

Novo

 Alteração \*

 \* Em caso de alteração,  
 preencher o n.º de apólice e os campos a alterar

 Apólice 

 Agente/Mediador 

 Data de início 

 Gestor de Rede 

 Corretor 
 Venda Cruzada

 Enquadramento Comercial

**1 TOMADOR DO SEGURO (ENTIDADE PATRONAL)**

 N.º Cliente 

 Nome 

 Morada 

 Cód. Postal  - 

 País Morada 

 Email 

 Tel. 

 País Contacto Telefónico 

 Contrib. N.º 

 CAE 

 Descrição 

 Sede Social 

 Sucursal 

 País Sede Social \* 

 N.º Empregados: 1 a 4  5 a 9  10 a 19  20 a 49  50 a 199  + de 200  Ano Início Atividade  -  - 

 Volume de Faturação (milhares de €): Até 149  De 150 a 499  De 500 a 2.499  Mais de 2.500 

 Forma Jurídica: Emp. Nome Individual  Emp. Pública  Soc. Unipessoal  Soc. por Quotas  Soc. Anónima  Outra 
**1.2 IDENTIFICAÇÃO DOS SÓCIOS OU ACIONISTAS (com participação no capital ou direitos de voto igual ou superior a 5%)**
**Sócio / Acionista 1**

 Nome 

 Data Nascimento  -  - 

 NIF 

 Participação  %

 B. Identidade/C. Cidadão 

 Data de Validade  -  - 

 Morada 


 N.º 

 Andar 

 Código Postal  - 

 Localidade 

 País Morada 

 Ent. Patronal 

 Contribuinte N.º (Ent. Patronal) 

 Nacionalidade 

 País Naturalidade 

 Dupla Nacionalidade: Não  Sim 

 Qual? 

Obrigações ou Residência Fiscal noutro(s) país(es)

 Não  Sim 

 N.º Contribuinte Estrangeiro 

 Se sim, indique Residência Fiscal 

 Código Postal  - 

 País 
**ALTOS CARGOS PÚBLICOS (PEP)**

Exerce ou exerceu, durante o último ano, um alto cargo de natureza política ou pública?

 Não  Sim 

 Em caso afirmativo, identifique o cargo 

Possui relações de parentesco próximo (cônjuge, pais ou filhos e respetivos cônjuges, ou unidos de facto) com uma pessoa titular de um alto cargo de natureza política ou pública?

 Não  Sim 

 Em caso afirmativo, identifique o cargo do familiar em causa 

Possui relações de natureza comercial ou societária, com uma pessoa titular de um alto cargo de natureza política ou pública?

 Não  Sim 

 Em caso afirmativo, identifique a relação existente

**1 TOMADOR DO SEGURO (ENTIDADE PATRONAL) (Continuação)**
**Sócio / Acionista 2**

 Nome 

 Data Nascimento  -  -  NIF  Participação  %

 B. Identidade/C. Cidadão  Data de Validade  -  - 

 Morada   
 N.º  Andar  Código Postal  - 

 Localidade  País Morada 

 Ent. Patronal  Contribuinte N.º (Ent. Patronal) 

 Nacionalidade  País Naturalidade 

 Dupla Nacionalidade: Não  Sim  Qual? 

 Obrigações ou Residência Fiscal noutro(s) país(es) Não  Sim  N.º Contribuinte Estrangeiro 

 Se sim, indique Residência Fiscal 

 Código Postal  -  País 
**ALTOS CARGOS PÚBLICOS (PEP)**

 Exerce ou exerceu, durante o último ano, um alto cargo de natureza política ou pública? Não  Sim 

 Em caso afirmativo, identifique o cargo 

 Possui relações de parentesco próximo (cônjuge, pais ou filhos e respetivos cônjuges, ou unidos de facto) com uma pessoa titular de um alto cargo de natureza política ou pública? Não  Sim 

 Em caso afirmativo, identifique o cargo do familiar em causa 

 Possui relações de natureza comercial ou societária, com uma pessoa titular de um alto cargo de natureza política ou pública? Não  Sim 

 Em caso afirmativo, identifique a relação existente 
**Sócio / Acionista 3**

 Nome 

 Data Nascimento  -  -  NIF  Participação  %

 B. Identidade/C. Cidadão  Data de Validade  -  - 

 Morada   
 N.º  Andar  Código Postal  - 

 Localidade  País Morada 

 Ent. Patronal  Contribuinte N.º (Ent. Patronal) 

 Nacionalidade  País Naturalidade 

 Dupla Nacionalidade: Não  Sim  Qual? 

