

Condições Gerais

Generali +Vida



Generali Vida – Companhia de Seguros S.A.

Sede: Rua Duque de Palmela, n.º 11 | 1269-270 Lisboa

Tel. 213 112 800 | **Fax.** 213 563 067 | **Email:** generali@generali.pt | www.generali.pt

Companhia de Seguros fundada em Lisboa em 1990 | **Capital Social Euros** 14.000.000,00

N.I. Fiscal: 502 403 209 | Matriculada na Conservatória do Reg. Comercial de Lisboa

Linha de Apoio ao Cliente: 213 504 300 | Disponível de 2.ª a 6.ª das 9h00 às 18h00.

Todas as opções do menu telefónico contemplam um atendimento personalizado.

generali.pt

Mod. IM GV 82A (08/2017)



Índice

5. Condições Gerais

- 5. Cláusula 1.^a – Definições
- 5. Cláusula 2.^a – Objeto do Contrato
- 8. Cláusula 3.^a – Âmbito Territorial e Temporal
- 8. Cláusula 4.^a – Exclusões
- 9. Cláusula 5.^a – Seguros com Exame Médico
- 9. Cláusula 6.^a – Dever de Declaração Inicial do Risco
- 9. Cláusula 7.^a – Incumprimento Doloso do Dever de Declaração Inicial do Risco
- 10. Cláusula 8.^a – Incumprimento Negligente do Dever de Declaração Inicial do Risco
- 10. Cláusula 9.^a – Agravamento do Risco
- 10. Cláusula 10.^a – Informações na Vigência do Contrato
- 10. Cláusula 11.^a – Início da Cobertura e de Efeitos
- 11. Cláusula 12.^a – Duração
- 11. Cláusula 13.^a – Incontestabilidade
- 11. Cláusula 14.^a – Erro Sobre a Idade da Pessoa Segura
- 11. Cláusula 15.^a – Designação Beneficiária
- 11. Cláusula 16.^a – Alteração e Revogação da Cláusula Beneficiária
- 12. Cláusula 17.^a – Pagamento dos Prémios
- 12. Cláusula 18.^a – Vencimento dos Prémios
- 12. Cláusula 19.^a – Aviso de Pagamento dos Prémios
- 12. Cláusula 20.^a – Falta de Pagamento dos Prémios
- 12. Cláusula 21.^a – Reposição em Vigor do Contrato
- 13. Cláusula 22.^a – Alteração do Prémio
- 13. Cláusula 23.^a – Resolução do Contrato
- 13. Cláusula 24.^a – Transferência de Direitos
- 13. Cláusula 25.^a – Modificações do Contrato
- 13. Cláusula 26.^a – Participação nos Resultados
- 14. Cláusula 27.^a – Resgate e Redução do Contrato
- 14. Cláusula 28.^a – Documentos que Devem Acompanhar o Pedido de Liquidação das Importâncias Seguras
- 14. Cláusula 29.^a – Liquidação das Importâncias Seguras
- 14. Cláusula 30.^a – Regime Fiscal
- 14. Cláusula 31.^a – Pluralidade de Seguros
- 15. Cláusula 32.^a – Comunicações e Notificações entre as Partes
- 15. Cláusula 33.^a – Lei Aplicável, Reclamação e Arbitragem
- 15. Cláusula 34.^a – Foro

CONDIÇÕES ESPECIAIS

16. Condição Especial 01 Cobertura “Pós-Vida” de Prestação de Serviços ou Reembolso de Despesas de Funeral

- 16. Cláusula 1.^a – Objeto da Cobertura
- 16. Cláusula 2.^a – Exclusões
- 16. Cláusula 3.^a – Solicitação dos Serviços
- 17. Cláusula 4.^a – Solicitação do Reembolso
- 17. Cláusula 5.^a – Pagamento dos Prémios

18. Condição Especial 02 Cobertura Complementar de Invalidez Absoluta e Definitiva

- 18. Cláusula 1.^a – Objeto da Cobertura
- 18. Cláusula 2.^a – Exclusões
- 18. Cláusula 3.^a – Documentos que Devem Acompanhar o Pedido de Liquidação das Importâncias Seguras
- 18. Cláusula 4.^a – Liquidação das Importâncias Seguras

19. Condição Especial 03 Cobertura Complementar de Invalidez Total e Permanente

- 19. Cláusula 1.^a – Objeto da Cobertura
- 20. Cláusula 2.^a – Exclusões
- 20. Cláusula 3.^a – Documentos que Devem Acompanhar o Pedido de Liquidação das Importâncias Seguras
- 20. Cláusula 4.^a – Liquidação das Importâncias Seguras

21. Condição Especial 04 Cobertura Complementar de Doenças Graves (Com Liberação do Pagamento de Prémios da Cobertura de Morte)

- 21. Cláusula 1.^a – Objeto da Cobertura
- 21. Cláusula 2.^a – Definição de Doenças Graves
- 23. Cláusula 3.^a – Período de Carência
- 23. Cláusula 4.^a – Exclusões
- 23. Cláusula 5.^a – Data da Ocorrência da Doença Grave
- 24. Cláusula 6.^a – Documentos que Devem Acompanhar o Pedido de Liquidação das Importâncias Seguras
- 24. Cláusula 7.^a – Liquidação das Importâncias Seguras
- 24. Cláusula 8.^a – Atualização das Garantias

25. Condição Especial 05 Cobertura Complementar de Doenças Oncológicas do Foro Ginecológico (Com Liberação do Pagamento de Prémios da Cobertura de Morte)

- 25. Cláusula 1.^a – Objeto da Cobertura
- 25. Cláusula 2.^a – Definição de Doenças Oncológicas do Foro Ginecológico
- 25. Cláusula 3.^a – Período de Carência
- 26. Cláusula 4.^a – Exclusões
- 26. Cláusula 5.^a – Data da Ocorrência da Doença Oncológica do Foro Ginecológico
- 26. Cláusula 6.^a – Documentos que Devem Acompanhar o Pedido de Liquidação das Importâncias Seguras
- 26. Cláusula 7.^a – Liquidação das Importâncias Seguras
- 26. Cláusula 8.^a – Atualização das Garantias

**27. Condição Especial 06
Cobertura Complementar de Morte
por Acidente**

- 27. Cláusula 1.^a** – Objeto da Cobertura
- 28. Cláusula 2.^a** – Exclusões
- 28. Cláusula 3.^a** – Documentos que Devem Acompanhar o Pedido de Liquidação das Importâncias Seguras
- 28. Cláusula 4.^a** – Liquidação das Importâncias Seguras

**29. Condição Especial 07
Cobertura Complementar de Morte
por Acidente de Circulação**

- 29. Cláusula 1.^a** – Objeto da cobertura

**29. Condição Especial 08
Cobertura Complementar de Diária de
Hospitalização em Caso de Acidente**

- 29. Cláusula 1.^a** – Objeto da Cobertura
 - 29. Cláusula 2.^a** – Documentos que devem acompanhar o pedido de liquidação das importâncias seguras
-

Condições Gerais

CLÁUSULA PRELIMINAR

1. Entre a **GENERALI VIDA – Companhia de Seguros S.A.**, adiante designada por Segurador, e o Tomador do Seguro mencionado nas Condições Particulares estabelece-se um Contrato de Seguro que se regula pelas presentes Condições Gerais e pelas Condições Particulares e, ainda, se contratadas, pelas Condições Especiais.
2. A individualização do presente contrato é efetuada nas Condições Particulares, com, entre outros, a identificação das partes e do respetivo domicílio, os dados da Pessoa Segura, os dados do representante do Segurador para efeitos dos sinistros e a determinação do prémio ou a fórmula do respetivo cálculo.
3. As Condições Especiais preveem a cobertura de outros riscos e/ou garantias além dos previstos nas presentes Condições Gerais e carecem de ser especificamente identificadas nas Condições Particulares.
4. Sempre que a interpretação do texto o permita, o masculino englobará o feminino e o singular o plural e vice-versa.
5. Por parte do Segurador só o seu Órgão de Gestão, diretamente ou por procuração, tem poderes para celebrar, modificar ou resolver contratos, prorrogar vencimentos de prémios, revalidar direitos perdidos ou assumir quaisquer obrigações para com o Tomador.

CLÁUSULA 1.^a Definições

Para efeitos do presente contrato entende-se por:

- A. APÓLICE** – Conjunto de Condições identificado na cláusula anterior e na qual é formalizado o Contrato de Seguro celebrado.
- B. SEGURADOR** – A entidade legalmente autorizada para a exploração do Ramo Vida, que subscreve o presente contrato.
- C. TOMADOR DO SEGURO** – A pessoa ou entidade que contrata com o Segurador, sendo responsável pelo pagamento do prémio.
- D. SEGURADO/PESSOA SEGURA** – A pessoa titular do interesse seguro e sobre quem impende a eventual materialização dos riscos cobertos.

E. BENEFICIÁRIO – Pessoa, singular ou coletiva, para quem reverte a prestação do Segurador, por efeito da cobertura prevista na apólice.

F. SINISTRO – A verificação do evento que desencadeia o acionamento da cobertura do risco prevista no contrato, considerando-se como um único sinistro o evento ou série de eventos resultantes de uma mesma causa.

G. ATA ADICIONAL – Documento que titula eventuais alterações à apólice, dela passando a fazer parte integrante para todos os efeitos legais e contratuais.

H. PRÉMIO – Preço pago pelo Tomador do Seguro ao Segurador pela contratação do seguro.

I. ACIDENTE – Todo o acontecimento fortuito, súbito e anormal devido a causa exterior, violenta e estranha à vontade da Pessoa Segura e que nesta origine lesões corporais suscetíveis de constatação médica objetiva.

J. DOENÇA – Toda e qualquer alteração involuntária do estado de saúde, estranha à vontade da Pessoa Segura e não causada por acidente, que se revele por sinais manifestos e seja atestada como tal por autoridade médica competente.

K. RESGATE – Montante entregue ao Tomador do Seguro em caso de cessação antecipada do contrato nas condições em que tal se encontra previsto.

L. REDUÇÃO – Valor do capital seguro em caso de cessação antecipada do pagamento de prémios nas condições em que tal se encontra previsto.

M. PARTICIPAÇÃO NOS RESULTADOS – Direito contratualmente previsto do Tomador do Seguro ou da Pessoa Segura de beneficiarem de parte dos resultados técnicos e/ou financeiros gerados pelo presente contrato.

CLÁUSULA 2.^a Objeto do Contrato

Seguro Principal:

1. Em caso de morte da Pessoa Segura, durante a vigência do contrato, o Segurador garante:

A. Pela Cobertura Base, o pagamento do capital seguro indicado nas Condições Particulares, em vigor na data em que ocorrer o evento.

- B.** Pela Cobertura Pós-Vida, a Prestação de Serviços ou Reembolso de Despesas de Funeral, nos termos especificados na Condição Especial do Seguro Principal.

Coberturas Complementares:

- 2.** Ao Seguro Principal está associado um dos seguintes planos de Coberturas Complementares, que se regem pelas respectivas Condições Especiais:

— Plano FlexIAD

- Cobertura complementar de Invalidez Absoluta Definitiva.

— Plano FlexIAD-Acidental

- Cobertura complementar de Invalidez Absoluta Definitiva.
- Cobertura complementar de Morte por Acidente.
- Cobertura complementar de Morte por Acidente de Circulação.

— Plano FlexIAD-Acidental Hospitalar

- Cobertura complementar de Invalidez Absoluta Definitiva.
- Cobertura complementar de Morte por Acidente.
- Cobertura complementar de Morte por Acidente de Circulação.
- Cobertura complementar de Reembolso de despesas de Internamento Hospitalar por Acidente.
- Cobertura complementar de Subsídio Diário por Internamento Hospitalar por Acidente.

— Plano FlexIAD Doenças Graves

- Cobertura complementar de Invalidez Absoluta Definitiva.
- Cobertura complementar de Doenças Graves, com Liberação de Pagamento do prémios da Cobertura de Morte.

— Plano FlexIAD Doenças Graves-Acidental

- Cobertura complementar de Invalidez Absoluta Definitiva.

