

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

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

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

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

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

4 COBERTURA, CAPITAL SEGURO E PRÉMIOS

Opção	Top
Capital Seguro	<input type="radio"/> 75.000 € <input type="radio"/> 100.000 €
<b>Coberturas</b>	
Morte	✓
Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível (IDPAC 65%)	✓
Doenças Graves 27	✓
2ª Opinião Médica	✓
Assistência à Família	✓
Rede Bem-Estar	✓

Periodicidade:  Mensal  Trimestral  Semestral  Anual

Prémio:    ,

Calculado de acordo com a idade atuarial do(s) Segurado(s)/Pessoa(s) Segura(s), Capital Seguro e coberturas subscritas:

5 MODALIDADE DE PAGAMENTO

Autorização de Débito Direto SEPA   
SEPA Direct Debit Mandate

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

Ao subscrever esta autorização, está a autorizar o CREDOR a enviar instruções ao seu BANCO para debitar a sua conta e, simultaneamente, a autorizar o seu BANCO a 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 PT 19 10 88 11

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.

**6 NOTAS IMPORTANTES****ACEITAÇÃO DO CONTRATO**

A receção da presente Proposta não pressupõe a aceitação automática deste Contrato de Seguro pelo Segurador, podendo ainda solicitar informações clínicas, relatórios ou questionários médicos complementares para efeitos de avaliação do risco.

**7 BENEFICIÁRIOS**

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

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

\* Preencher a Minuta de Beneficiários.

**8 QUESTIONÁRIO CLÍNICO**

O(s) Segurado(s)/Pessoa(s) Segura(s) deverá(ão) preencher com rigor, precisão e cuidado o Questionário Clínico.

**9 DESLOCAÇÕES**

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

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

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

Se Sim, onde? \_\_\_\_\_ Se Sim, onde? \_\_\_\_\_

**10 CONSEQUÊNCIA DA FALTA DE PAGAMENTO DO PRÉMIO**

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

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

**11 DECLARAÇÕES**

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

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

**DECLARA(M)** terem-lhe sido prestadas todas as informações relevantes para a subscrição do presente Contrato, nomeadamente as suas principais características, âmbito das garantias e exclusões e demais esclarecimentos exigíveis nos termos previstos no artigo 18º e 185º do DL n.º 72/2008, de 16 de abril, bem como ter recebido a "Nota Informativa" (Páginas 5 a 9 da Presente Proposta) com um resumo das Condições Gerais e Especiais aplicáveis ao contrato.

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

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

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

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

**Declaração autónoma de cedência de autorização de recolha de elementos clínicos**

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

Lido e Aprovado: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(Assinaturas conforme BI/Cartão de Cidadão) (Tomador do Seguro) (1.º Segurado/Pessoa Segura) (2.º Segurado/Pessoa Segura)

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

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

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

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

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

N.º de Agente:

(Assinatura Agente)

**13** DOCUMENTOS COMPROVATIVOS**Tomador individual**

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

**Tomador coletivo**

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

Responsável pela Identificação

Assinatura  
(obrigatória)

**NOTA INFORMATIVA****Vida Mais - Plano Proteção Top**

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

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

**O contrato**

O Seguro de Vida individual, anual renovável, durante o prazo estipulado nas Condições Particulares do Contrato, designado comercialmente por **Vida Mais - Plano Proteção Top**, 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. Paralelamente, este Seguro garante as Coberturas de Segunda Opinião Médica, Assistência à Família e Rede Bem-Estar.

**Quais são as garantias?****I) Cobertura Principal**

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

**II) Coberturas Complementares**

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

**Definição de Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível** - quando o Segurado/Pessoa Segura, com carácter permanente e irreversível, esteja totalmente incapaz de exercer a sua profissão ou qualquer atividade lucrativa e/ou remunerada compatível com os seus conhecimentos e simultaneamente apresentar um grau de incapacidade de 60% ou 65%, conforme a opção subscrita pelo Tomador do Seguro e devidamente expressa nas Condições Particulares, de acordo com a Tabela Nacional de Incapacidade por Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais.