 Obrigações ou Residência Fiscal noutro(s) país(es) Não  Sim  N.º Contribuinte Estrangeiro 

 Se sim, indique Residência Fiscal 

 Código Postal  -  País 
**ALTOS CARGOS PÚBLICOS (PEP)**

 Exerce ou exerceu, durante o último ano, um alto cargo de natureza política ou pública? Não  Sim 

 Em caso afirmativo, identifique o cargo 

 Possui relações de parentesco próximo (cônjuge, pais ou filhos e respetivos cônjuges, ou unidos de facto) com uma pessoa titular de um alto cargo de natureza política ou pública? Não  Sim 

 Em caso afirmativo, identifique o cargo do familiar em causa 

 Possui relações de natureza comercial ou societária, com uma pessoa titular de um alto cargo de natureza política ou pública? Não  Sim 

 Em caso afirmativo, identifique a relação existente

**1 TOMADOR DO SEGURO (ENTIDADE PATRONAL) (Continuação)**

Sócio / Acionista 4

Nome

Data Nascimento  -  -  NIF  Participação  %

B. Identidade/C. Cidadão  Data de Validade  -  -

Morada   
 N.º  Andar  Código Postal  -

Localidade  País Morada

Ent. Patronal  Contribuinte N.º (Ent. Patronal)

Nacionalidade  País Naturalidade

Dupla Nacionalidade: Não  Sim  Qual?

Obrigações ou Residência Fiscal noutro(s) país(es) Não  Sim  N.º Contribuinte Estrangeiro

Se sim, indique Residência Fiscal

Código Postal  -  País

**ALTOS CARGOS PÚBLICOS (PEP)**

Exerce ou exerceu, durante o último ano, um alto cargo de natureza política ou pública? Não  Sim

Em caso afirmativo, identifique o cargo

Possui relações de parentesco próximo (cônjuge, pais ou filhos e respetivos cônjuges, ou unidos de facto) com uma pessoa titular de um alto cargo de natureza política ou pública? Não  Sim

Em caso afirmativo, identifique o cargo do familiar em causa

Possui relações de natureza comercial ou societária, com uma pessoa titular de um alto cargo de natureza política ou pública? Não  Sim

Em caso afirmativo, identifique a relação existente

**1.3 IDENTIFICAÇÃO DOS TITULARES DOS ÓRGÃOS DE GESTÃO DA PESSOA COLETIVA (Órgãos de Administração ou equivalente)**
**Titular de órgão de gestão 1**

Nome

Data Nascimento  -  -  NIF  Participação  %

B. Identidade/C. Cidadão  Data de Validade  -  -

Morada   
 N.º  Andar  Código Postal  -

Localidade  País Morada

Ent. Patronal  Contribuinte N.º (Ent. Patronal)

Nacionalidade  País Naturalidade

Dupla Nacionalidade: Não  Sim  Qual?

Obrigações ou Residência Fiscal noutro(s) país(es) Não  Sim  N.º Contribuinte Estrangeiro

Se sim, indique Residência Fiscal

Código Postal  -  País

**ALTOS CARGOS PÚBLICOS (PEP)**

Exerce ou exerceu, durante o último ano, um alto cargo de natureza política ou pública? Não  Sim

Em caso afirmativo, identifique o cargo

Possui relações de parentesco próximo (cônjuge, pais ou filhos e respetivos cônjuges, ou unidos de facto) com uma pessoa titular de um alto cargo de natureza política ou pública? Não  Sim

Em caso afirmativo, identifique o cargo do familiar em causa

Possui relações de natureza comercial ou societária, com uma pessoa titular de um alto cargo de natureza política ou pública? Não  Sim

Em caso afirmativo, identifique a relação existente

**1 TOMADOR DO SEGURO (ENTIDADE PATRONAL) (Continuação)**
**Titular de órgão de gestão 2**

Nome

Data Nascimento  -  -  NIF  Participação  %

B. Identidade/C. Cidadão  Data de Validade  -  -

Morada   
 N.º  Andar  Código Postal  -

Localidade  País Morada

Ent. Patronal  Contribuinte N.º (Ent. Patronal)

Nacionalidade  País Naturalidade

Dupla Nacionalidade: Não  Sim  Qual?