- Cobertura complementar de Doenças Graves, com Liberação de Pagamento do prémios da Cobertura de Morte.
- Cobertura complementar de Morte por Acidente.
- Cobertura complementar de Morte por Acidente de Circulação.

— Plano FlexIAD Doenças Graves-Acidental Hospitalar

- Cobertura complementar de Invalidez Absoluta Definitiva.
- Cobertura complementar de Doenças Graves, com Liberação de Pagamento do prémios da Cobertura de Morte.
- Cobertura complementar de Morte por Acidente.
- Cobertura complementar de Morte por Acidente de Circulação.
- Cobertura complementar de Reembolso de despesas de Internamento Hospitalar por Acidente.
- Cobertura complementar de Subsídio Diário por Internamento Hospitalar por Acidente.

— Plano FlexIAD Mulher

- Cobertura complementar de Invalidez Absoluta Definitiva.
- Cobertura complementar de Doenças Oncológicas do foro Ginecológico, com Liberação do Pagamento dos prémios da Cobertura de Morte.

— Plano FlexIAD Mulher-Acidental

- Cobertura complementar de Invalidez Absoluta Definitiva.
- Cobertura complementar de Doenças Oncológicas do foro Ginecológico, com Liberação do Pagamento dos prémios da cobertura de Morte.
- Cobertura complementar de Morte por Acidente.
- Cobertura complementar de Morte por Acidente de Circulação.

— Plano FlexIAD Mulher-Acidental Hospitalar

- Cobertura complementar de Invalidez Absoluta Definitiva.

- Cobertura complementar de Doenças Oncológicas do foro Ginecológico, com Liberação do Pagamento dos prémios da cobertura de Morte.
- Cobertura complementar de Morte por Acidente.
- Cobertura complementar de Morte por Acidente de Circulação.
- Cobertura complementar de Reembolso de Despesas de Internamento Hospitalar por Acidente.
- Cobertura complementar de Subsídio Diário por Internamento Hospitalar por Acidente.
- Cobertura complementar de Invalidez Total e Permanente.

— Plano FlexITP

- Cobertura complementar de Invalidez Total e Permanente.

— Plano FlexITP-Acidental

- Cobertura complementar de Morte por Acidente.
- Cobertura complementar de Morte por Acidente de Circulação.

— Plano FlexITP-Acidental Hospitalar

- Cobertura complementar de Invalidez Total e Permanente.
- Cobertura complementar de Morte por Acidente.
- Cobertura complementar de Morte por Acidente de Circulação.
- Cobertura complementar de Reembolso de Despesas de Internamento Hospitalar por Acidente.
- Cobertura complementar de Subsídio Diário por Internamento Hospitalar por Acidente.

— Plano FlexITP Doenças Graves

- Cobertura complementar de Invalidez Total e Permanente.
- Cobertura complementar de Doenças Graves, com Liberação de Pagamento dos prémios da Cobertura de Morte.

— Plano FlexITP Doenças Graves-Acidental

- Cobertura complementar de Invalidez Total e Permanente.
- Cobertura complementar de Doenças Graves, com Liberação de Pagamento dos prémios da cobertura de Morte.
- Cobertura complementar de Morte por Acidente.
- Cobertura complementar de Morte por Acidente de Circulação.

— Plano FlexITP Doenças Graves-Acidental Hospitalar

- Cobertura complementar de Invalidez Total e Permanente.
- Cobertura complementar de Doenças Graves, com Liberação de Pagamento dos prémios da Cobertura de Morte.
- Cobertura complementar de Morte por Acidente.
- Cobertura complementar de Morte por Acidente de Circulação.
- Cobertura complementar de Reembolso de Despesas de Internamento Hospitalar por Acidente.
- Cobertura complementar de Subsídio Diário por Internamento Hospitalar por Acidente.

— Plano FlexITP Mulher

- Cobertura complementar de Invalidez Total e Permanente.
- Cobertura complementar de Doenças Oncológicas do foro Ginecológico, com Liberação do Pagamento dos prémios da cobertura de Morte.

— Plano FlexITP Mulher-Acidental

- Cobertura complementar de Invalidez Total e Permanente.
- Cobertura complementar de Doenças Oncológicas do foro Ginecológico, com Liberação do Pagamento dos prémios da cobertura de Morte.
- Cobertura complementar de Morte por Acidente.
- Cobertura complementar de Morte por Acidente de Circulação.

— Plano FlexITP Mulher-Acidental Hospitalar

- Cobertura complementar de Invalidez Total e Permanente.
 - Cobertura complementar de Doenças Oncológicas do foro Ginecológico, com Liberação do Pagamento dos prémios da cobertura de Morte.
 - Cobertura complementar de Morte por Acidente.
 - Cobertura complementar de Morte por Acidente de Circulação.
 - Cobertura complementar de Reembolso de despesas de Internamento Hospitalar por Acidente.
 - Cobertura complementar de Subsídio Diário por Internamento Hospitalar por Acidente.
3. Com o pagamento do Capital previsto na garantia em caso de morte do Seguro Principal, cessam todas as coberturas do contrato, ficando o mesmo resolvido para todos os efeitos.

CLÁUSULA 3.^a Âmbito Territorial e Temporal

1. O Segurador garante a cobertura dos riscos objeto do presente contrato em qualquer parte do Mundo, exceto quando as Condições Particulares estabeleçam âmbito mais restrito.
2. O presente contrato cobre os riscos designados na apólice ocorridos no período de vigência do contrato nos termos legais e contratuais aplicáveis.

CLÁUSULA 4.^a Exclusões

1. Não se considera coberto por este contrato o risco de morte ou invalidez da Pessoa Segura, resultante de doença pré-existente, conhecida e não declarada na proposta e de doença ou lesão provocada por:
 - A. Ato criminoso, ainda que não consumado, de que o Tomador e/ou a Pessoa Segura e/ou o Beneficiário sejam autores materiais ou morais ou que tenham sido cúmplices.
 - B. Suicídio, sempre que este se verifique no decorrer dos dois primeiros anos de vigência da apólice ou no decorrer dos dois anos que imediatamente se seguirem à data de qualquer

revalidação ou aumento de garantias em caso de morte propostos pelo Tomador.

- C. Factos que sejam consequência de: I) Ofensas corporais a que a Pessoa Segura tenha dado causa ou que notoriamente tivesse podido evitar. II) Mutilações voluntárias. III) Consumo de álcool que determine uma taxa de alcoolemia igual ou superior a 0,5 gramas por litro de sangue, de drogas ou de estupefacientes não prescritos medicamente.
- D. Participação em corridas de velocidade, para veículos de qualquer natureza, providos ou não de motor e quaisquer outras competições ou empreendimentos de carácter temerário.
- E. Prática profissional de desportos ou, ainda, para amadores, de provas desportivas integradas em campeonatos e respetivos treinos.
- F. Prática de boxe, alpinismo, desportos de inverno, karaté e outras artes marciais, paraquedismo, tauromaquia, caça submarina, caça de animais ferozes e outros desportos análogos na sua perigosidade.
- G. Participação ativa da Pessoa Segura em atos de guerra, declarada ou não, guerra civil, atos de terrorismo, revoluções, rebeliões, insurreições, tumultos populares ou em qualquer operação militar. A chegada da Pessoa Segura a um país que se encontre em estado de guerra ou similar será considerada como participação ativa nas hostilidades e implica a exclusão da cobertura por qualquer causa.
- H. Factos que ocorram após 14 dias, contados desde o início dos atos de guerra, declarada ou não, guerra civil, atos de terrorismo, revoluções, rebeliões, insurreições, tumultos populares ou de qualquer operação militar, se a Pessoa Segura já se encontrava no país, ou território em causa, ainda que não tenha participação ativa nas referidas hostilidades.
- I. Viagem com carácter de expedição ou exploração.
- J. Utilização de meios de transporte aéreos, salvo quando a Pessoa Segura for passageira de avião comercial devidamente autorizado para transporte comum.
- K. Transformação ou radiação nuclear causadas pela aceleração artificial das partículas nucleares atómicas, bem como quaisquer contaminações químicas ou bacteriológicas.

2. A cobertura garantida por esta apólice pode ser extensiva aos casos previstos nas alíneas d), i) e j) mediante convenção especial e pagamento do sobreprémio que o Segurador venha a estabelecer.

CLÁUSULA 5.^a

Seguros com Exame Médico

1. Nos contratos de seguro cuja aceitação dependa de exames médicos, o Segurador entregará ao candidato, antes da realização daqueles, informação com os seguintes elementos:
 - A. Discriminação exaustiva dos exames, testes e análises a realizar.
 - B. Entidades onde podem ou devem ser realizados os atos clínicos referidos na alínea anterior.
 - C. Se as despesas com tais atos correm ou não por conta e ordem do Segurador e a forma como, se for caso disso, serão posteriormente reembolsadas.
 - D. Circunstâncias em que o Segurador, se for caso disso, se reserva o direito de se reembolsar das despesas feitas ou de recusar o reembolso ao candidato.
 - E. Entidade à qual devem ser enviados os resultados e/ou relatórios dos atos referidos na alínea a).
2. Por solicitação da Pessoa Segura, o Segurador fornecerá o resultado dos exames médicos que aquele haja efetuado para efeitos da análise do Segurador através de pedido formulado pelo médico assistente da Pessoa Segura, por carta dirigida ao Diretor Clínico do Segurador.

CLÁUSULA 6.^a

Dever de Declaração Inicial do Risco

1. O Tomador do Seguro ou a Pessoa Segura está obrigado, antes da celebração do contrato, a declarar com exatidão todas as circunstâncias que conheça e razoavelmente deva ter por significativas para a apreciação do risco pelo Segurador.
2. O disposto no número anterior é igualmente aplicável a circunstâncias cuja menção não seja solicitada em questionário eventualmente fornecido pelo Segurador para o efeito.

3. O Segurador que tenha aceite o contrato, salvo havendo dolo do Tomador do Seguro ou da Pessoa Segura com o propósito de obter uma vantagem, não pode prevalecer-se:

- A. Da omissão de resposta a pergunta do questionário.
- B. De resposta imprecisa a questão formulada em termos demasiado genéricos.
- C. De incoerência ou contradição evidentes nas respostas ao questionário.
- D. De facto que o seu representante, aquando da celebração do contrato, saiba ser inexato ou, tendo sido omitido, conheça.
- E. De circunstâncias conhecidas do Segurador, em especial quando são públicas e notórias.

4. O Segurador, antes da celebração do contrato, deve esclarecer o eventual Tomador do Seguro ou a Pessoa Segura acerca do dever referido no n.º 1, bem como do regime do seu incumprimento, sob pena de incorrer em responsabilidade civil, nos termos gerais.

CLÁUSULA 7.^a

Incumprimento Doloso do Dever de Declaração Inicial do Risco

1. Em caso de incumprimento doloso do dever referido no n.º 1 da cláusula anterior, o contrato é anulável mediante declaração enviada pelo Segurador ao Tomador do Seguro.
2. Não tendo ocorrido sinistro, a declaração referida no número anterior deve ser enviada no prazo de três meses a contar do conhecimento daquele incumprimento.
3. O Segurador não está obrigado a cobrir o sinistro que ocorra antes de ter tido conhecimento do incumprimento doloso referido no n.º 1 ou no decurso do prazo previsto no número anterior, seguindo-se o regime geral da anulabilidade.
4. O Segurador tem direito ao prémio devido até ao final do prazo referido no n.º 2, salvo se tiver ocorrido dolo ou negligência grosseira do Segurador ou do seu representante.
5. Em caso de dolo do Tomador do Seguro ou da Pessoa Segura com o propósito de obter uma vantagem, o prémio é devido até ao termo do contrato.

