboratório de patologia credenciado.

Cláusula 3.^a – Condições de Funcionamento da Cobertura

- 3.1. Para o efeito do reconhecimento do cancro invasivo, este deve ser constatado e reconhecido por um médico do Segurador, com base em critérios médicos objetivos.
- 3.2. A Cobertura Complementar de Cancro Invasivo só será aplicável se o mesmo for reconhecido durante a vigência da Apólice e previamente ao termo da anuidade em que o Segurado/Pessoa Segura atinja os setenta e cinco (75) anos de idade.
- 3.3. O reconhecimento da situação de cancro invasivo, tendo em conta a sua efetiva confirmação ou regressão, do ponto de vista clínico, nunca ocorrerá antes de decorrido catorze (14) dias a contar da data de diagnóstico do cancro (data do relatório de histologia de um laboratório de patologia credenciado).
- 3.4. Em caso de verificação de cancro invasivo, o Segurador compromete-se a manter o contrato de seguro em vigor relativamente às coberturas e capitais remanescentes e não poderá opor-se à sua renovação automática a menos que se verifique, por parte do Tomador, o incumprimento das obrigações previstas nas Condições Gerais e Especiais.

Cláusula 4.^a – Período de Carência

Período de Carência Inicial

Este período é fixado de acordo com a idade atuarial na data início do contrato e a contar a partir desta mesma data. Se a idade atuarial do Segurado/Pessoa Segura estiver compreendida entre os 18-55 anos (inclusive), o período de carência é de noventa (90) dias. No caso de ter idade superior, o período de carência é de cento e oitenta (180) dias.

Exclui-se qualquer sinal, sintoma ou investigação médica que ocorra nos noventa (90) dias a contar da data de contratação do seguro e que resulte em diagnóstico do cancro.

Não será paga qualquer indemnização se a Pessoa Segura tiver apresentado sinais, sintomas ou estiver sob investigações médicas que conduzam ao diagnóstico de qualquer uma das doenças graves cobertas, independentemente da data do diagnóstico, nos noventa (90) dias (se a idade atuarial de entrada está entre os 18-55 anos inclusive) ou nos cento e oitenta (180) dias (se a idade atuarial de entrada está entre os 56-65 anos inclusive) após a subscrição do seguro.

Período de Carência entre Cancros

Para um mesmo cancro invasivo, não existe período de carência. Para diferentes cancros, o período de carência é de cento e oitenta (180) dias entre datas de diagnóstico de cada cancro.

Cláusula 5.^a – Período de Sobrevivência

Se a morte do Segurado/Pessoa Segura ocorrer antes de decorrido catorze (14) dias a contar da data do diagnóstico do cancro invasivo (data do relatório histológico de um laboratório de patologia credenciado), o capital devido ao abrigo da presente cobertura de Cancro Invasivo será o capital seguro da cobertura de morte, cessando de imediato o contrato.

Cláusula 6.^a – Exigibilidade do Capital Seguro

Uma vez reconhecida a situação de cancro invasivo por parte do médico do Segurador, o valor do capital seguro a ser disponibilizado ao Segurado/Pessoa Segura nos termos da cláusula 23 das Condições Gerais é apurado de acordo com o estágio em que se encontra o cancro invasivo, e corresponde a uma percentagem do capital seguro definido nas condições particulares para esta cobertura.

A cada estágio corresponderá uma percentagem do capital seguro definido para a presente cobertura, nomeadamente:

- Estádio I: 25% do capital seguro total;
- Estádio II: 50% do capital seguro total;
- Estádio III e IV: 100% do capital seguro total.

Quando é diagnosticado o primeiro cancro invasivo de um determinado estágio, a percentagem do capital seguro correspondente é paga, mantendo-se a apólice em vigor relativamente às coberturas de Morte, Cancro Não Invasivo e Cancro Invasivo quanto ao capital seguro remanescente.

Se o mesmo cancro (no mesmo órgão) se repetir, haverá apenas lugar a pagamento se a doença corresponder a um estágio superior ao que originou o pagamento anterior. Sendo que o valor a pagar neste caso, corresponderá à percentagem definida para o estágio em causa, líquida de anteriores indemnizações e até ao limite máximo do total do capital seguro.

Se for diagnosticado um cancro num órgão distinto, pagar-se-á o valor correspondente ao estágio da doença e até ao limite do capital seguro ainda disponível.