Obrigações ou Residência Fiscal noutro(s) país(es) Não  Sim  N.º Contribuinte Estrangeiro

Se sim, indique Residência Fiscal   
 Código Postal  -  País

**ALTOS CARGOS PÚBLICOS (PEP)**

Exerce ou exerceu, durante o último ano, um alto cargo de natureza política ou pública? Não  Sim

Em caso afirmativo, identifique o cargo

Possui relações de parentesco próximo (cônjuge, pais ou filhos e respetivos cônjuges, ou unidos de facto) com uma pessoa titular de um alto cargo de natureza política ou pública? Não  Sim

Em caso afirmativo, identifique o cargo do familiar em causa

Possui relações de natureza comercial ou societária, com uma pessoa titular de um alto cargo de natureza política ou pública? Não  Sim

Em caso afirmativo, identifique a relação existente

**Titular de órgão de gestão 3**

Nome

Data Nascimento  -  -  NIF  Participação  %

B. Identidade/C. Cidadão  Data de Validade  -  -

Morada   
 N.º  Andar  Código Postal  -

Localidade  País Morada

Ent. Patronal  Contribuinte N.º (Ent. Patronal)

Nacionalidade  País Naturalidade

Dupla Nacionalidade: Não  Sim  Qual?

Obrigações ou Residência Fiscal noutro(s) país(es) Não  Sim  N.º Contribuinte Estrangeiro

Se sim, indique Residência Fiscal   
 Código Postal  -  País

**ALTOS CARGOS PÚBLICOS (PEP)**

Exerce ou exerceu, durante o último ano, um alto cargo de natureza política ou pública? Não  Sim

Em caso afirmativo, identifique o cargo

Possui relações de parentesco próximo (cônjuge, pais ou filhos e respetivos cônjuges, ou unidos de facto) com uma pessoa titular de um alto cargo de natureza política ou pública? Não  Sim

Em caso afirmativo, identifique o cargo do familiar em causa

Possui relações de natureza comercial ou societária, com uma pessoa titular de um alto cargo de natureza política ou pública? Não  Sim

Em caso afirmativo, identifique a relação existente

**1 TOMADOR DO SEGURO (ENTIDADE PATRONAL) (Continuação)****Titular de órgão de gestão 4**Nome Data Nascimento  -  - NIF Participação  %B. Identidade/C. Cidadão Data de Validade  -  - Morada N.º Andar Código Postal  - Localidade País Morada Ent. Patronal Contribuinte N.º  
(Ent. Patronal) Nacionalidade País Naturalidade Dupla Nacionalidade: Não  Sim  Qual? Obrigações ou Residência Fiscal noutro(s) país(es) Não  Sim N.º Contribuinte Estrangeiro Se sim, indique Residência Fiscal Código Postal  - País **ALTOS CARGOS PÚBLICOS (PEP)**Exerce ou exerceu, durante o último ano, um alto cargo de natureza política ou pública? Não  Sim Em caso afirmativo, identifique o cargo Possui relações de parentesco próximo (cônjuge, pais ou filhos e respetivos cônjuges, ou unidos de facto) com uma pessoa titular de um alto cargo de natureza política ou pública? Não  Sim Em caso afirmativo, identifique o cargo do familiar em causa Possui relações de natureza comercial ou societária, com uma pessoa titular de um alto cargo de natureza política ou pública? Não  Sim Em caso afirmativo, identifique a relação existente **Titular de órgão de gestão 5**Nome Data Nascimento  -  - NIF Participação  %B. Identidade/C. Cidadão Data de Validade  -  - Morada N.º Andar Código Postal  - Localidade País Morada Ent. Patronal Contribuinte N.º  
(Ent. Patronal) Nacionalidade País Naturalidade Dupla Nacionalidade: Não  Sim  Qual? Obrigações ou Residência Fiscal noutro(s) país(es) Não  Sim N.º Contribuinte Estrangeiro Se sim, indique Residência Fiscal Código Postal  - País **ALTOS CARGOS PÚBLICOS (PEP)**Exerce ou exerceu, durante o último ano, um alto cargo de natureza política ou pública? Não  Sim Em caso afirmativo, identifique o cargo Possui relações de parentesco próximo (cônjuge, pais ou filhos e respetivos cônjuges, ou unidos de facto) com uma pessoa titular de um alto cargo de natureza política ou pública? Não  Sim Em caso afirmativo, identifique o cargo do familiar em causa Possui relações de natureza comercial ou societária, com uma pessoa titular de um alto cargo de natureza política ou pública? Não  Sim Em caso afirmativo, identifique a relação existente