CLÁUSULA 8.^a**Incumprimento Negligente do Dever de Declaração Inicial do Risco**

1. Em caso de incumprimento com negligência do dever referido no n.º 1 da cláusula 6.^a, o Segurador pode, mediante declaração a enviar ao Tomador do Seguro, no prazo de três meses a contar do seu conhecimento:
 - A. Propor uma alteração do contrato, fixando um prazo, não inferior a 14 dias, para o envio da aceitação ou, caso a admita, da contraproposta.
 - B. Fazer cessar o contrato, demonstrando que, em caso algum, celebra contratos para a cobertura de riscos relacionados com o facto omitido ou declarado inexatamente.
2. O contrato cessa os seus efeitos 30 dias após o envio da declaração de cessação ou 20 dias após a receção pelo Tomador do Seguro da proposta de alteração, caso este nada responda ou a rejeite.
3. No caso referido no número anterior, o prémio é devolvido pro rata temporis atendendo à cobertura havida.
4. Se, antes da cessação ou da alteração do contrato, ocorrer um sinistro cuja verificação ou consequências tenham sido influenciadas por facto relativamente ao qual tenha havido omissões ou inexactidões negligentes:
 - A. O Segurador cobre o sinistro na proporção da diferença entre o prémio pago e o prémio que seria devido, caso, aquando da celebração do contrato, tivesse conhecido o facto omitido ou declarado inexatamente.
 - B. O Segurador, demonstrando que, em caso algum, teria celebrado o contrato se tivesse conhecido o facto omitido ou declarado inexatamente, não cobre o sinistro e fica apenas vinculado à devolução do prémio.

CLÁUSULA 9.^a**Agravamento do Risco**

1. O Tomador do Seguro e as Pessoas Seguradas têm o dever de, durante a vigência do contrato, no prazo de 8 dias a contar do conhecimento do facto, comunicar ao Segurador todas as circunstâncias suscetíveis de agravar o risco, nomeadamente os factos relacionados com a profissão, a mudança do local do seu exercício, a mudança de

domicílio da Pessoa Segura e o início da prática de qualquer atividade que possa provocar uma alteração do risco.

2. No prazo de 30 dias a contar do momento em que tenha conhecimento do agravamento do risco, o Segurador pode:
 - A. Apresentar ao Tomador do Seguro proposta de modificação do contrato, que este deve aceitar ou recusar em igual prazo, findo o qual se entende aprovada a modificação proposta.
 - B. Resolver o contrato, demonstrando que, em caso algum, celebra contratos que cubram riscos com as características resultantes desse agravamento do risco.

A resolução do contrato prevista na alínea b) do n.º anterior deve ser comunicada ao Tomador do Seguro por escrito, ou por outro meio de que fique registo duradouro, com a antecedência mínima de 30 dias relativamente à data em que a mesma produz efeitos.

CLÁUSULA 10.^a**Informações na Vigência do Contrato**

1. O Segurador, na vigência do contrato, deve informar o Tomador do Seguro de alterações relativamente a informações prestadas aquando da celebração do contrato que possam ter influência na sua execução.
2. Aquando do termo de vigência do contrato, o Segurador deve informar o Tomador do Seguro acerca das quantias a que este tenha direito com a cessação do contrato, bem como das diligências ou documentos necessários para o seu recebimento.

CLÁUSULA 11.^a**Início da Cobertura e de Efeitos**

1. O presente contrato tem o seu início às zero horas da data estipulada nas Condições Particulares da apólice, com expressa reserva de que, em qualquer hipótese, a cobertura do risco não pode ser outorgada à Pessoa Segura antes das zero horas do dia imediato ao da sua aceitação pelo Segurador.
2. Em caso de seguro individual em que o Tomador do Seguro seja uma pessoa singular, decorridos catorze dias após a receção da proposta de seguro, devidamente preenchida, bem como de toda a documentação que o Segurador tenha indicado como necessária à realização do contrato, sem

que o Segurador tenha notificado o Tomador do Seguro da aceitação, da recusa ou da necessidade de recolher outros esclarecimentos que esta considere essenciais à avaliação do risco, nomeadamente exames médicos, o contrato considera-se concluído nos termos propostos.

CLÁUSULA 12.^a **Duração**

1. O Tomador poderá optar por uma das seguintes opções:
 - A. Duração plurianual de, no mínimo 5 anos, com prémios anuais de valor constantes para toda a duração do período fixado nas Condições Particulares.
 - B. Duração de um ano, renovável por novos períodos de um ano, com prémios anuais de valor crescente, até atingir a duração máxima fixada nas Condições Particulares.
2. Os efeitos do contrato cessam às 24 horas do último dia do seu prazo.
3. A prorrogação prevista na alínea b) do n.º 1 não se efetua se qualquer das partes denunciar o contrato com 30 dias de antecedência mínima em relação à data da renovação.

CLÁUSULA 13.^a **Incontestabilidade**

1. O Segurador não se pode prevalecer de omissões ou inexactidões negligentes na declaração inicial do risco decorridos dois anos sobre a celebração do contrato.
2. O disposto no número anterior não é aplicável às coberturas de acidentes e de invalidez complementares de um seguro de vida.

CLÁUSULA 14.^a **Erro Sobre a Idade da Pessoa Segura**

1. O erro sobre a idade da Pessoa Segura é causa de anulabilidade do contrato se a idade verdadeira divergir dos limites mínimo e máximo estabelecidos pelo Segurador para a celebração deste tipo de Contrato de Seguro.
2. Não sendo causa de anulabilidade, em caso de divergência, para mais ou para menos, entre a idade declarada e a verdadeira, a prestação do Segurador reduz-se na pro-

porção do prémio pago ou o Segurador devolve o prémio em excesso, consoante o caso.

CLÁUSULA 15.^a **Designação Beneficiária**

1. O Tomador do Seguro, ou quem este indique, designa o Beneficiário, podendo a designação ser feita na apólice, em declaração escrita posterior recebida pelo Segurador ou em testamento.
2. Salvo estipulação em contrário, por falecimento da Pessoa Segura, o capital seguro é prestado:
 - A. Na falta de designação do Beneficiário, aos herdeiros da Pessoa Segura.
 - B. Em caso de pré-morte do Beneficiário relativamente à Pessoa Segura, aos herdeiros desta.
 - C. Em caso de pré-morte do Beneficiário relativamente à Pessoa Segura, tendo havido renúncia à revogação da designação beneficiária, aos herdeiros daquele.
 - D. Em caso de morte simultânea da Pessoa Segura e do Beneficiário, aos herdeiros deste.

CLÁUSULA 16.^a **Alteração e Revogação da Cláusula Beneficiária**

1. A pessoa que designa o Beneficiário pode a qualquer momento revogar ou alterar a designação, exceto quando tenha expressamente renunciado a esse direito ou tenha havido adesão do Beneficiário.
2. Em caso de renúncia à faculdade de revogação ou, no seguro de sobrevivência, tendo havido adesão do Beneficiário, o Tomador do Seguro, salvo convenção em contrário, não tem os direitos de resgate, de adiantamento e de redução.
3. O poder de alterar a designação beneficiária cessa no momento em que o Beneficiário adquira o direito ao pagamento das importâncias seguras.
4. No caso de a Pessoa Segura ter assinado, juntamente com o Tomador do Seguro, a proposta de seguro de que conste a designação beneficiária ou tendo a Pessoa Segura designado o Beneficiário, a alteração da designação beneficiária pelo Tomador do Seguro carece do acordo da Pessoa Segura.

5. A alteração da designação beneficiária feita por Pessoa diversa da Pessoa Segura ou sem o acordo desta deve ser comunicada pelo Segurador à Pessoa Segura.

CLÁUSULA 17.^a **Pagamento dos Prémios**

1. Os prémios são calculados segundo a tarifa em vigor à data de início do seguro ou da sua renovação e de acordo com a idade atuarial da Pessoa Segura.
2. O prémio é devido pelo Tomador antecipada e anualmente.
3. O pagamento dos prémios para além da data do seu vencimento só será válido em caso de não ter ocorrido sinistro coberto pelo presente contrato.
4. O Segurador pode facultar o pagamento dos prémios anuais em frações mensais, trimestrais ou semestrais, desde que o Tomador satisfaça o encargo devido pelo fracionamento.
5. Os prémios de seguro só podem ser pagos, ao Segurador, em numerário, por cheque bancário, transferência bancária ou vale postal, cartão de crédito ou de débito ou outro meio eletrónico de pagamento.
6. O Tomador compromete-se a proceder ao pagamento do prémio nos escritórios do Segurador na localidade da emissão da apólice. Constitui, porém, sempre faculdade do Segurador promover a sua cobrança em local diverso ou utilizar outros meios apropriados que a facilitem.
7. São de conta do Tomador todos os encargos de natureza fiscal e para-fiscal inerentes ao presente contrato, bem como o encargo de cobrança e os demais custos legais ou contratualmente exigíveis.

CLÁUSULA 18.^a **Vencimento dos Prémios**

1. Salvo convenção em contrário, o prémio inicial, ou a primeira fração deste, é devido na data da celebração do contrato.
2. As frações seguintes do prémio inicial, o prémio de anuidades subsequentes e as sucessivas frações deste são devidos nas datas estabelecidas nos respetivos avisos.
3. Os prémios correspondentes às alterações ao contrato são devidos nas datas indicadas nos respetivos avisos.

CLÁUSULA 19.^a **Aviso de Pagamento dos Prémios**

Na vigência do contrato, o Segurador deve avisar por escrito o Tomador do Seguro do montante a pagar, assim como da forma e do lugar de pagamento, com uma antecedência mínima de 30 dias em relação à data em que se vence o prémio, ou frações deste.

CLÁUSULA 20.^a **Falta de Pagamento dos Prémios**

1. A falta de pagamento do prémio na data do respetivo vencimento impossibilitará o pagamento de qualquer sinistro respeitante às coberturas do presente contrato, ocorrido entre o vencimento e a data da liquidação do prémio.
2. A utilização da faculdade concedida no número anterior não prejudica o direito do Segurador ao prémio correspondente ao período decorrido, acrescido dos respetivos juros moratórios.
3. Estipulando o contrato um benefício irrevogável a favor de terceiro, na falta de pagamento de um prémio, o Segurador interpelá-lo-á, mediante carta registada, para que, no prazo de 30 dias, querendo, possa substituir-se ao Tomador do Seguro no referido pagamento, procedendo ao pagamento do prémio já vencido, desde que esse pagamento seja feito no prazo de 30 dias subsequentes à data de vencimento.

CLÁUSULA 21.^a **Reposição em Vigor do Contrato**

1. O Tomador do Seguro tem a faculdade de repor em vigor, nas condições originais, o seguro resolvido dentro de um ano a contar da data da resolução, mediante o pagamento dos prémios em atraso correspondentes a todo o período em dívida, sempre que se verifiquem as seguintes condições:
 - A. Não tenha ocorrido qualquer sinistro, coberto pelo presente contrato, desde a data da sua resolução até à data em que se pretende que o mesmo seja reposto em vigor.
 - B. Entrega de declaração comprovativa de não alteração do estado de saúde e profissional da Pessoa Segura, se o pedido do Tomador do Seguro for feito até ao máximo de dois meses após a data de efeito da resolução.
2. O Segurador reserva-se o direito de subordinar a reposição em vigor da apólice a nova avaliação clínica do seu estado de saúde, se já estiverem decorridos mais de dois meses após a data da resolução.

CLÁUSULA 22.^a **Alteração do Prémio**

1. O contrato reger-se-á pela tarifa do Segurador, em vigor na data da sua celebração.
2. A renovação anual, em conformidade com o disposto na alínea b) do n.º 1 da cláusula 12.^a, será feita mediante a aplicação de um novo prémio calculado com base na tarifa constante das Condições Particulares da apólice.