**b) Doenças Graves 27 (DG 27):** Garante a antecipação do capital da Cobertura Principal de Morte, em caso de surgir uma das seguintes doenças graves:

- Acidente Vascular Cerebral (AVC);
- Anemia Aplástica;
- Cancro;
- Cirurgia das artérias coronárias (duas (2) ou mais);
- Cirurgia por Doença da Aorta;
- Coma;
- Doença de Alzheimer;
- Doença de Parkinson;
- Doença neuronal motora;
- Doença Hepática Terminal;
- Doença Pulmonar Terminal;
- Encefalite;
- Enfarte do Miocárdio;
- Esclerose Múltipla;
- Hepatite Viral Fulminante (Insuficiência hepática aguda);
- Insuficiência Renal;
- Meningite Bacteriana;
- Paralisia;
- Perda da Audição;
- Perda da fala;
- Perda de membros;
- Perda da Visão;
- Queimaduras Graves;
- Substituição e reparação da Válvula Cardíaca;
- Transplante de um Órgão Principal;
- Traumatismo craniano grave;
- HIV Ocupacional (prática de profissão clínica).

**Período de Carência: Noventa (90) dias.**

**c) Segunda Opinião Médica:** Em caso de doença grave do Segurado/Pessoa Segura, garante a recolha de uma Segunda Opinião Médica por parte dos melhores especialistas a nível mundial, relativamente ao diagnóstico da patologia e respetivos tratamentos adequados, em caso de surgir uma das seguintes situações:

- i) Doenças cancerígenas;
- ii) Doenças cardiovasculares;
- iii) Transplantes de órgãos;
- iv) Doenças neurológicas e neurocirúrgicas, incluindo acidentes cerebrais vasculares;
- v) Insuficiência renal crónica;
- vi) Doença de Parkinson (paralísia agitante);
- vii) Doença de Alzheimer;
- viii) Esclerose múltipla;
- ix) SIDA e tratamentos derivados da SIDA.

**Período de Carência: Noventa (90) dias.**

**Contacto telefónico para solicitar pré-autorização: 210 11 44 60.**

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

- d) **Assistência à Família:** Garante em caso de urgência a assistência técnica e médica aos Segurados/Pessoas Seguras ao Domicílio Seguro em Portugal, nomeadamente:
- Envio de médico ao domicílio;
  - Aconselhamento médico;
  - Transporte de urgência em ambulância ou táxi;
  - Envio de profissional de enfermagem;
  - Ajuda domiciliária;
  - Adaptação do Domicílio Seguro;
  - Informações sobre farmácias de serviço;
  - Informações sobre hospitais, clínicas, centros de saúde ou de primeiros socorros e médicos.
- Contacto telefónico para acionar esta cobertura: 213 86 33 22.**
- e) **Rede Bem-Estar:** Fica garantido o acesso direto por parte do(s) Segurado(s)/ Pessoa(s) Segura(s), em condições privilegiadas, a prestadores ligados às áreas do bem-estar, lazer e saúde com quem a AdvanceCare tenha celebrado um acordo de parceria.

**Quais as condições para subscrever?**

Subscrição	Permanência
Idade Mínima: dezoito (18) anos Idade Máxima: sessenta (60) anos	Idade Máxima: sessenta e cinco (65) anos

**Prazo**

Anual renovável até à idade limite de permanência.

**Capital Seguro**

Estão disponíveis duas (2) opções de capital seguro (75.000 € ou 100.000 €), aplicáveis às Coberturas de Morte, Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível (IDPAC 65%) e Doenças Graves 27.

**Cálculo do prémio**

Os prémios serão calculados de acordo com o capital seguro, a idade atuarial do(s) Segurado(s)/Pessoa(s) Segura(s), bem como das garantias subscritas. Anualmente, na data de renovação da Apólice, os prémios serão ajustados de acordo com os fatores já referidos. Aos prémios acrescem os encargos legais.

**Pagamento dos prémios**

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

**Quais são as principais exclusões?**

Entre outras, aplicam-se as seguintes exclusões:

**Exclusões comuns a todas as coberturas**

- 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;**
- 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;**
- Participação, como passageiro ou condutor, em corridas de velocidade, para veículos de qualquer natureza, providos ou não de motor e respetivos treinos;**
- 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;**
- Riscos políticos e riscos de guerra, insurreição, motins, rixas, terrorismo ou sabotagem;**
- Prática dos seguintes desportos:**
  - Alpinismo, escalada e espeleologia;
  - Desportos aéreos, incluindo paraquedismo, voo livre, voo sem motor, parapente, asa-delta, ultra ligeiro, sky diving, sky surfing, base jumping e saltos ou saltos invertidos com mecanismo de suspensão corporal (bungee jumping);
  - Descida em rappel ou slide, descida de correntes originadas por desníveis nos cursos de água;