**2 GRUPO DE PESSOAS A INCLUIR NO SEGURO**Todo o pessoal do quadro permanente  Todo o pessoal em efetividade de serviçoOutras situações N.º de Segurados/Pessoas Seguras **3 DURAÇÃO DO CONTRATO**Temporário Anual Renovável **4 GARANTIAS E CAPITAIS SEGURO**

OPÇÃO	BASE	MAIS	TOP
<b>COBERTURAS</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Morte	5.000 €	7.500 €	10.000 €
Cancro Não Invasivo (In-Situ)	5.000 €	7.500 €	10.000 €
Cancro Invasivo	50.000 €	75.000 €	100.000 €
Check-Up Anual	Incluído	Incluído	Incluído
Assistência à Pessoa Segura	Incluído	Incluído	Incluído
<b>Idade de Adesão</b>	18-65 anos	18-59 anos	18-54 anos

O Capital Seguro selecionado é individual e aplicado a todo o universo de aderentes

**5 ENTIDADE RESPONSÁVEL PELO PAGAMENTO DO PRÉMIO**Tomador do Seguro **6 PERIODICIDADE DO PAGAMENTO**Anual  Semestral  Trimestral  Mensal

**7 MODALIDADE DE PAGAMENTO****Autorização de Débito Direto SEPA**   
SEPA Direct Debit MandateReferência da autorização (ADD) a completar pelo Credor.  
Mandate reference – to be completed by the creditor.

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

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

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

Debtor identification

Nome do(s) Devedor(es) /  
Name of the debtor(s)\* Nome de rua e número /  
Street name and number\* Código Postal / Postal code\*  -  Cidade / City\* País / Country\* Número de conta - IBAN /  
Account number - IBAN\* BIC SWIFT /  
SWIFT BIC **Identificação do Credor**

Creditor identification

Nome do Credor /  
Creditor name **GENERALI SEGUROS, S. A.**Identificação do Credor /  
Creditor identifier **PT19108811**Nome de rua e número /  
Street name and number **AV. DA LIBERDADE, 242**Código Postal / Postal code **1250 - 149** Cidade / City **LISBOA**País / Country **PORTUGAL****Tipos de pagamento**

Type of payments

Pagamento recorrente / Recurrent payment **Local onde está a assinar**

Location in which you are signing

Localidade / Location  Data / Date  -  - **Assinar aqui por favor:**

Please sign here

Assinatura(s) / Signature(s)\* \_\_\_\_\_

Os seus direitos, referentes à autorização acima referida, são explicados em declaração que pode obter no seu Banco.  
*Your rights regarding the above mandate are explained in a statement that you can obtain from your bank.***8 CONSEQUÊNCIA DA FALTA DE PAGAMENTO**

A proposta de seguro considera-se aprovada apenas mediante a emissão das Condições Particulares da Apólice e nos termos que aí se encontrem previstos. A produção de efeitos do contrato e respetivas coberturas, na data início indicada na primeira página, ficará ainda dependente do efetivo pagamento do prémio ou fração inicial por parte do Tomador do Seguro. Face ao acima disposto na eventualidade de o referido prémio ou fração não ser pago, ao Segurador, não ficará vinculada a qualquer obrigação contratual.

**9 DECLARAÇÕES**

O **Tomador do Seguro GARANTE** a exatidão e completude das declarações prestadas na presente Proposta sob pena de incorrer nas consequências previstas nos artigos 25º e 26º do Regime Jurídico do Contrato de Seguro (DL n.º72/2008 de 16 de abril). Nesta conformidade, caso se trate de uma inexactidão ou omissão dolosa, o contrato será anulado e os sinistros recusados. Em caso de inexactidão ou emissão negligente, o contrato será alterado e os sinistros garantidos na proporção da diferença entre o prémio pago e o prémio que seria devido se o facto inexacto ou omitido fosse conhecido, sem prejuízo da possibilidade de o Segurador poder anular o contrato caso se prove que em caso algum o teria celebrado se tivesse conhecido o facto omitido ou inexacto, salvo se entretanto ocorrer a incontestabilidade do contrato.

