

Entre a Generali Seguros, S.A. e o Tomador do Seguro mencionado nas Condições Particulares, estabelece-se o presente Contrato de seguro de vida individual, na modalidade temporária anual renovável, que se regula pelas Condições Gerais, Especiais e Particulares da Apólice, de harmonia com as declarações constantes da Proposta que lhe serviu de base e da qual faz parte integrante.

1. DEFINIÇÕES

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

- a) **Segurador:** Generali Seguros, S.A.;
 - b) **Tomador do Seguro:** a entidade que celebra o Contrato com o Segurador, sendo responsável pelo pagamento dos prémios;
 - c) **Pessoa(s) Segura(s)/Segurado(s):** a(s) pessoa(s) sujeita(s) aos riscos que, nos termos acordados, são objeto deste Contrato;
 - d) **Beneficiário:** a entidade a favor da qual é celebrado o presente Contrato;
 - e) **Apólice:** documento que titula o Contrato celebrado entre o Tomador do Seguro e o Segurador, de onde constam as respetivas Condições Gerais, Especiais e Particulares acordadas e atas adicionais se as houver;
 - f) **Condições Gerais:** conjunto de cláusulas que definem e regulamentam obrigações genéricas e comuns ao contrato de seguro;
 - g) **Condições Especiais:** conjunto de cláusulas que visam esclarecer, completar ou especificar disposições das Condições Gerais;
 - h) **Condições Particulares:** documento onde se encontram os elementos específicos e individuais do Contrato, que o distinguem de todos os outros;
 - i) **Ata Adicional:** documento que titula uma alteração do Contrato;
 - j) **Prémio:** é a importância paga pelo Tomador do Seguro ao Segurador como contrapartida das garantias estabelecidas;
 - k) **Idade Atuarial:** idade do Segurado/Pessoa Segura à data de início da adesão ao Contrato ou da renovação do mesmo, acrescida de um (1) ano se tiver decorrido mais de seis (6) meses sobre a data do último aniversário.
- 1.2. Sempre que a interpretação do texto o permita, o masculino englobará o feminino e o singular o plural e vice-versa.

2. GARANTIAS DO CONTRATO

2.1. Ao abrigo do presente Contrato, o Segurador garante ao abrigo da **Cobertura Principal de Morte**, o pagamento do capital seguro indicado nas Condições Particulares da Apólice aos Beneficiários aí designados, em caso de morte do Segurado/Pessoa Segura (ou de um (1) dos Segurados/Pessoas Seguras, no caso do seguro ser sobre duas (2) vidas) ocorrida durante a vigência da Apólice.

2.2. Para além da Cobertura Principal de Morte, ao abrigo do presente Contrato poderão igualmente ficar garantidas, nas condições e termos definidos nas Condições Especiais anexas às presentes Condições Gerais, quando subscritas pelo Segurado/Pessoa Segura e expressamente previstas nas Condições Particulares da Apólice, as **Coberturas Complementares** de:

- a) **Invalidez Absoluta e Definitiva (IAD)** em consequência de acidente ou doença;
- b) **Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível (IDPAC 60% ou IDPAC 65%)** por doença ou acidente;
- c) **Doenças Graves Base (DGB);**
- d) **Doenças Graves Plus (DG Plus);**
- e) **Doenças Graves 16 (DG 16);**
- f) **Doenças Graves 27 (DG 27);**
- g) **Despesas de Hospitalização Extra Care;**
- h) **Tratamento de Doenças Graves Extra Care;**
- i) **Incapacidade Temporária Absoluta (ITA)** por doença ou acidente;
- j) **Morte por Acidente (MA);**
- k) **Morte por Acidente de Circulação (MAC);**
- l) **Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível por Acidente (60 ou 65%);**
- m) **Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível por Acidente de Circulação (60% ou 65%);**
- n) **Renda Educação;**
- o) **Segunda Opinião Médica;**
- p) **Assistência à Família;**
- q) **Rede Bem-Estar.**

2.3. Mediante prévia comunicação ao Segurador e desde que por este expressamente aceite, a cobertura de Morte e as Coberturas Complementares que eventualmente tenham sido contratadas poderão igualmente ficar garantidas em consequência de doença ou acidente motivado por riscos políticos e riscos de guerra.

2.4. Quando o Segurado/Pessoa Segura se deslocar para zonas geográficas consideradas de alto risco político ou de guerra e pretenda garantir estes riscos, a comunicação referida no ponto 2.3. dirigida ao Segurador, deverá ser feita previamente ao início da viagem, sob pena do pedido não ser objeto de análise por parte deste e de suspensão da cobertura relativamente a essa deslocação.

2.5. Quando, no início ou no decurso da anuidade, for solicitada a inclusão dos riscos referidos no ponto 2.3., e os mesmos sejam aceites pelo Segurador, haverá lugar ao pagamento de um prémio adicional por parte do Tomador do Seguro.