A cobertura de Cancro Invasivo protege até ao máximo de dois (2) cancros em órgãos distintos, e a sua respetiva evolução, até ao limite máximo do total do capital seguro de cancro invasivo.

Cláusula 7.^a – Justificação e Reconhecimento do Direito às Importâncias Seguras

- 7.1. Em caso de cancro invasivo, sem prejuízo das restantes obrigações previstas na cláusula 21 das Condições Gerais, o Tomador do Seguro e/ou o Beneficiário indicado nas Condições Particulares devem enviar ao Segurador, nos sessenta (60) dias que se seguirem à constatação do cancro invasivo, o relatório patológico com o diagnóstico final e o relatório médico relativo ao tumor com a data de diagnóstico inicial e data da primeira consulta médica.
- 7.2. 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 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.

- 7.3. A falta de cumprimento por parte do Tomador do Seguro e/ou do Beneficiário do disposto nos pontos 7.1. e 7.2. implica a responsabilidade pelas perdas e danos dela resultantes ou a suspensão desta cobertura enquanto se mantiver o incumprimento.
- 7.4. A falta de verdade nas informações prestadas ao Segurador, implica a perda do direito às importâncias seguras.
- 7.5. Em caso de conflito poderão as partes recorrer aos meios de resolução de litígios previstos na lei.
- 7.6. 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 cancro invasivo, 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.

Cláusula 8.^a – Riscos Excluídos

Para além das situações previstas nas Condições Gerais e Especiais, ao abrigo da presente cobertura ficarão igualmente excluídos os:

- **Tumores descritos histologicamente como benignos, pré-malignos, borderline, de baixo potencial maligno, displasia, neoplasia intra-epitelial ou não-invasivos;**
- **Tumores classificados como carcinoma in-situ (Tis) ou (Ta) pelo último manual da “American Joint Committee of Cancer (AJCC)”;**
- **Todos os cancros de pele classificados como não-melanoma, e as lesões não consolidadas ou quaisquer doenças de carácter evolutivo cuja manifestação dos primeiros sintomas seja anterior à data de início dos efeitos da presente garantia.**

Cláusula 9.^a – Cessação da Cobertura

Em complemento às situações previstas na cláusula 13 das Condições Gerais, a Cobertura Complementar de Cancro Não Invasivo, quando contratada, cessará igualmente os seus efeitos na data em que se verificar alguma das seguintes situações:

- a) Pagamento do Capital Seguro associado à presente cobertura;
- b) No termo da anuidade em que o Segurado/Pessoa Segura completar setenta e cinco (75) anos de idade ou qualquer outra idade diferente desta, desde que indicada nas Condições Particulares da Apólice.

COBERTURA COMPLEMENTAR CHECK-UP ANUAL (CHKUP)

Cláusula 1.^a – Âmbito da Cobertura

Como forma de promover hábitos de saúde e, sobretudo de atuar ativamente na prevenção do cancro, a partir da segunda anuidade da apólice, o Segurado/Pessoa Segura poderá realizar anualmente um (1) check-up de acordo com a sua idade, género e situação clínica.

Cláusula 2.^a – Definições

O check-up anual é constituído por uma (1) consulta gratuita de medicina geral e familiar, nos hospitais e clínicas da CUF ou outras unidades acordadas para o efeito, onde se reforçará designadamente o combate à obesidade e aos hábitos de tabagismo e álcool, assim como se promoverá a prática do exercício físico e os bons hábitos alimentares. Nesta consulta médica, poderão ser prescritos exames médicos adicionais para a realização de um check-up mais completo. Estas provas médicas beneficiarão de preços convencionados na rede CUF ou outras unidades acordadas para o efeito. Após realização dos exames médicos será agendada consulta de seguimento, incluída no seguro, sem custo adicional, para analisar os resultados e avaliar próximos passos, quando aplicável.

Cláusula 3.^a – Condições de Funcionamento da Cobertura

A Cobertura Complementar de Check-Up anual será aplicável durante a vigência da apólice e corresponderá a uma (1) consulta de Medicina Geral e Familiar e uma (1) consulta de seguimento por ano, a partir da 2^a anuidade.

COBERTURA COMPLEMENTAR ASSISTÊNCIA VIDA MAIS VENCER (ASSPS)

Cláusula 1.^a – Rede Prestadores

Fica assim garantido o acesso direto por parte do Segurado/Pessoa Segura, a prestadores ligados às áreas de saúde oncológica com quem a AdvanceCare tenha celebrado um acordo de parceria, ficando a cargo desta a responsabilidade pela escolha do referido prestador.