CLÁUSULA 23.^a **Resolução do Contrato**

1. O contrato pode ser resolvido pelo Tomador do Seguro a todo o tempo, havendo justa causa.
2. A resolução do contrato produz os seus efeitos às 24 horas do dia em que se verifique.
3. Sempre que o Tomador do Seguro não coincida com a Pessoa Segura, o Segurador deve avisar a Pessoa Segura da resolução do contrato logo que possível, no máximo até 20 dias após a não renovação ou a resolução.
4. A comunicação da resolução do contrato, nos termos previstos nesta cláusula, deve ser efetuada por escrito, ou por outro meio de que fique registo duradouro, com a antecedência mínima de 30 dias relativamente à data em que a mesma produz efeitos.
5. Sem prejuízo do disposto nos números anteriores, o Tomador do Seguro, sendo pessoa singular, pode resolver o contrato sem invocar justa causa, nos 30 (trinta) dias imediatos à data da receção da apólice.
6. O exercício do direito previsto no n.º anterior determina a resolução com efeito retroativo, desde a data do início do contrato, tendo o Segurador direito ao prémio pro rata temporis, na medida em que tenha suportado risco até à resolução do contrato e ao montante das despesas razoáveis que tenha efetuado com exames médicos, sempre que este valor seja imputado contratualmente ao Tomador do Seguro.

CLÁUSULA 24.^a **Transferência de Direitos**

1. O Tomador pode transferir para outrem os direitos e encargos que nessa qualidade possui, solicitando ao Segurador essa transferência em documento reconhecido por notário. O cessionário aceitá-la-á em documento por si

assinado e também reconhecido por notário. Os efeitos daquela transferência produzir-se-ão a partir da data da ata adicional de aceitação emitida pelo Segurador. Se o Tomador for ao mesmo tempo a Pessoa Segura, só poderá transferir a sua qualidade de Tomador, continuando porém, como Pessoa Segura.

CLÁUSULA 25.^a **Modificações do Contrato**

1. Com ressalva do disposto no n.º 1 da cláusula 16.^a das Condições Gerais, o Tomador do Seguro pode solicitar modificações ao presente contrato, tais como as que digam respeito a prémios, capitais e/ou garantias.
2. O Segurador reserva-se o direito de exigir ao Tomador do Seguro documentos comprovativos do estado de saúde da Pessoa Segura e situação profissional antes de aceitar qualquer aumento ou inclusão de garantia.
3. Sem prejuízo de outra data acordada entre as partes, estas modificações têm efeito na data aniversária do contrato consecutiva ao pedido do Tomador do Seguro desde que aceites pelo Segurador. A confirmação desta aceitação é efetuada pelo envio ao Tomador do Seguro de ata adicional.
4. Nos termos dos números anteriores, a modificação do Contrato de Seguro será sempre efetuada de acordo com as tarifas e bases técnicas em vigor à data da modificação.

CLÁUSULA 26.^a **Participação nos Resultados**

1. Os contratos temporários com prémios anuais de valor constante têm direito a uma participação nos resultados técnicos a partir do primeiro ano de vigência e um prémio anual pago.
2. Para este fim obriga-se o Segurador a alimentar uma Provisão para Participação nos resultados técnicos com um mínimo de 75% do saldo da conta de resultados, quando positiva, constituída da seguinte forma:

— A Crédito:

- A. Prémios líquidos de anulações e estornos.
- B. Outras importâncias recebidas (custo de apólice/atas adicionais).
- C. Provisões matemáticas de balanço, no início do exercício.

- D.** Rendimentos distribuídos sob a forma de Participação nos Resultados.
- E.** Juros técnicos creditados em Provisões Matemáticas.
- F.** Saldo positivo de resseguro cedido.

— A Débito:

- A.** Capitais sinistrados.
 - B.** Comissões líquidas de estornos e anulações.
 - C.** Provisões Matemáticas de Balanço de fim do exercício.
 - D.** Custos de Gestão Técnica (limite máximo de 30% dos prémios líquidos de estornos e anulações).
 - E.** Saldo negativo do resseguro cedido.
- 3.** O valor e a distribuição da Participação de Resultados obedecem às seguintes regras:
- 3.1.** O valor da participação anual nos resultados será determinado até ao final do 1º trimestre de cada ano civil;
- 3.2.** A integração do montante correspondente à participação dos resultados em cada contrato será feita pela aquisição de um capital liberado, a adicionar ao capital inicialmente contratado na cobertura de morte, tendo em conta a idade da Pessoa Segura naquela data e o tempo que falta decorrer até ao final do contrato.

CLÁUSULA 27.^a Resgate e Redução do Contrato

O presente contrato não confere direito a Valor de Resgate nem a Valor de Redução.

CLÁUSULA 28.^a Documentos que Devem Acompanhar o Pedido de Liquidação das Importâncias Seguras

- 1.** São considerados imprescindíveis à análise e pagamento do capital seguro os seguintes documentos:
 - A.** Certidão de nascimento ou bilhete de identidade da Pessoa Segura.
 - B.** Documento comprovativo da identidade e da identificação fiscal dos Beneficiários.
 - C.** Certificado de óbito da Pessoa Segura.

D. Assento de óbito da Pessoa Segura.

E. Relatório médico no qual se especifique a causa, antecedentes e circunstâncias em que a morte ocorreu.

F. Certidão da escritura de habilitação de herdeiros ou certidão do processo de inventário, se a este houver lugar e desde que determinante para a regularização do benefício.

- 2.** Sem prejuízo do disposto no número anterior, o Segurador reserva-se o direito de solicitar outros documentos que, relacionados com o acontecimento suscetível de provocar o funcionamento das garantias contratuais, concorram para o seu completo esclarecimento.

CLÁUSULA 29.^a Liquidação das Importâncias Seguras

- 1.** A liquidação das importâncias seguras será efetuada nos trinta dias subsequentes ao reconhecimento, pelo Segurador, de que a elas existe direito, diretamente aos Beneficiários das respetivas garantias, após o envio de todos os documentos necessários à sua regularização especificados na cláusula anterior e nas respetivas Condições Especiais.
- 2.** As importâncias seguras serão pagas ao Beneficiário designado ou, no caso deste já ter falecido, seguir-se-ão os critérios legais expressamente previstos no regime jurídico do Contrato de Seguro, no que concerne quer à designação quer à interpretação da cláusula beneficiária.
- 3.** Se o Beneficiário for menor, o Segurador depositará em nome daquele, na instituição bancária indicada pelo Representante Legal do menor ou, na falta de indicação, num banco à escolha do Segurador, as importâncias seguras.

CLÁUSULA 30.^a Regime Fiscal

- 1.** O presente contrato encontra-se abrangido pelo regime fiscal previsto para as apólices e prémios de seguro de vida.
- 2.** Os montantes pagos aos Beneficiários em caso de morte não estão sujeitos a imposto do selo.

CLÁUSULA 31.^a Pluralidade de Seguros

O Tomador do Seguro ou a Pessoa Segura fica obrigado a participar ao Segurador a existência de outros seguros garantindo o mesmo risco, sob pena de responder por perdas e danos e,

em caso de fraude, da exoneração do Segurador das respetivas prestações.

CLÁUSULA 32.^a

Comunicações e Notificações entre as Partes

- 1.** As comunicações ou notificações do Tomador do Seguro ou da Pessoa Segura previstas nesta apólice consideram-se válidas e eficazes caso sejam efetuadas para a sede social do Segurador ou da sucursal, consoante o caso.
- 2.** São igualmente válidas e plenamente eficazes as comunicações ou notificações feitas, nos termos do número anterior, para o endereço do representante do Segurador não estabelecido em Portugal, relativamente a sinistros abrangidos por esta apólice.
- 3.** As comunicações previstas no presente contrato devem revestir forma escrita ou ser prestadas por outro meio de que fique registo duradouro.
- 4.** O Segurador só está obrigado a enviar as comunicações previstas no presente contrato se o destinatário das mesmas estiver devidamente identificado no contrato, considerando-se validamente efetuadas se remetidas para o respetivo endereço constante da apólice.

CLÁUSULA 33.^a

Lei Aplicável, Reclamação e Arbitragem

- 1.** A lei aplicável a este contrato é a lei portuguesa.
- 2.** Podem ser apresentadas reclamações no âmbito do presente contrato aos serviços do Segurador identificados no contrato e, bem assim, à Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões (www.asf.com.pt).
- 3.** Nos litígios surgidos ao abrigo deste contrato pode haver recurso à arbitragem, a efetuar nos termos da lei.

CLÁUSULA 34.^a

Foro

O foro competente para dirimir os litígios emergentes deste contrato é o fixado na lei civil.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

Condição Especial 01

Cobertura “Pós-Vida” de Prestação de Serviços ou Reembolso de Despesas de Funeral

CLÁUSULA 1.^a Objeto da Cobertura

1. Em caso de Morte da Pessoa Segura o Segurador garante a prestação do serviço ou o reembolso dos gastos com o sepultamento ou a cremação da Pessoa Segura, no limite do capital seguro especificado nas Condições Particulares.
2. As coberturas deste seguro abrangem a morte da Pessoa Segura em qualquer parte do globo terrestre, sendo o serviço de sepultamento ou cremação restrito ao território português.
3. O capital seguro desta cobertura será ajustado aos custos da prestação dos serviços a cada período de 5 anos não podendo o eventual aumento ser superior a 10% do capital.

CLÁUSULA 2.^a Exclusões

São aplicáveis a esta Condição Especial as Exclusões previstas no artigo 4.º das Condições Gerais.

CLÁUSULA 3.^a Solicitação dos Serviços

1. Quando da ocorrência do óbito a família não terá qualquer trabalho ou despesas pelos serviços descritos no ponto 4 desta cláusula, devendo entrar em contacto com o Serviço de Assistência 24 horas, através do número de telefone 21 380 81 01.
2. Não sendo o Segurador especialista na execução e prestação de serviços de assistência ao funeral, sepultamento e serviços correlatos, providencia-os através da Europ Assistance – Serviços de Assistência Personalizados S.A. A Pessoa Segura aceita, desde já, que os serviços garantidos por esta apólice sejam executados pela Europ Assistance e suas subcontratadas ficando ciente que os mesmos serão prestados dentro das normas legais e regulamentares de cada município onde se realizarem. Ressalta-se que a boa execução dos serviços depende também da colaboração dos familiares da Pessoa Segura, os quais deverão acionar imediatamente o Serviço de Assistência 24 Horas, na eventualidade de óbito da Pessoa Segura, dispondo-se a acompanhar a pessoa indicada para providenciar o funeral, junto a órgãos e repartições públicas, sempre que isto se fizer necessário.
3. Qualquer problema ou irregularidade na execução dos serviços garantidos por esta apólice deverão ser imediatamente comunicados à Pessoa Segura, para as necessárias providências.
4. Em caso de solicitação de prestação de serviços, o capital seguro será destinado a pagamento dos seguintes serviços:

— Sepultura

- Urna em madeira de pinho, com escultura, estofada em cetim, lençol de seda e lenço de rosto.
- 1 palma de flores naturais.
- Pagamento de taxas necessárias até 149,60€.
- Depósito na igreja.
- Certidão de óbito.
- Anúncio na imprensa até 124,70€.

— Cremação

- Urna de cremação em madeira de pinho com escultura simples, com acolchoado em cetim, manto e lenço de rosto.
- Pote para cinzas e respetivo invólucro.

- 1 palma de flores naturais.
- Pagamento de taxas necessárias até 149,60€.
- Depósito na igreja.
- Certidão de óbito.
- Anúncio na imprensa até 124,70€.

— Serviços Associados

- Automóvel fúnebre no depósito e funeral (transporte do local de falecimento para o local do velório em Portugal Continental), automóvel para voltas (viatura utilizada pela agência para tratamento da documentação inerente ao funeral), conduções e fretes (condução e trabalho do motorista do veículo funerário), preparação do corpo, armações, livro de condolências e serviços técnicos da agência.
5. Caso proceda a recusa do sinistro após a prestação dos serviços funerários, o Segurador poderá requerer do Beneficiário o valor correspondente às despesas com o funeral da Pessoa Segura.

CLÁUSULA 4.^a Solicitação do Reembolso

1. Em caso de reembolso, o(s) Beneficiário(s) deverá(ão) encaminhar os comprovantes dos gastos com serviço(s) funerário(s) por meio de carta à Companhia.
2. O pedido de reembolso deverá ser acompanhado dos seguintes documentos:
 - A. Certidão de nascimento ou bilhete de identidade da Pessoa Segura.
 - B. Certificado de óbito da Pessoa Segura.
 - C. Assento de óbito da Pessoa Segura.
 - D. Documento comprovativo da identidade e da identificação fiscal da pessoa que efetuou o pagamento das despesas com o funeral.
 - E. Notas fiscais e recibos das despesas com o funeral (originais).
3. O valor a ser reembolsado ao(s) Beneficiário(s) será limitado ao valor do capital seguro vigente na data do evento.
4. Caso o valor total das despesas for inferior ao capital seguro, a diferença será paga ao(s) Beneficiário(s), independente de quem tiver recebido o reembolso.