2.6. Os riscos políticos ou de guerra não serão em caso algum aceites quando o Segurado/Pessoa Segura fizer, voluntária ou obrigatoriamente, parte das forças armadas ou assimiladas - formações paramilitares - e participar em missões de paz no estrangeiro, em operações de guerra ou hostilidade de qualquer natureza.

2.7. São consideradas zonas geográficas de risco qualquer país que se encontre em situação de conflito político e social.

2.8. Sem prejuízo do disposto nos pontos anteriores, o Segurado/Pessoa Segura deverá, previamente ao início de qualquer deslocação ao estrangeiro comunicar tal facto ao Segurador se a mesma tiver duração igual ou superior a trinta (30) dias, quando o local de destino não se enquadrar numa das seguintes áreas geográficas: Europa, Canadá, Estados Unidos da América, Japão e Oceânia, sob pena da mesma não ficar coberta.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. A cobertura de Morte prevista ao abrigo deste contrato terá efeito seja qual for a causa da mesma, exceto nos casos em que o falecimento seja provocado por:

- a) Ato doloso de que o Tomador do Seguro, Segurado/Pessoa Segura ou Beneficiário sejam autores materiais ou morais ou de que tenham sido cúmplices e que se traduzam na ativação das coberturas contratadas;
- b) Suicídio do Segurado/Pessoa Segura sempre que este se verifique no decorrer do primeiro (1.º) ano de adesão à Apólice ou no primeiro (1.º) ano imediatamente a seguir à data de qualquer aumento do capital seguro ou subscrição de novas garantias;
- c) Participação, como passageiro ou condutor, em corridas de velocidade, para veículos de qualquer natureza, providos ou não de motor e respetivos treinos;
- d) Riscos de aerostação ou de aviação, salvo quando o Segurado/Pessoa Segura for passageiro de avião de carreira comercial de transporte de passageiros, devidamente autorizada pela Comissão Europeia;
- e) Consequências direta ou indiretas de riscos políticos e riscos de guerra, nomeadamente tumultos, revoluções, sequestro, guerra civil ou guerra com país estrangeiro, declarada ou não, insurreição, motins, rixas, terrorismo ou sabotagem conforme definido na Legislação penal portuguesa em vigor, qualquer que seja o lugar em que se desenrolem os acontecimentos e quaisquer que sejam os protagonistas, salvo quando os referidos riscos se encontrem garantidos nos termos previstos no ponto 2.3.;
- f) Prática de desportos a nível profissional ou integrado em campeonatos oficiais e respetivos treinos;
- g) Prática dos seguintes desportos:
 - Alpinismo, escalada e espeleologia;
 - Desportos aéreos, incluindo paraquedismo, voo livre, voo sem motor, parapente, asa-delta, ultra ligeiro, sky diving, sky surfing, base jumping e saltos ou saltos invertidos com mecanismo de suspensão corporal (bungee jumping);
 - Descida em rappel ou slide, descida de correntes originadas por desníveis nos cursos de água;
 - Prática de caça de animais ferozes, tauromaquia, caça submarina e mergulho;
 - Prática de boxe, artes marciais ou qualquer modalidade de luta livre.
- h) Ocorrência de riscos nucleares;
- i) Quadro clínico resultante, direta ou indiretamente, do consumo reiterado, de álcool, drogas tóxicas, estupefacientes ou substâncias psicotrópicas não prescritas clinicamente;
- j) Uso de drogas tóxicas, estupefacientes ou substâncias psicotrópicas não prescritas clinicamente. Considera-se que o Segurado/Pessoa Segura estava sob o efeito de drogas tóxicas, estupefacientes ou substâncias psicotrópicas sempre que seja identificada a presença de qualquer daquelas em circulação no seu organismo ou em qualquer líquido orgânico para os testes de deteção;
- k) Em caso de acidente, o Segurado/Pessoa Segura seja responsável pelo mesmo e tenha acusado uma taxa de alcoolemia superior a 0,50 g/l;
- l) Não se encontram cobertos os riscos devidos a situações pré-existentes à celebração do presente Contrato de seguro – incluindo doença ou sequela de acidente, que tenham sido alvo de investigação clínica e/ou tratamento e que sejam ou que devessem ser do conhecimento do Segurado/Pessoa Segura à data do preenchimento da proposta, bem como as

consequências de qualquer lesão provocada por tratamento não relacionado com doença ou acidente coberto por este Contrato, salvo o caso em que tenha havido comunicação formal ao Segurador e aceitação deste, mediante as condições que, para o efeito tenham sido estabelecidas.

3.2. O risco de morte poderá ser extensivo aos casos previstos nas alíneas c) e g) do ponto 3.1. bem como para os riscos de aerostação e aviação quando o Segurado/Pessoa Segura se encontrar na qualidade de piloto, mediante convenção especial estabelecida com o Segurador para esse efeito e o pagamento do respetivo sobreprémio.