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

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

**DECLARA** ter tomado conhecimento de que o Segurador deve informar o Beneficiário da existência deste Contrato e do seu direito ao Capital Seguro exceto nos casos em que a designação beneficiária seja confidencial ou nos casos em que não tenham sido facultados os elementos suficientes para dar cumprimento aos deveres de informação e comunicação previstos na lei.

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

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

Lido e Aprovado: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Assinatura conforme BI/C. Cidadão do  
Tomador do Seguro

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

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

Confirmo ainda ter validado o meio de pagamento utilizado pelo Tomador do Seguro, bem como a titularidade da conta bancária associada ao mesmo:

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

- Titularidade da Conta associada ao meio de pagamento:  Tomador

N.º de Agente:         \_\_\_\_\_  
(Assinatura Agente)

**11 DOCUMENTOS COMPROVATIVOS**

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

Responsável pela Identificação

Assinatura



## NOTA INFORMATIVA

### PRODUTO VIDA EMPRESAS OPÇÃO VIDA MAIS VENCER

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

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

#### O contrato

Seguro de Vida Grupo, anual renovável, durante o prazo estipulado nas Condições Particulares do Contrato, designado comercialmente por **Vida Empresas, opção Vida Mais Vencer**, garante o pagamento do Capital Seguro contratado e indicado nas Condições Particulares, ao(s) Beneficiário(s) designado(s), no caso de se verificar uma das situações garantidas no Contrato no decorrer do prazo da Apólice. Pode ser subscrito por um Tomador do Seguro coletivo para os seus trabalhadores/Pessoas Seguras. Nas Apólices de grupo será emitido um Certificado Individual por Segurado/Pessoa Segura, onde constam as garantias e condições contratadas.

#### Quais são as garantias?

##### I) Cobertura Principal

**Morte:** Garante o pagamento do capital seguro, indicado no Certificado Individual, ao(s) Beneficiário(s) designado(s) em caso de morte por doença ou acidente do Segurado/Pessoa Segura.

##### II) Coberturas Complementares

###### a) Cancro Não Invasivo

Garante o pagamento do capital contratado desta cobertura, ao Segurado/Pessoa Segura ou Beneficiário designado, indicado no Certificado Individual.

###### Definição de Cancro não Invasivo

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 de histologia de um laboratório de patologia credenciado.

###### b) Cancro Invasivo

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 no Certificado Individual de acordo com o estado do cancro.

Em caso de verificação de cancro invasivo, o Segurador irá manter o contrato de seguro em vigor relativamente às coberturas e capitais remanescentes. Nestas condições, o contrato apenas termina por iniciativa do Tomador do Seguro ou se este não cumprir alguma das obrigações que lhe cabem.

###### Definição de Cancro Invasivo

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 3 níveis. Em cada um destes níveis, define-se o estadio de cancro que está coberto de acordo com a classificação médica universal:

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

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

###### c) Check-Up Anual

###### 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.

###### Definição de Check-up

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.

###### 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 2ª anuidade.

#### Quais são as garantias? (continuação)

##### d) **Assistência Vida Mais Vencer**

Em caso de cancro, de acordo com o definido nas coberturas complementares de Cancro Invasivo ou Cancro Não Invasivo, são facultados à 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 a pessoa segura sobre os prestadores de cuidados de saúde da rede convencionada da AdvanceCare onde poder realizar o tratamento da sua doença, beneficiando assim de preços convencionados.

Programa Welcome Home, o 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 da pessoa segura, possibilitando:

- Avaliar a satisfação da pessoa face aos cuidados do prestador;
- Avaliar o estado actual 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, à pessoa segura, uma linha telefónica específica durante o primeiro mês após a alta n.º 210 114 415, para esclarecimento de dúvidas, caso necessite.

Fica ainda garantido o acesso direto por parte da 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 5 anos a contar da data em que a cobertura cessou.

##### e) **Médico Online**

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.

O presente serviço é prestado pela AdvanceCare e só é válido se a Pessoa Segura solicitar previamente o mesmo, não havendo lugar a reembolsos de consultas.

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.

A Pessoa Segura será informada dos procedimentos necessários para aceder ao serviço via website.