Neste caso, terão que ser apresentados também os seguintes documentos:

- A. Escritura de habilitação de herdeiros sempre que a nomeação de Beneficiários no Boletim de Adesão dispuser a favor dos herdeiros legais.
 - B. Documento comprovativo da identidade e da identificação fiscal dos Beneficiários.
5. Quando o Segurador recusar um sinistro com base nas condições contratuais do seguro, deverá comunicar o facto ao(s) Beneficiário(s) por escrito, expressando os motivos para a mesma.
 6. Em caso de dúvida fundada e justificável será facultada ao Segurador a adoção de medidas que visem à plena elucidação do sinistro, podendo inclusive solicitar documentos que julgue necessários para a apuração do mesmo.

CLÁUSULA 5.^a Pagamento dos Prémios

Em virtude do disposto no número 3 da cláusula 1.^a, o prémio desta cobertura poderá ser ajustado em correspondência do eventual aumento do capital seguro.

Condição Especial 02

Cobertura Complementar de Invalidez Absoluta e Definitiva

CLÁUSULA 1.^a Objeto da Cobertura

1. Em caso de Invalidez Absoluta e Definitiva da Pessoa Segura, a Companhia garante pela presente Cobertura Complementar o pagamento de um capital igual ao garantido em caso de Morte pelo Seguro Principal.
2. A duração da cobertura é igual ao prazo de pagamento de prêmios do Seguro Principal, cessando, porém, aos 66 anos de idade da Pessoa Segura.
3. Para efeito desta Cobertura Complementar considera-se que o Segurado se encontra em estado de Invalidez Absoluta e Definitiva quando se encontram reunidas, em simultâneo, as seguintes condições:
 - A. Por consequência de doença ou acidente e independentemente da sua vontade, tenha ficado total e definitivamente incapaz de efetuar os atos ordinários da vida corrente e esteja dependente de assistência permanente, 24 horas por dia, de uma terceira pessoa para a realização dos mesmos.
 - B. Em caso de doença, o estado de invalidez se mantenha, ininterruptamente durante 6 meses.
 - C. Nos casos de patologia psíquica, o estado de invalidez se mantenha, ininterruptamente durante 2 anos.
4. Com o pagamento da indemnização prevista na garantia em caso de Invalidez Absoluta e Definitiva, cessam todas as coberturas do contrato, ficando o mesmo resolvido para todos os efeitos.

CLÁUSULA 2.^a Exclusões

1. São aplicáveis a esta Condição Especial as Exclusões previstas na cláusula 4.^a das Condições Gerais.
2. Encontra-se ainda excluída qualquer incapacidade ou defeito físico pré-existent à data do preenchimento da proposta.

CLÁUSULA 3.^a Reconhecimento do Estado de Invalidez Absoluta e Definitiva

O pagamento do capital realizar-se-á:

- A. Se a invalidez resultar de acidente, o pagamento do capital será feito nos 30 dias após a sua completa comprovação por parte do Beneficiário e reconhecimento e aceitação por parte do corpo clínico do Segurador.
- B. Se a invalidez resultar de doença ou patologia psíquica, após a sua completa comprovação por parte do Beneficiário e o reconhecimento e aceitação por parte do corpo clínico do Segurador, o pagamento do capital será feito nos 30 dias subsequentes ao término dos prazos mencionados nas alíneas b) e c) do ponto 3 de cláusula 1.^a.

CLÁUSULA 4.^a Documentos que devem Acompanhar o Pedido de Liquidação das Importâncias Seguras

1. São considerados imprescindíveis à análise e pagamento da importância segura, os seguintes documentos:
 - A. Certidão de nascimento ou bilhete de identidade do Segurado.
 - B. Certificado médico indicando as circunstâncias, causas, início, natureza, evolução e prognóstico do estado de invalidez.
 - C. Atestado Médico de Incapacidade Multiuso emitido pelo Sistema Nacional de Saúde pelo qual o Segurado se encontre abrangido.
 - D. Documento emitido pelo Sistema Nacional de Saúde pelo qual o Segurado se encontre abrangido de reconhecimento de necessidade de assistência de terceira pessoa.

- E.** Certidão do processo do Tribunal de Trabalho ao abrigo do qual foi reconhecida a invalidez, caso a mesma tenha tido origem em doença profissional ou acidente de trabalho.
 - F.** Auto de Ocorrência e resultados dos exames toxicológicos e de alcoolemia, caso a invalidez resulte de acidente.
 - G.** Após o decurso do prazo estabelecido na alínea b) do ponto 3 de cláusula 1.^a, relatório do médico assistente onde conste que o estado de invalidez se mantém e que não há hipótese de melhoramento clínico nem por tratamento médico.
 - H.** Após o decurso do prazo estabelecido na alínea c) do ponto 3 de cláusula 1.^a, relatório do médico assistente onde conste que o estado de invalidez se mantém e que não há hipótese de melhoramento clínico nem por tratamento médico.
- 2.** Sem prejuízo do disposto no número anterior, a Companhia reserva-se o direito de solicitar outros documentos que se mostrem necessários, ao completo esclarecimento, resolução e enquadramento do sinistro nas condições contratuais.

Condição Especial 03

Cobertura Complementar de Invalidez Total e Permanente

CLÁUSULA 1.^a Objeto da Cobertura

- 1.** Em caso de Invalidez Total e Permanente do Segurado a Companhia garante pela presente Cobertura Complementar o pagamento de um Capital igual ao garantido em caso de morte pelo Seguro Principal.
- 2.** A duração da cobertura é igual ao prazo de pagamento de prémios do Seguro Principal, cessando, porém, aos 66 anos de idade do Segurado.
- 3.** Para efeito desta Cobertura Complementar considera-se que o Segurado se encontra em estado de Invalidez Total e Permanente quando se encontrem reunidas, em simultâneo, as seguintes condições:
 - A.** Por consequência de doença ou acidente e independentemente da sua vontade, tenha ficado totalmente incapaz de exercer, com carácter permanente e irreversível, a sua profissão ou qualquer outra atividade lucrativa e/ou remunerada compatível com as suas capacidades, conhecimentos e aptidões, e que deste estado não possa existir melhoramento nem por tratamento médico.
 - B.** Tenha uma incapacidade funcional permanente e definitiva, de grau igual ou superior a 66% de acordo com a “Tabela Nacional de Incapacidades por Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais” oficialmente em vigor no momento do reconhecimento da invalidez.
 - C.** Em caso de doença, o estado de invalidez se mantenha, ininterruptamente durante 6 meses
 - D.** Nos casos de patologia psíquica, o estado de invalidez se mantenha, ininterruptamente durante 2 anos.

4. Com o pagamento da indemnização prevista na garantia em caso de Invalidez Total e Permanente, cessam todas as coberturas do contrato, ficando o mesmo resolvido para todos os efeitos.

CLÁUSULA 2.^a **Exclusões de Risco**

1. São aplicáveis a esta Condição Especial as Exclusões previstas na cláusula 4.^a das Condições Gerais.
2. Encontra-se ainda excluída qualquer incapacidade ou defeito físico pré-existent à data do preenchimento da proposta.

CLÁUSULA 3.^a **Reconhecimento do Estado de Invalidez Total e Permanente**

1. O pagamento do capital realizar-se-á:
 - A. Se a invalidez resultar de acidente, o pagamento do capital será feito nos 30 dias após a sua completa comprovação por parte do Beneficiário e reconhecimento e aceitação por parte do corpo clínico do Segurador.
 - B. Se a invalidez resultar de doença ou patologia psíquica, após a sua completa comprovação por parte do Beneficiário e o reconhecimento e aceitação por parte do corpo clínico do Segurador, o pagamento do capital será feito nos 30 dias subsequentes ao término dos prazos mencionados nas alíneas b) e c) do ponto 3 de cláusula 1.^a.

CLÁUSULA 4.^a **Documentos que devem Acompanhar o Pedido de Liquidação das Importâncias Seguras**

1. São considerados imprescindíveis à análise e pagamento da importância segura os seguintes documentos:
 - A. Certidão de nascimento ou bilhete de identidade do Segurado.
 - B. Certificado médico indicando as circunstâncias, causas, início, natureza, evolução e prognóstico do estado de invalidez.
 - C. Atestado Médico de Incapacidade Multiuso emitido pelo Sistema Nacional de Saúde pelo qual o Segurado se encontre abrangido.

- D. Extracto de Remunerações da carreira contributiva onde conste a natureza dos valores e profissão ao abrigo da qual os mesmos foram efectuados.

- E. Deferimento da reforma por invalidez emitido pelo Sistema Nacional de Saúde pelo qual o Segurado se encontre abrangido.

- F. Certidão do processo do Tribunal de Trabalho ao abrigo do qual foi reconhecida a invalidez, caso a mesma tenha tido origem em doença profissional ou acidente de trabalho.

- G. Auto de Ocorrência e resultados dos exames toxicológicos e de alcoolemia, caso a invalidez resulte de acidente.

- H. Após o decurso do prazo estabelecido na alínea b) do ponto 3 de cláusula 1.^a, relatório do médico assistente onde conste que o estado de invalidez se mantém e que não há hipótese de melhoramento clínico nem por tratamento médico.

- I. Após o decurso do prazo estabelecido na alínea c) do ponto 3 de cláusula 1.^a, relatório do médico assistente onde conste que o estado de invalidez se mantém e que não há hipótese de melhoramento clínico nem por tratamento médico.

2. Sem prejuízo do disposto no número anterior, a Companhia reserva-se o direito de solicitar outros documentos que se mostrem necessários, ao completo esclarecimento, resolução e enquadramento do sinistro nas condições contratuais.

Condição Especial 04

Cobertura Complementar de Doenças Graves (Com Liberação do Pagamento de Prémios da Cobertura de Morte)

CLÁUSULA 1.^a Objeto da Cobertura

1. Em caso de ocorrência pela primeira vez de Doença Grave, especificamente caracterizada nesta Condição Especial, manifestada na Pessoa Segura durante a vigência do contrato, o Segurador garante pela presente cobertura complementar o pagamento antecipado de 60% do capital seguro da Cobertura Base do Seguro Principal, conforme definido nas Condições Particulares.
 - 1.1. Com o pagamento do capital previsto na cobertura complementar de Doenças Graves, cessam todas as coberturas do contrato com a exceção da Cobertura Base do Seguro Principal, apenas pelo valor remanescente não antecipado (40%) e para o qual não será devido nenhum prémio até a sua data de vencimento.
2. Nos casos em que for expressamente previsto e devidamente caracterizado nesta Condição Especial, o pagamento antecipado de 60% do capital seguro da Cobertura Base do Seguro Principal, poderá ser realizado parcialmente e em diferentes momentos dependendo do nível de severidade manifestado pela Doença Grave.

2.1. O pagamento parcial reduz pelo mesmo valor o capital seguro da Cobertura Base do Seguro Principal e das demais Coberturas Complementares, sendo que os respectivos novos valores serão informados por meio de Acta.

3. O capital seguro é liquidável na sua totalidade uma única vez, ainda que se diagnostique na Pessoa Segura mais do que uma Doença Grave, na mesma data ou em datas distintas.
4. A duração da cobertura é igual ao prazo de pagamento de prémios do Seguro Principal, cessando, porém, aos 65 anos de idade da Pessoa Segura.

CLÁUSULA 2.^a Definição de Doenças Graves e pagamentos pelo Segurador

Para efeito desta Condição Especial consideram-se Doenças Graves:

1. Cancro

1.1. Definição: a presença de um tumor maligno, caracterizado pelo crescimento incontrolado e difusão de células malignas e a invasão e destruição dos tecidos normais. O diagnóstico de cancro deve ser efectuado por um patologista e baseado na evidência histológica de malignidade.