Entende-se por rede de prestadores AdvanceCare, o conjunto de prestadores de cuidados de saúde, nomeadamente médicos, hospitais, clínicas, centros de diagnósticos e outras unidades de saúde com as quais a AdvanceCare tenha celebrado um acordo de prestação de serviços garantidos pelo contrato.

O acesso à rede de prestadores está disponível durante a vigência do contrato e, nos casos em que o capital seguro da cobertura de cancro invasivo estiver totalmente esgotado, cessando o contrato, o acesso à rede permanece por um período máximo de cinco (5) anos a contar da data em que a cobertura cessou.

Cláusula 2.^a – Apoio à Pessoa Segura

Em caso de cancro, de acordo com o definido nas coberturas complementares de Cancro Invasivo ou Cancro Não Invasivo, são facultados ao Segurado/Pessoa Segura os seguintes serviços:

Linha de apoio (n.º 210 114 417) a qual permitirá:

- Agilizar e facilitar o processo de apresentação dos documentos necessários para a participação do sinistro;
- Informar o Segurado/Pessoa Segura sobre os prestadores de cuidados de saúde da rede convencionada da AdvanceCare onde poderá realizar o tratamento da sua doença, beneficiando assim de preços convencionados.

Programa Welcome Home a qual permitirá o acompanhamento e suporte telefónico proactivo por parte dos enfermeiros/técnicos de saúde após a alta hospitalar. É realizado um contacto telefónico, no segundo dia útil após a alta hospitalar do Segurado/Pessoa Segura, possibilitando:

- Avaliar a satisfação da pessoa face aos cuidados do prestador;
- Avaliar o estado atual do doente, e adequar as orientações, tendo em conta as recomendações do médico;
- Recolher informação sobre os tratamentos ou consultas seguintes;
- Dar aconselhamento e reforçar os cuidados pós-operatórios, terapêutica, sinais e sintomas;
- Agendamento de chamada de seguimento caso a situação o justifique;
- É ainda disponibilizado, ao Segurado/Pessoa Segura, uma linha telefónica específica durante o primeiro mês após a alta (n.º 210 114 415 – custo de chamada para a rede fixa nacional), para esclarecimento de dúvidas, caso necessite.

MÉDICO ONLINE

Cláusula Única – Âmbito do Serviço

1. Ao abrigo do presente serviço, o Segurador, através do Serviço de Assistência, garante o acesso ao serviço de vídeo consulta médica de Medicina Geral, Medicina Interna e Consulta do Viajante, 24h por dia, para consulta e eventual aconselhamento quanto à orientação a seguir.
2. O presente serviço é prestado pela AdvanceCare e só é válido se a Pessoa Segura o solicitar previamente, não havendo lugar a reembolsos de consultas.
3. O valor total do serviço ficará a cargo da Pessoa Segura. O custo de cada consulta será aplicado de acordo com o preço convencionado e em vigor na AdvanceCare à data da sua realização.
4. A Pessoa Segura será informada dos procedimentos necessários para aceder ao serviço via website.
5. Não existe qualquer período de carência nem limite de utilização.

SAÚDE MENTAL

Cláusula Única - Âmbito do Serviço

1. Ao abrigo do presente serviço, o Segurador, através do Serviço de Assistência, garante o acesso ao serviço de vídeo consulta médica de Psiquiatria e Psicologia, para consulta e eventual aconselhamento quanto à orientação a seguir.
2. O presente serviço é prestado pela AdvanceCare e só é válido se a Pessoa Segura o solicitar previamente, não havendo lugar a reembolsos de consultas.
3. O valor total do serviço ficará a cargo da Pessoa Segura. O custo de cada consulta será aplicado de acordo com o preço convencionado e em vigor na AdvanceCare à data da sua realização.
4. A Pessoa Segura será informada dos procedimentos necessários para aceder ao serviço via website.
5. Não existe qualquer período de carência nem limite de utilização.

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.

Nota: Para efeitos do artigo 37.º do Regime Jurídico do Contrato de Seguro (DL 72/2008, de 16/04) salientamos a importância do texto assinalado a negrito.

Generali Seguros, S.A.
Av. da Liberdade, 242, 1250-149 Lisboa

Capital Social: 125.500.000 €
Registo C.R.C. e NIPC: 500 940 231