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

- Prática de caça de animais ferozes, tauromaquia, caça submarina e mergulho;
  - Prática de boxe, artes marciais ou qualquer modalidade de luta livre.
- g) Ocorrência de riscos nucleares;**
- h) Consumo reiterado de álcool, drogas tóxicas, estupefacientes ou substâncias psicotrópicas não prescritas clinicamente;**
- i) Uso de drogas tóxicas, estupefacientes ou substâncias psicotrópicas não prescritas clinicamente;**
- j) Em caso de acidente, o Segurado/Pessoa Segura seja responsável pelo mesmo e tenha acusado uma taxa de alcoolemia superior a 0,50 g/l;**
- k) Situações pré-existentes à celebração do presente Contrato de seguro – incluindo doença ou sequela de acidente, que tenham sido alvo de investigação clínica e/ou tratamento e que sejam ou 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.**

**Exclusões das Coberturas Complementares**

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

- **Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível (IDPAC 65%)** que resulte:

- a) Direta ou indiretamente, de ato do Segurado/Pessoa Segura ou praticado com a sua cumplicidade, bem como a tentativa de suicídio deste;
- b) De acidente em que o Segurado/Pessoa Segura tenha dado origem ao mesmo e tenha acusado uma taxa de alcoolemia superior a 0,50 g/l, ou tenha ingerido drogas tóxicas, estupefacientes ou substâncias psicotrópicas não prescritas clinicamente;
- c) De consequência de perturbações psíquicas.

- **Doenças Graves 27 (DG27)**

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

**Exclusões:**

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

- b) **Cancro**

**Exclusões:**

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

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

**Exclusões:**

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

- d) **Coma**

**Exclusões:**

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

- e) **Doença de Parkinson**

**Exclusões:**

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

- f) **Doença Hepática Terminal**

**Exclusões:**

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

- g) **Enfarte do miocárdio**

**Exclusões:**

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

- h) **Paralisia**

**Exclusões:**

- Paralisia devido a Síndrome de Guillain-Barré.

Para além das exclusões aplicadas à Cobertura Principal de Morte são também excluídas as seguintes situações em caso de doença grave resultante de:

- a) **Doenças pré-existentes à data de aceitação do seguro;**
- b) **Todas as doenças secundárias ou tumores associados ao síndrome da imunodeficiência humana adquirida ou com ela correlacionadas;**
- c) **Os ferimentos ou lesões provocados por atos de sequestro, tumultos, insurreição, motins, rixas, terrorismo ou sabotagem, qualquer que seja o lugar em que se desenrolem os acontecimentos e quaisquer que sejam os protagonistas, desde que o Segurado/Pessoa Segura tome parte ativa, exceto em caso de legítima defesa;**
- d) **Doença acompanhada de infeção por HIV;**
- e) **Qualquer doença e/ou intervenção cirúrgica não definida na presente Cobertura Complementar;**
- f) **O estado de alcoolismo e ingestão de drogas quando não recomendadas clinicamente;**