1.2. Caso a Doença Grave venha a manifestar-se em fase inicial, como a seguir caracterizada, o Segurador garante o pagamento antecipado de 30% do capital seguro da Cobertura Base do Seguro Principal, limitado a € 100.000,00:

- Cancro de mama em estágio T1;
- Cancro da próstata em estágio T1 (a) ou T1 (b), excluindo-se o estágio T1 (c), de acordo com a Classificação TNM, ou outra classificação equivalente ou menor;
- Micro Carcinoma Papilar da Tiróide ou da Bexiga cujo estágio seja menor a T2N0M0 sem metástases;
- Leucemia Linfocítica Crónica inferior ou igual ao RAI estágio 1;
- Doença de Hodgkin estágio 1.

1.3. Caso a Doença Grave venha sucessivamente a evoluir até se caracterizar conforme definido no item 1.1. da presente Cláusula, o Segurador garante o pagamento antecipado do restante 30% do capital.

1.4. Em todos os casos, as seguintes situações estão excluídas:

- Tumores que apresentem as alterações malignas do carcinoma in situ (incluindo a displasia do colo uterino CIN-1, CIN-2 e CIN-3) ou que sejam histologicamente descritos como pré-malignos ou não invasivos.
- Todos os tumores cutâneos, incluindo hiperqueratoses, basaliomas, carcinomas espino-celulares e melanomas de grau IA ou inferior da classificação TNM (espessura máxima $\leq 1,0$ mm, sem ulceração) de acordo com a classificação de 2010, da American Joint Committee of Cancer.

2. Doença Crónica do Fígado

2.1. Definição: Estádio final de insuficiência hepática de acordo com a classificação C e D do diagnóstico Child-Pugh, evidenciado por todos os seguintes sinais:

- Icterícia permanente;
- Ascite;
- Encefalopatia hepática.

2.2. Caso a Doença Grave venha a manifestar-se em fase inicial, como a seguir caracterizada, o Segurador garante o pagamento antecipado de 30% do capital seguro da Cobertura Base do Seguro Principal, limitado a € 100.000,00:

- Estádio B do diagnóstico Child-Pugh;

2.3. Caso a Doença Grave venha sucessivamente evoluir até se caracterizar conforme definido no item 2.1. da presente Cláusula, o Segurador garante o pagamento antecipado do restante 30% do capital.

2.4. Em todos os casos, as seguintes situações estão excluídas:

- Estádio A do diagnóstico Child-Pugh
- Doença hepática secundária ao uso de álcool e/ou uso indevido de drogas.

3. Ataque cardíaco

3.1. Definição: a morte duma porção do músculo cardíaco, provocada por aporte/irrigação inadequada de sangue a essa área. O diagnóstico é aceite se três dos seguintes quatro critérios estiverem presentes:

- História de dor torácica típica.

- Diagnóstico recente de alterações, confirmadas por eletrocardiograma (ECG), de necrose do miocárdio.
- Diagnóstico de aumento de enzimas cardíacas ou troponinas com os seguintes valores, ou maiores:
- Troponina T $> 1,0$ ng/ml.
- Accu Tnl $> 0,5$ ng/ml, ou limiares equivalentes com outros métodos Troponina I.
- Fração de ejeção ventricular esquerda menor que 50%, medida três meses ou mais após o episódio. A análise deve mostrar um enfarte agudo de miocárdio definitivo e o diagnóstico deve ser confirmado por um cardiologista.

3.2. Caso a Doença Grave venha a manifestar-se em fase inicial, como a seguir caracterizada, o Segurador garante o pagamento antecipado de 30% do capital seguro da Cobertura Base do Seguro Principal, limitado a € 100.000,00: O diagnóstico é aceite se dois dos seguintes três critérios estiverem presentes:

- História de dor torácica típica.
- Diagnóstico recente de alterações, confirmadas por eletrocardiograma (ECG), de necrose do miocárdio.
- Diagnóstico de aumento de enzimas cardíacas ou Troponinas acima dos valores normais de laboratório.

3.3. Caso a Doença Grave venha sucessivamente evoluir até se caracterizar conforme definido no item 3.1. da presente Cláusula, o Segurador garante o pagamento antecipado do restante 30% do capital.

3.4. Em todos os casos, as seguintes situações estão excluídas:

- Angina;
- Outras síndromes coronárias agudas;
- Paralisia/Paraplegia.

4. Paralisia/Paraplegia

4.1. Definição: a perda permanente e total da função de dois ou mais membros, como resultado de uma lesão, ou a doença do cérebro ou da medula espinal (membro é definido como o braço ou a perna completa). A invalidez deve ser permanente, por um período contínuo de 180 dias a partir da data da ocorrência e apoiar-se em evidências neurológicas apropriadas.

4.2. Caso a Doença Grave venha a manifestar-se em fase inicial, como a seguir caracterizada, o Segurador garante o

pagamento antecipado de 30% do capital seguro da Cobertura Base do Seguro Principal, limitado a € 100.000,00:

- Perda total e irreversível do uso de um membro completo devido a doença ou acidente.

A invalidez deve ser permanente, por um período contínuo de 180 dias a partir da data da ocorrência e apoiar-se em evidências neurológicas apropriadas.

4.3. Caso a Doença Grave venha sucessivamente evoluir até se caracterizar conforme definido no item 4.1. da presente Cláusula, o Segurador garante o pagamento antecipado do restante 30% do capital.

4.4. Em todos os casos, estão excluídas as situações de ferimentos auto-infligidos ou negligentes, definidos esses como o ato de omissão ou acção que poderia ter sido praticado de modo a evitar a produção de lesão ou danos resultantes dos mesmos.

5. Acidente Vascular Cerebral

5.1. Definição: um repentino início de défice neurológico focal, devido a um acidente vascular cerebral, incluindo enfarte de tecido cerebral, hemorragia de um vaso intracraniano ou embolização de origem extracraniana resultando no seguinte:

- Sintomas com duração superior a 24 horas;
- Perda permanente de função motora ou sensitiva, ou perda da fala; e
- Dano neurológico permanente.

É condição que, a existência da lesão neurológica permanente seja confirmada por médico neurologista, nos primeiros 180 dias após o evento, não se aceitando nenhuma participação anterior ao referido prazo. É obrigatório que as participações sejam confirmadas por estudos imagiológicos como TAC ou RMN.

5.2. Em todos os casos, as seguintes situações estão excluídas:

- Ataques isquémicos transitórios.
- Incidentes de que resultem alterações da memória ou personalidade.
- Sintomas cerebrais devidos a enxaquecas.
- Lesões cerebrais como resultado de trauma ou hipoxia.

- Doença vascular isquémica que afecte o(s) olho(s), nervo(s) óptico(s) ou sistema vestibular.

6. Transplante Maior de Órgãos

6.1. Definição: o procedimento, como receptor, de um transplante de humano para humano de:

- Medula óssea humana, utilizando células germinativas hematopoiéticas, precedidas por ablação total da medula óssea; ou
- Um dos seguintes órgãos humanos: coração, pulmão, fígado, rim, pâncreas, que resultem de insuficiência terminal irreversível do respectivo órgão.
- Inclusão numa lista de espera oficial para a realização desse procedimento.

O transplante deve ser Medicamente Necessário e baseado em confirmação objectiva da insuficiência do órgão.

6.2. Em todos os casos, estão excluídas as situações de transplante de todos os outros órgãos, partes de órgãos ou quaisquer outros transplantes de tecidos ou células.

7. Cegueira

7.1. Definição: a perda total e irreversível da visão em ambos os olhos, como resultado de doença ou acidente.

A cegueira deve ser confirmada por um oftalmologista nomeado pelo Segurador.

7.2. Nenhum benefício será pago caso as ajudas, dispositivos, ou implantes resultem na restauração parcial ou total da visão.

8. Surdez

8.1. Definição: a perda total da audição para todos os sons em ambas as orelhas. A evidência médica deve ser fornecida por um Otorrinolaringologista e incluir teste audiométrico e de limiar da audição.

8.2. Nenhum benefício será pago caso as ajudas auditivas, dispositivos, ou implantes resultem na restauração parcial ou total da audição.

9. Cirurgia de Bypass Coronário

9.1. Definição: uma cirurgia de coração aberto para corrigir o estreitamento ou bloqueio para, duas ou mais artérias coronárias através de um enxerto de Bypass.

9.2. Em todos os casos, estão excluídas as situações de intervenções coronárias percutâneas, como a angioplastia e todas as intervenções invasivas baseadas em técnicas de cateterismo ou procedimentos a laser.

10. Coma

10.1. Definição: um estado de inconsciência sem reação a estímulos externos ou necessidades internas, persistindo continuamente com a utilização de sistemas de suporte à vida, por um período de pelo menos 1 mês e do qual resulte em déficit neurológico permanente. O diagnóstico deve ser suportado por neurologista.

10.2. Em todos os casos, estão excluídas as situações de coma causado pelo álcool e/ou drogas e/ ou abuso de medicamentos.

11. Tumor Benigno no Cérebro

11.1. Definição: um tumor não maligno do cérebro dando origem a sinais característicos de aumento da pressão intracraniana, como papiledema sintomas mentais, convulsões e deficiência sensorial ou motora confirmados por um neurologista, resultando em risco de vida e/ou Déficit Neurológico Permanente.

A presença do tumor subjacente deve ser confirmada por exame imagiológicos, como tomografia computadorizada ou ressonância magnética.

11.2. Em todos os casos, estão excluídas as situações de Cistos, calcificações, granulomas, malformações em ou das artérias ou veias do cérebro, hematomas e tumores na glândula pituitária ou da medula espinhal.

12. Cirurgia Valvular Cardíaca

12.1. Definição: o procedimento de cirurgia de coração aberto, para substituir ou reparar uma ou mais válvulas cardíacas, como consequência de defeitos ou malformações das válvulas cardíacas.

O diagnóstico de anomalias das válvulas cardíacas deve ser baseado em cateterismo cardíaco ou ecocardiograma e o procedimento deve ser considerado medicamente necessário por um cardiologista.

12.1. Em todos os casos, estão excluídas as situações de cirurgias de coração não aberto substituição de próteses valvulares estão especificamente excluídas.

13. Cirurgia da Aorta

13.1. Definição: o procedimento cirúrgico através de Toracotomia ou Laparotomia por doenças da Aorta que necessitem de reparação ou substituição cirúrgica da Aorta doente com uma prótese ou enxerto.

Relacionados com esta definição, Aorta significa a Aorta Torácica e Abdominal mas não os seus ramos.

13.2. Em todos os casos, estão excluídas as situações de lesões traumáticas da Aorta e os procedimentos cirúrgicos efectuados utilizando só técnicas endoarteriais estão especificamente excluídos.

14. Insuficiência Renal

14.1. Definição: Insuficiência renal terminal, que se apresenta como uma insuficiência crónica irreversível do funcionamento de ambos os rins, de que resulta a necessidade da instituição regular a longo prazo de diálise renal.

15. Queimaduras Graves

15.1. Definição: lesão tecidual causada por agentes térmicos, eléctricos ou químicos causando queimaduras de terceiro grau ou de espessura total da pele em, pelo menos, 20% da área de superfície do corpo, conforme medido pela Regra de 9 ou pela Tabela Lund-Browder para determinação da superfície do corpo queimada. Queimadura de terceiro grau significa queimadura de espessura total da pele, envolvendo todos os elementos epiteliais da pele e necessitando de enxerto de pele.

15.2. Em todos os casos, estão excluídas as situações de queimaduras auto-infligidas ou negligentes, definidas essas como o ato de omissão ou acção que poderia ter sido praticado de modo a evitar a produção de queimaduras graves ou danos resultantes das mesmas.

16. Trauma Encefálico Grave

16.1. Definição: ferimento na cabeça accidental resultante em Déficit Neurológico Permanente. O diagnóstico deve ser certificado por um neurologista, não antes de 180 dias a partir da data da ocorrência desta doença grave e confirmado por exames de imagem, como tomografia computadorizada ou ressonância magnética.