Não existe qualquer período de carência nem limite de utilização.

##### f) **Saúde Mental**

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, 24h por dia, para consulta e eventual aconselhamento quanto à orientação a seguir.

O presente serviço é prestado pela AdvanceCare e só é válido se a Pessoa Segura solicitar previamente o mesmo, não havendo lugar a reembolsos de consultas.

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.

A Pessoa Segura será informada dos procedimentos necessários para aceder ao serviço via website.

Não existe qualquer período de carência nem limite de utilização.

#### 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 da 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.

#### Período de Sobrevivência

Se a morte do Segurado/Pessoa Segura ocorrer antes de decorridos catorze (14) dias a contar da data do diagnóstico do cancro invasivo (data do relatório de histologia 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.

**Quais as opções de capital e condições para subscrição?**

Coberturas	Opção BASE	Opção MAIS	Opção TOP
Morte	5.000 €	7.500 €	10.000 €
Cancro não Invasivo	5.000 €	5.000 €	10.000 €
Cancro Invasivo	50.000 €	75.000 €	100.000 €
Check-up Anual	Incluído	Incluído	Incluído
Assistência Vida Mais Vencer	Incluído	Incluído	Incluído
<b>Idade de Adesão</b>	18-66 anos	18-59 anos	18-54 anos

Idade máxima de permanência em todas as opções: anuidade em que o Segurado/Pessoa Segura completa 75 anos.

**Prazo**

O prazo da Apólice está definido nas Condições Particulares e no máximo vigorará até à idade limite de permanência.  
 O Segurador renuncia ao direito de denunciar o contrato durante a primeiras 5 anuidades, pelo que o contrato será automaticamente renovado durante este período.

**Cálculo do prémio**

Os prémios serão calculados de acordo com o capital seguro e a idade atuarial do(s) Segurado(s)/Pessoa(s) Segura(s). Anualmente, na data de renovação da Apólice, os prémios serão ajustados de acordo com os fatores já referidos. Aos prémios acrescem os encargos legais.  
 O Segurador renuncia ao direito de alterar a tarifa aplicável ao contrato durante a primeiras 5 anuidades.

**Pagamento do prémio**

O prémio é pago antecipadamente pelo Tomador do Seguro, por débito em conta bancária e de forma mensal.

**Obrigações do Tomador do Seguro**

O Tomador do Seguro deve informar aos Segurados/Pessoas Seguras o seguinte:

- Coberturas contratadas e as suas exclusões;
- Obrigações e os direitos em caso de sinistro;
- Alterações ao contrato, incluindo a cessação;
- Regime de designação e alteração de Beneficiários.

O Tomador do Seguro responde por eventuais danos causados aos Segurados/Pessoas Seguras decorrentes de incumprimento do dever de informar.

**Quais são as principais exclusões?**

Entre outras, aplicam-se as seguintes exclusões:

**Exclusões comuns a todas as coberturas**

- a) Ato doloso de que o Tomador do Seguro, Segurado/Pessoa Segura ou Beneficiário sejam autores materiais ou morais ou de que tenham sido cúmplices e que se traduzam na ativação das coberturas contratadas;
- b) Suicídio do Segurado/Pessoa Segura sempre que este se verifique no decorrer do primeiro ano de adesão à apólice ou no primeiro ano imediatamente a seguir à data de qualquer aumento do capital seguro ou subscrição de novas garantias;
- c) Participação, como passageiro ou condutor, em corridas de velocidade, para veículos de qualquer natureza, providos ou não de motor e respetivos treinos;
- d) Riscos de aerostação ou de aviação, salvo quando o Segurado/Pessoa Segura for passageiro de avião de carreira comercial de transporte de passageiros, devidamente autorizada pela Comissão Europeia;
- e) Riscos políticos e riscos de guerra, insurreição, motins, rixas, terrorismo ou sabotagem;
- f) Prática dos seguintes desportos:
  - Alpinismo, Montanhismo e Trekking (acima de 4.000 metros) escalada (livre, em gelo e glaciares);
  - Desportos aéreos, incluindo paraquedismo, voo livre, voo sem motor, parapente, asa-delta, ultra ligeiro, sky diving, sky surfing, base jumping e saltos ou saltos invertidos com mecanismo de suspensão corporal (bungee jumping);
  - Descida em rappel ou slide, descida de correntes originadas por desníveis nos cursos de água;
  - Prática de caça de animais ferozes, tauromaquia, caça submarina e mergulho (em profundidade superior a 40 metros) e espeleomergulho;
  - 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 0,50g/l;

#### Quais são as principais exclusões? (continuação)

k) Não se encontram cobertos os riscos devidos a situações pré-existentes à celebração do presente Contrato de seguro – incluindo doença ou seqüela de acidente, que tenham sido alvo de investigação clínica e/ou tratamento e que sejam ou que deveriam 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.