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

- g) Acidente em que o Segurado/Pessoa Segura tenha dado causa ao mesmo e tenha acusado uma taxa de alcoolemia superior a 0,50g/l, ou tenha ingerido drogas tóxicas, estupefacientes ou substâncias psicotrópicas não prescritas clinicamente;
  - h) Consequência direta ou indireta de acidentes provocados intencionalmente pelo Segurado/Pessoa Segura ou com a sua cumplicidade bem como a tentativa de suicídio deste.
- **Segunda Opinião Médica**
    - a) Quaisquer serviços solicitados ao Segurador quando o Segurado/Pessoa Segura não sofra de doenças graves abrangidas por esta cobertura;
    - b) Serviços não solicitados ao Segurador;
    - c) Quaisquer despesas médicas com honorários, medicamentos e/ou internamentos no estrangeiro;
    - d) Despesas de transporte e alojamento em Portugal e no estrangeiro;
    - e) Quaisquer perdas ou danos originados, direta ou indiretamente, pela opinião dos médicos e/ou profissionais consultados.
  - **Assistência à Família**
    - a) Sinistros ocorridos anteriormente ao início da subscrição da Apólice, ainda que as suas consequências se tenham prolongado para além dessa data;
    - b) Sinistros ocorridos fora da data de validade da Apólice;
    - c) Sinistros devidos a ações criminais, dolo, suicídio ou tentativa de suicídio;
    - d) Sinistros em consequência de demência, influência de álcool, ingestão de drogas e estupefacientes sem prescrição médica;
    - e) Sinistros ocorridos quando o veículo se encontra a ser tripulado por pessoa sem habilitação legal para o efeito ou com a habilitação legal suspensa;
    - f) Sinistros devidos a acontecimentos de guerra, hostilidade entre países, sabotagem, rebelião, atos de terrorismo, tumultos, insurreição, distúrbios laborais, greves, lockouts, atos de vandalismo e demais perturbações da ordem pública;
    - g) Sinistros em consequência de tremores de terra, erupções vulcânicas, inundações ou quaisquer outros cataclismos;
    - h) Sinistros devidos ao uso de engenhos explosivos ou incendiários;
    - i) Sinistros derivados direta ou indiretamente, da desintegração ou fusão do núcleo de átomos, aceleração de partículas e radioatividade;
    - j) As prestações que não tenham sido previamente solicitadas ao Serviço de Assistência, ou tenham sido executadas sem o seu acordo prévio, salvo em casos de força maior ou impossibilidade material demonstrada;
    - k) Se não for possível ao Serviço de Assistência organizar as prestações devidas no âmbito territorial definido, o mesmo reembolsará o Segurado/Pessoa Segura das despesas que tenha efetuado, dentro dos limites definidos por este seguro e das garantias que forem aplicáveis. O processamento de qualquer reembolso obrigará o Segurado/Pessoa Segura a apresentar a respetiva documentação original comprovativa das despesas efetuadas;
    - l) Sinistros e danos não comprovados pelo Segurador;
    - m) Ações de salvamento, assistência médica primária e primeiro transporte medicalizado, sempre que existam e possam ser acionados meios públicos para o efeito, as despesas relativas a tratamentos médicos ou de enfermagem continuados.

**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, 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, bem como entregues os documentos solicitados pelo Segurador, o Segurador compromete-se a comunicar ao Segurado/Pessoa Segura e/ou ao Beneficiário, no prazo de trinta (30) dias, se considera ou não o mesmo garantido ao abrigo do Contrato.

**Quando cessa o contrato?**

- Por morte ou antecipação do capital seguro em caso de invalidez ou doença grave;
  - Por falta de pagamento do prémio no prazo de trinta (30) dias posteriores ao seu vencimento;
  - Por anulação ou resolução do Contrato;
  - No final do prazo contratado, no máximo até à idade limite de permanência.
- A cessação das Coberturas Complementares verifica-se ainda nas seguintes condições:
- Por anulação da Cobertura Principal;
  - No termo da anuidade em que o Segurado/Pessoa Segura completa sessenta e cinco (65) anos de idade;
  - Se o Segurado/Pessoa Segura for mobilizado para fazer parte em operações de guerra, policiamento ou repressões de atos de terrorismo.

### Como exercer o direito de Livre Resolução?

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

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

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

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

- Valor do prémio relativo ao período já decorrido, na medida em que tenha suportado o risco;
- Montante das despesas razoáveis que o Segurador tenha efetuado com exames médicos sempre que esses valores sejam imputados contratualmente ao Tomador do Seguro.

### Participação nos Resultados

O produto **Vida Mais - Plano Proteção Top** não prevê a atribuição de Participação nos Resultados.

### Qual o enquadramento fiscal do contrato?

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

### A quem solicitar um pedido de esclarecimento?

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

Mais informamos que o Segurador dispõe de uma unidade orgânica responsável pela gestão de reclamações à qual poderão ser dirigidas, por escrito, quaisquer questões relacionadas com o presente Contrato.

Em caso de divergência com o Segurador, o Tomador do Seguro e/ou Segurado/Pessoa Segura poderão também apresentar reclamações através do site do Segurador, no livro de reclamações, recorrer ao Provedor do Cliente nos termos regulamentarmente definidos, bem como solicitar a intervenção da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões (ASF), sem prejuízo ainda da possibilidade do recurso à arbitragem ou aos tribunais, de acordo com as disposições legais em vigor.

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

### Qual é a Lei aplicável ao contrato?

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

### Autoridade de Supervisão

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