16.2. Em todos os casos, estão excluídas as situações de traumas auto-infligidos ou negligentes, definidos esses como o ato de omissão ou acção que poderia ter sido praticado de modo a evitar a produção de traumas ou danos resultantes dos mesmos.

17. Doença de Parkinson

17.1. Definição: a doença degenerativa, lentamente progressiva, do sistema nervoso central resultante da perda de pigmento contendo neurónios do cérebro (substantia-nigra). Deve ser fornecido diagnóstico inequívoco da doença de Parkinson efectuado por um neurologista confirmando que a condição não pode ser controlada com medicação e que o mesmo mostra sinais de compromisso progressivo. Além disso, uma avaliação de "Actividades de Vida Diária" deve confirmar a incapacidade permanente da Pessoa Segura para executar sem ajuda ou assistência, pelo menos, três das "Actividades de Vida Diária", certificadas e ainda existentes após, pelo menos, 180 dias a partir da data da ocorrência desta doença grave.

17.2. À excepção da doença de Parkinson idiopática, em todos os casos, estão excluídas as situações de Doença de Parkinson aquela induzida por drogas, causas tóxicas ou outras causas do parkinsonismo.

18. Perda da Fala

18.1. Definição: a perda total, permanente e irreversível da capacidade de falar, como resultado de um acidente ou doença, a decorrer por um período contínuo de 12 (doze) meses. A evidência médica deve ser fornecida por um Otorinolaringologista a confirmar a lesão ou doença das cordas vocais. A condição não deve ser passível de ser corrigida através de um procedimento médico.

18.1. Em todos os casos, estão excluídas as causas relacionadas com o foro psiquiátrico.

19. Perda de Membros

19.1. Definição: a perda permanente e total por separação física de pelo menos dois membros acima do pulso ou tornozelo.

19.2. Em todos os casos, estão excluídas as situações de lesões que são auto-infligidas ou negligentes, definidas essas como o ato de omissão ou acção que poderia ter sido praticado de modo a evitar a produção de perda de membros.

20. Doença Neurológica Motora

20.1. Definição: Doença Neurológica Motora de etiologia desconhecida, caracterizada pela degeneração progressiva do trato corticoespinhal e das células do corno anterior ou dos neurónios bulbares eferentes, incluindo atrofia muscular espinhal, paralisia bulbar progressiva, esclerose lateral amiotrófica e esclerose lateral primária. Deve ser fornecido diagnóstico inequívoco por um neurologista como sendo progressiva e resultando em danos irreversíveis ao sistema

nervoso. Uma ressonância magnética pode ser requerida para excluir outras doenças.

21. Demência incluindo a doença de Alzheimer / doença cerebral orgânica irreversível degenerativa

21.1. Definição: deterioração ou perda de capacidade intelectual ou comportamento anormal devido à falha global e irreversível do funcionamento do cérebro, como evidenciado pelo estado clínico e questionários padronizados legítimos e aceites ou testes, decorrente da doença de Alzheimer ou de distúrbios orgânicos irreversíveis do cérebro, excluindo neurose, doença psiquiátrica e qualquer desordem orgânica devido a droga ou álcool, resultando em redução significativa no funcionamento mental e social que exigia o controlo permanente sobre a Pessoa Segura. O diagnóstico deve ser confirmado clinicamente por um neurologista e pelo menos um dos seguintes critérios de diagnósticos devem ser atendidos:

A. Atrofia total do córtex cerebral confirmada por tomografia computadorizada (TAC) ou ressonância magnética (RMN);

B. Incapacidade permanente da Pessoa Segura para executar sem ajuda ou assistência, pelo menos, três das "Actividades de Vida Diária", certificadas e ainda existente após, pelo menos, 180 dias a partir da data da ocorrência desta Doença Grave.

22. Esclerose Múltipla

22.1. Definição: a esclerose múltipla caracteriza-se por áreas de desmielinização do sistema nervoso central. O diagnóstico deve ser feito por um médico neurologista. O diagnóstico deve ser confirmado por tomografia computadorizada ou ressonância magnética evidenciando lesões do sistema nervoso central. Estão excluídas as doenças do sistema nervoso central devido a outras causas (por exemplo, doenças dos vasos sanguíneos ou doenças bacterianas ou virais). A documentação da doença por parte de neurologista deve demonstrar deficiência neurológica permanente, que deve ser diagnosticada não antes de 180 dias a partir da data da ocorrência desta Doença Grave.

CLÁUSULA 3.ª Período de Carência

A partir da data de efeito ou da data do aumento do capital seguro ou ainda da data de reposição em vigor do contrato, a presente cobertura complementar só se torna efectiva depois de decorrido um período de 180 dias para os casos previstos nos itens:

1. Cancro;
2. Doença Crónica do Fígado;
6. Transplante Maior de Órgãos;
11. Tumor Benigno no Cérebro;
17. Doença de Parkinson;
20. Doença Neurológica Motora;
21. Demência incluindo a doença de Alzheimer;
22. Esclerose Múltipla.

Ou de 90 dias para as demais Doenças Graves previstas na Cláusula 2.^a.

CLÁUSULA 4.^a **Exclusões**

Para além das Exclusões previstas na cláusula 4.^a das Condições Gerais são aplicáveis a esta Condição Especial também as exclusões a seguir especificadas:

- A.** Quaisquer anomalias congénitas e pré-existências.
- B.** Qualquer doença profissional, excepto as que foram comunicadas e aceites pelo Segurador aquando da subscrição do seguro.
- C.** Recusa de se submeter ao tratamento aconselhado ou prescrito pelo médico.
- D.** Abuso de consumo de álcool e/ou medicamentos.
- E.** Abuso de consumo de substâncias estupefacientes e/ou tóxicas.
- F.** Exposição intencional ao perigo quer esteja mentalmente são ou não.
- G.** Qualquer doença ou infecção por HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) ou variação do mesmo ou qualquer tratamento ou teste relacionados com a SIDA.

Considera-se estado de infecção quando as análises ao sangue indicarem quer a presença do vírus acima mencionado quer dos seus anticorpos.

CLÁUSULA 5.^a **Data da Ocorrência da Doença Grave**

É a data em que a Doença Grave é diagnosticada, devidamente documentada por relatório circunstanciado e descritivo de médico assistente da área de especialidade previsto nos números da Cláusula 2.^a.

CLÁUSULA 6.^a **Documentos que Devem Acompanhar o Pedido de Liquidação das Importâncias Seguras**

- 1.** O Tomador ou a Pessoa Segura deverá comunicar por carta registada ao Segurador, no prazo máximo de 60 dias a partir da data do diagnóstico, que sofre de alguma de Doença Grave prevista na presente na Condição Especial acompanhada da seguinte documentação:
 - A.** Certidão de nascimento ou bilhete de identidade da Pessoa Segura.
 - B.** Relatório médico previsto na Cláusula 5.^a.
- 2.** A falta de comunicação dentro do prazo estabelecido no ponto 1. desta cláusula reserva ao Segurador o direito da não liquidação do capital seguro.
- 3.** O Segurador reserva-se o direito de, em qualquer altura, proceder às averiguações que entender necessárias para a verificação da Doença Grave da Pessoa Segura, nomeadamente, mandando-a examinar por médico ou médicos por si designados, sendo de conta do Segurador todas as despesas destes exames.

CLÁUSULA 7.^a **Liquidação das Importâncias Seguras**

- 1.** O Segurador obriga-se a verificar o direito ao pagamento do capital seguro por esta cobertura complementar dentro de 30 dias após a data de recepção de toda a documentação requerida, em conformidade com a cláusula 6.^a.
- 2.** Em caso de morte da Pessoa Segura causada pela Doença Grave antes do Segurador ter verificado o direito ao pagamento do capital seguro pela cobertura de Doenças Graves, a liquidação da importância segura será considerada ao abrigo da cobertura do Seguro Principal, implicando o pagamento do capital do seguro principal aos Beneficiários designados.
- 3.** Na falta de acordo entre as partes, uma comissão de peritos decidirá o litígio. Esta comissão será constituída por um médico indicado pelo Segurador, por um indicado pelo Tomador e por um terceiro escolhido de comum acordo pelos médicos das partes. Cada uma delas suportará as despesas e honorários do seu médico; as despesas e honorários do perito de desempate serão repartidas em proporção igual por ambas as partes.

CLÁUSULA 8.^a**Actualização das Garantias**

As garantias da cobertura de Doenças Graves são válidas por um período de 5 anos, findo o qual o Segurador poderá propor, com 30 dias de antecedência à data de renovação, alterações quanto à definição e extensão das garantias de forma a que essas: a) permaneçam actualizadas na terminologia e classificação médicas; b) venham a incluir as doenças consideradas graves num futuro.

CLÁUSULA 9.^a**Cessação das Coberturas**

A cobertura complementar Doenças Graves não é cumulável com a cobertura de Invalidez Absoluta e Definitiva ou de Invalidez Total e Permanente, pelo que se for diagnosticada uma das Doenças Graves previstas na Cláusula 2.^a desta Condição Especial e simultaneamente reconhecido o estado de Invalidez Absoluta e Definitiva ou de Invalidez Total e Permanente, haverá lugar apenas ao pagamento do capital seguro ao abrigo da cobertura complementar de Invalidez Absoluta e Definitiva ou de Invalidez Total e Permanente cessando, desta forma, todas as coberturas do contrato, ficando o mesmo resolvido para todos os efeitos.

Condição Especial 05

Cobertura Complementar de Doenças Oncológicas do Foro Ginecológico (Com Liberação do Pagamento de Prémios da Cobertura de Morte)

CLÁUSULA 1.^a**Objeto da Cobertura**

1. Em caso de ocorrência pela primeira vez de Doença Oncológica do Foro Ginecológico, especificamente caracterizada nesta Condição Especial, manifestada na Pessoa Segura durante a vigência do contrato, o Segurador garante pela presente cobertura complementar o **pagamento antecipado de 60% do capital seguro da Cobertura Base do Seguro Principal**, conforme definido nas Condições Particulares.

1.1. Com o pagamento do capital previsto na cobertura complementar de Doenças Oncológicas do Foro Ginecológicos, cessam todas as coberturas do contrato com a excepção da **Cobertura Base do Seguro Principal**, apenas pelo valor remanescente não antecipado (40%) e para o qual não será devido nenhum prémio até a sua data de vencimento.

2. O pagamento antecipado de 60% do capital seguro da Cobertura Base do Seguro Principal poderá ser realizado parcialmente e em diferentes momentos dependendo do nível de severidade manifestado pela Doença Oncológica do Foro Ginecológico.

2.1. O pagamento parcial reduz pelo mesmo valor o capital seguro da Cobertura Base do Seguro Principal e das demais Coberturas Complementares, sendo que os respectivos novos valores serão informados por meio de Acta.

3. O capital seguro é liquidável na sua totalidade uma única vez, ainda que se diagnostique na Pessoa Segura mais do que uma Doença Oncológica do Foro Ginecológico, na mesma data ou em datas distintas.

4. A duração da cobertura é igual ao prazo de pagamento de prémios do Seguro Principal, cessando, porém, aos 65 anos de idade da Pessoa Segura.

CLÁUSULA 2.^a **Definição de Doenças Oncológicas do Foro Ginecológico e pagamentos pelo Segurador**

1. Para efeito desta cobertura complementar consideram-se Doenças Oncológicas do Foro Ginecológico a presença de um tumor maligno na mama ou no aparelho genital feminino (útero, colo do útero e ovários), caracterizado pelo crescimento incontrolado e difusão de células malignas e a invasão e destruição dos tecidos normais. O diagnóstico de cancro deve ser efectuado por um patologista e baseado na evidência histológica de malignidade.

1.1. Caso a Doença Oncológica do Foro Ginecológico venha manifestar-se em sua fase inicial, caracterizada como Câncer de mama em estágio T1, o Segurador garante o pagamento antecipado de 30% do capital seguro da Cobertura Base do Seguro Principal, limitado a € 100.000,00:

1.2. Caso a Doença Oncológica do Foro Ginecológico venha sucessivamente evoluir até se caracterizar conforme definido no item 1. da presente Cláusula, o Segurador garante o pagamento antecipado do restante 30% do capital.