#### Exclusões das Coberturas Complementares

##### **CANCRO NÃO INVASIVO**

Ao abrigo da presente cobertura ficarão igualmente excluídos os:

- Tumores que descritos histologicamente como benignos, pré-malignos, borderline, de baixo potencial maligno, displasia ou neoplasia intra-epitelial;
- Carcinoma in-situ da pele;
- Melanoma in-situ.

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

##### **CANCRO INVASIVO**

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 câncros de pele classificados como não-melanoma.

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

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

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

Com a formalização do presente contrato de seguro, o Segurado/Pessoa Segura dá a sua expressa autorização ao Segurador para solicitar junto autoridades policiais, judiciais ou entidades prestadoras de serviços de saúde a entrega de documentos adicionais elucidativos das causas da morte ou um atestado médico indicando as causas, evolução e circunstâncias da morte.

#### Liquidação das importâncias seguras pelo Segurador

Após a participação do sinistro por Morte ou Cancro bem como entregues todos os documentos solicitados pelo Segurador, o Segurador compromete-se a comunicar ao Segurado/Pessoa Segura e/ou ao Beneficiário, no prazo máximo de trinta (30) dias, se considera ou não o mesmo garantido ao abrigo do contrato.

#### Quando cessa o contrato?

- Por falta de pagamento do prémio no prazo de trinta (30) dias posteriores ao seu vencimento;
- Por anulação ou resolução do contrato;
- No final do prazo contratado, no máximo até à idade limite de permanência.

#### Quando cessa a validade do Certificado Individual de cada Segurado/Pessoa Segura?

- Por resolução da Apólice do grupo;
- No termo da anuidade em que o Segurado/Pessoa Segura completa a idade limite de permanência na cobertura de Morte;
- Em caso de pagamento do capital seguro por morte;
- Caso se esgote o capital contratado para a cobertura complementar de Cancro Invasivo;
- Na data em que deixar de existir vínculo que liga o Segurado/Pessoa Segura ao Tomador do Seguro e o define como elemento do grupo.

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

- Por cessação da cobertura principal;
- No termo da anuidade em que o Segurado/Pessoa Segura completa a idade máxima de permanência na cobertura;
- Por tentativa de suicídio do Segurado/Pessoa Segura;
- Na data em que se encontre esgotado o capital contratado para a cobertura complementar de Cancro Invasivo.

A cobertura complementar de Cancro Não Invasivo, cessa os seus efeitos no momento do pagamento do capital seguro contratado, mantendo-se as restantes coberturas em vigor.

#### Como exercer o direito de livre resolução?

- Com as ressalvas contratualmente previstas, 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.
- O Segurador poderá igualmente resolver o contrato nos casos previstos na Lei, nomeadamente, em consequência de:
  - a) Falta de pagamento do prémio;
  - 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.
- 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;
- Em caso de denúncia ou resolução do contrato, os Certificados Individuais na posse do Segurado/Pessoa Segura não constituem prova contratual junto do Segurador;
- Se, na data de resolução da Apólice, o número de Segurados/Pessoas Seguras for reduzido para valores inferiores a três (3), o Contrato poderá ser resolvido podendo as respetivas coberturas passar a ser garantidas por modalidade equivalente em seguros individuais, prevalecendo as condições contratuais e tarifárias da apólice individual.

#### Participação nos resultados

O presente Contrato não confere participação nos resultados ao Tomador do Seguro/Segurado.

#### Qual o enquadramento fiscal do contrato?

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

#### A quem solicitar um pedido de esclarecimento?

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

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

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

#### Qual é a lei aplicável ao contrato?

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

Ao presente contrato aplica-se o regime fiscal em vigor de acordo com as regras ali estabelecidas.

#### Autoridade de supervisão

Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões ([www.asf.com.pt](http://www.asf.com.pt)).