1.3. Em todos os casos, as seguintes situações estão excluídas:

- Tumores que apresentem as alterações malignas do carcinoma in situ (incluindo a displasia do colo uterino CIN-1, CIN-2 e CIN-3) ou que sejam histologicamente descritos como pré-malignos ou não invasivos.

CLÁUSULA 3.^a **Período de Carência**

A partir da data de efeito ou da data do aumento do capital seguro ou ainda da data de reposição em vigor do contrato, essa cobertura complementar só se torna efectiva depois de decorrido um período de 180 dias.

CLÁUSULA 4.^a **Exclusões**

Para além das Exclusões previstas no artigo 4.º das Condições Gerais são aplicáveis a esta Condição Especial também as exclusões a seguir especificadas:

- A.** Quaisquer anomalias congénitas e pré-existências.
- B.** Qualquer doença profissional, exceto as que foram comunicadas e aceites pelo Segurador aquando da subscrição do seguro.
- C.** Recusa de se submeter ao tratamento aconselhado ou prescrito pelo médico.
- D.** Abuso de consumo de álcool e/ou medicamentos.
- E.** Abuso de consumo de substâncias estupefacentes e/ou tóxicas.
- F.** Exposição intencional ao perigo, quer esteja mentalmente são ou não.
- G.** Qualquer doença ou infeção por HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) ou variação do mesmo, ou qualquer tratamento ou teste relacionados com a SIDA.

Considera-se estado de infeção quando as análises ao sangue indicarem quer a presença do vírus acima mencionado quer dos seus anticorpos.

CLÁUSULA 5.^a **Data da Ocorrência da Doença Oncológica do Foro Ginecológico**

É a data em que a Doença Oncológica do Foro Ginecológico é diagnosticada, devidamente documentada por relatório circunstanciado e descritivo de médico assistente da área de especialidade previsto nos números da Cláusula 2.^a.

CLÁUSULA 6.^a**Documentos que Devem Acompanhar o Pedido de Liquidação das Importâncias Seguras**

1. O Tomador ou a Pessoa Segura deverá comunicar por carta registada ao Segurador, no prazo máximo de 60 dias a partir da data do diagnóstico, que sofre de Doença Oncológica do Foro Ginecológico prevista na presente na Condição Especial acompanhada da seguinte documentação:

A. Certidão de nascimento ou bilhete de identidade da Pessoa Segura.

B. Relatório médico previsto na Cláusula 5.^a.

2. A falta de comunicação dentro do prazo estabelecido no ponto 1. desta cláusula reserva ao Segurador o direito da não liquidação do capital seguro.

3. O Segurador reserva-se o direito de, em qualquer altura, proceder às averiguações que entender necessárias para a verificação da Doença Oncológica do Foro Ginecológico da Pessoa Segura, nomeadamente, mandando-a examinar por médico ou médicos por si designados, sendo de conta do Segurador todas as despesas destes exames.

CLÁUSULA 7.^a**Liquidação das Importâncias Seguras**

1. O Segurador obriga-se a verificar o direito ao pagamento do capital seguro por esta cobertura complementar dentro de 30 dias após a data de recepção de toda a documentação requerida, em conformidade com a cláusula 6.^a.
2. Em caso de morte da Pessoa Segura causada pela Doença Oncológica do Foro Ginecológico antes do Segurador ter verificado o direito ao pagamento do capital seguro pela cobertura de Doenças Oncológicas do Foro Ginecológicos, a liquidação da importância segura será considerada ao abrigo da cobertura do Seguro Principal, implicando o pagamento do capital do seguro principal aos Beneficiários designados.
3. Na falta de acordo entre as partes, uma comissão de peritos decidirá o litígio. Esta comissão será constituída por um médico indicado pelo Segurador, por um indicado pelo Tomador e por um terceiro escolhido de comum acordo pelos médicos das partes. Cada uma delas suportará as despesas e honorários do seu médico; as despesas e honorários do perito de desempate serão repartidas em proporção igual por ambas as partes.

CLÁUSULA 8.^a**Atualização das Garantias**

As garantias da cobertura de Doenças Oncológica do Foro Ginecológicos são válidas por um período de 5 anos, findo o qual o Segurador poderá propor, com 30 dias de antecedência à data de renovação, alterações quanto à definição e extensão das garantias de forma a que essas: a) permaneçam actualizadas na terminologia e classificação médicas; b) venham a incluir as doenças consideradas Oncológica do Foro Ginecológicos num futuro.

CLÁUSULA 9.^a**Cessação das Coberturas**

A cobertura complementar Doenças Oncológicas do Foro Ginecológico não é cumulável com a cobertura de Invalidez Absoluta e Definitiva ou de Invalidez Total e Permanente, pelo que se for diagnosticada uma das Doenças Oncológicas do Foro Ginecológico previstas na Cláusula 2.^a desta Condição Especial e simultaneamente reconhecido o estado de Invalidez Absoluta e Definitiva ou de Invalidez Total e Permanente, haverá lugar apenas ao pagamento do capital seguro ao abrigo da cobertura complementar de Invalidez Absoluta e Definitiva ou de Invalidez Total e Permanente cessando, desta forma, todas as coberturas do contrato, ficando o mesmo resolvido para todos os efeitos.

Condição Especial 06

Cobertura Complementar de Morte por Acidente

CLÁUSULA 1.^a**Objeto da Cobertura**

1. Em caso de morte da Pessoa Segura ocorrida imediatamente ou no decurso de doze meses a contar da data de um acidente, o Segurador, além do pagamento previsto pela Cobertura Base do Seguro Principal, garante o pagamento de um Capital adicional, definido nas Condições Particulares.
2. A duração da cobertura é igual ao prazo de pagamento de prémios do Seguro Principal, cessando, porém, aos 70 anos de idade da Pessoa Segura.
3. Para efeito desta cobertura complementar define-se acidente como:

Todo o acontecimento fortuito, súbito e anormal devido a causa exterior e estranha à vontade da Pessoa Segura e que nesta origine lesões corporais. Deverá ainda ter-se em conta o seguinte:

- A. Consideram-se originadas por acidente as lesões corporais causadas por inalação involuntária de gases ou vapores, o afogamento e as infeções e envenenamentos consecutivos a um acidente.
 - B. Se a morte for imputável, simultaneamente, a um acidente e a doença, o capital seguro será reduzido na proporção em que a doença para que ela tenha contribuído. Será contudo integralmente pago se a morte for imputável ao acidente numa percentagem igual ou superior a 75%. Ficam cobertos os acidentes ocorridos em qualquer parte do mundo.
4. Com o pagamento do Capital previsto na cobertura complementar de Morte por Acidente, cessam todas as coberturas do contrato, ficando o mesmo resolvido para todos os efeitos.

CLÁUSULA 2.^a**Exclusões**

1. São aplicáveis a esta Condição Especial as Exclusões previstas na cláusula 4.^a das Condições Gerais e ainda quando a Morte da Pessoa Segura seja devido:
 - A. Acidentes anteriores à data de entrada em vigor desta cobertura complementar.
 - B. Acidentes causados por tufões, furacões, ciclones, inundações, maremotos, sismos e erupções vulcânicas.
 - C. Condução ou utilização como passageiro de veículos motorizados de duas rodas.
 - D. Intervenções cirúrgicas que não sejam necessárias por força do acidente.
 - E. Doenças de qualquer natureza, incluindo os acidentes cardiovasculares.
 - F. Doenças e consequências de perturbações psíquicas nervosas ou epilépticas de qualquer natureza.
2. A pedido do Tomador, a cobertura garantida por esta cobertura complementar pode ser extensiva aos casos previstos nas alíneas b) e c), mediante convenção especial e pagamento de sobreprémio que o Segurador estabeleça.

CLÁUSULA 3.^a**Documentos que Devem Acompanhar o Pedido de Liquidação das Importâncias Seguras**

1. São considerados imprescindíveis à análise e pagamento do capital seguro os seguintes documentos:
 - A. Certidão de nascimento ou bilhete de identidade da Pessoa Segura.
 - B. Documento comprovativo da identidade e da identificação fiscal dos Beneficiários.
 - C. Certificado de óbito da Pessoa Segura.
 - D. Assento de óbito da Pessoa Segura.
 - E. Auto de ocorrência.
 - F. Certidão da escritura de habilitação de herdeiros ou certidão do processo de inventário, se a este houver

lugar e desde que determinante para a regularização do benefício.

2. Sem prejuízo do disposto no número anterior, o Segurador reserva-se o direito de solicitar outros documentos que, relacionados com o acontecimento suscetível de provocar o funcionamento das garantias contratuais, concorram para o seu completo esclarecimento.

CLÁUSULA 4.^a **Liquidação das Importâncias Seguras**

Para o pedido de liquidação das importâncias seguras ter-se-á em conta o que a este respeito se refere na cláusula 29.^a das Condições Gerais do Seguro Principal.

Condição Especial 07

Cobertura Complementar de Morte por Acidente de Circulação

CLÁUSULA 1.^a **Objeto da cobertura**

1. Em caso de morte da Pessoa Segura ocorrida imediatamente ou no decurso de doze meses a contar da data de um Acidente de Circulação, o Segurador, além do pagamento previsto pela Cobertura Base do Seguro Principal e da cobertura de morte por acidente, garante o pagamento de um Capital adicional, definido nas Condições Particulares.
2. Para efeito desta cobertura complementar considera-se Acidente de Circulação o que possa sobrevir à Pessoa Segura como peão na via pública logo que o acidente seja causado por um veículo em circulação, como condutor ou passageiro de veículos de automóveis ligeiros ou como passageiro de transportes públicos terrestres, marítimos ou aéreos.
3. Esta cobertura complementar não pode ser dissociada da cobertura complementar de morte por acidente, pelo que lhe são aplicáveis as disposições constantes das Condições Especiais daquela cobertura complementar desde que não contrariem os parágrafos acima expressos.
4. Com o pagamento do Capital previsto na cobertura complementar de Morte por Acidente de Circulação, cessam todas as coberturas do contrato, ficando o mesmo resolvido para todos os efeitos.

Condição Especial 08

Cobertura Complementar de Diária de Hospitalização em Caso de Acidente

D. Documentos com indicação das datas de internamento.

2. em prejuízo do disposto no número anterior, o Segurador reserva-se o direito de solicitar outros documentos que, relacionados com o acontecimento susceptível de provocar o funcionamento das garantias contratuais, concorram para o seu completo esclarecimento.

CLÁUSULA 1.^a

Objeto da Cobertura

1. Em caso de internamento da Pessoa Segura em hospital ou clínica, como consequência de acidente, o Segurador garante o pagamento da Diária indicada nas Condições Particulares.
2. O número de dias máximo indemnizável por anuidade desta cobertura complementar é de 360, quer resulte de um ou mais acidentes.
3. A duração da cobertura é igual ao prazo de pagamento de prémios do Seguro Principal, cessando, porém, aos 70 anos de idade da Pessoa Segura.

CLÁUSULA 2.^a

Documentos que devem acompanhar o pedido de liquidação das importâncias seguras

1. São considerados imprescindíveis à análise e pagamento do capital seguro, os seguintes documentos:
 - A. Certidão de Nascimento ou Bilhete de Identidade da Pessoa Segura;
 - B. Documento comprovativo da Identidade e da Identificação Fiscal dos Beneficiários;
 - C. Auto de ocorrência;



Generali Vida – Companhia de Seguros S.A.

Sede: Rua Duque de Palmela, n.º 11

1269-270 Lisboa

Tel.: 213 112 800

Email: generalivida@generali.pt

generali.pt

Relatório sobre a solvência e a situação financeira

O relatório anual sobre a solvência e a situação financeira da Generali Vida – Companhia de Seguros S.A. está publicado na internet em **www.generali.pt**

Linha de Apoio ao Cliente: 213 504 300

Disponível de 2.ª a 6.ª das 9h00 às 18h00