3.3. Sempre que a cobertura fornecida por esta apólice implique a violação de quaisquer embargos ou sanções financeiras ou económicas emitidas pela União Europeia, pelo Conselho de Segurança das Nações Unidas, pelo OFAC (Office of Foreign Assets Control) ou pelo HM Treasury, quando aplicável na ordem jurídica portuguesa, a cobertura será considerada nula, não produzindo quaisquer efeitos.

3.4. Em complemento do disposto no ponto anterior, de acordo com as normas nacionais e internacionais e com as boas práticas de negócio, o Segurador reserva-se o direito de se abster de executar qualquer operação sobre a apólice, que esteja ou que se suspeite estar relacionada com a prática dos crimes de branqueamento de capitais e/ou financiamento ao terrorismo.

4. INCONTESTABILIDADE

4.1. O Tomador do Seguro e o Segurado/Pessoa Segura devem declarar, com inteira veracidade, todos os factos ou circunstâncias que permitam a exata apreciação do risco ou possam influir na aceitação do referido Contrato ou na correta determinação do prémio aplicável, mesmo as circunstâncias cuja declaração não seja expressamente solicitada em questionário eventualmente fornecido para o efeito pelo Segurador, fazendo parte da declaração inicial de risco todos os documentos necessários à subscrição do seguro.

4.2. Perante a análise dos elementos disponíveis, o Segurador poderá tomar uma das seguintes decisões:

- Comunicar a aceitação do Contrato sem reservas;
- Propor a aceitação condicional ou com agravamento do prémio;
- Comunicar a recusa total da Proposta de Seguro.

Sempre que o Segurador, no uso do direito que lhe assiste, contrapropuser a aceitação com a condição prevista na alínea b), o seguro só se considera em vigor depois do Tomador do Seguro expressar por escrito, a aceitação da contraproposta.

4.3. Sem prejuízo do disposto nos artigos 5 e 6, decorridos dois (2) anos sobre a celebração do Contrato, o Segurador, salvo nos casos previstos no ponto seguinte, não se pode prevalecer de eventuais omissões ou inexactidões negligentes prestadas pelo Tomador do Seguro ou Segurado/Pessoa Segura na declaração inicial de risco.

4.4. O disposto no ponto anterior não é aplicável às Coberturas Complementares de Invalidez ou Doenças Graves quando tenham sido subscritas.

5. OMISSÕES OU INEXATIDÕES DOLOSAS DO TOMADOR DO SEGURO OU DO SEGURADO/PESSOA SEGURA

5.1. Caso se verifiquem omissões ou inexactidões dolosas na declaração inicial de risco efetuada pelo Tomador do Seguro e/ou Segurado/Pessoa Segura nos termos previstos no ponto 4.1., o Contrato é anulado pelo Segurador mediante o envio de declaração nesse sentido ao Tomador do Seguro, no prazo de três (3) meses a contar do conhecimento do incumprimento.

5.2. Caso ocorram sinistros, quer antes de o Segurador ter tido conhecimento do incumprimento doloso, quer ainda no prazo referido no ponto anterior, os mesmos não ficam cobertos pelo Contrato.

5.3. Sem prejuízo do disposto nos pontos anteriores, o Segurador tem direito ao prémio devido até ao final do prazo referido no ponto 5.1. ou, nos casos em que o dolo do Tomador do Seguro e/ou do Segurado/Pessoa Segura tenha o propósito de obter uma vantagem, até ao termo do Contrato.

6. OMISSÕES OU INEXATIDÕES NEGLIGENTES DO TOMADOR DO SEGURO E/OU SEGURADO/PESSOA SEGURA

6.1. Caso se verifiquem omissões ou inexactidões negligentes na declaração inicial de risco efetuada pelo Tomador do Seguro e pelo(s) Segurado(s)/Pessoa(s) Segura(s) nos termos previstos no ponto 5.1., o Segurador pode:

- Propor uma alteração ao Contrato, fixando um prazo, não inferior a catorze (14) dias para o Tomador do Seguro e/ou o Segurado/Pessoa Segura se pronunciar;

b) Anular o Contrato, caso se comprove que o Segurador em caso algum teria celebrado o Contrato se tivesse conhecido o facto omitido ou declarado inexactamente.

6.2. De acordo com o definido no ponto anterior, o Contrato cessa os seus efeitos vinte (20) dias após o envio da proposta de alteração por parte do Segurador, se o Tomador do Seguro e/ou Segurado/Pessoa Segura não concordar com a mesma, ou trinta (30) dias após o envio da declaração de cessação prevista na alínea b) do ponto anterior.

6.3. Ocorrendo a cessação do Contrato, o prémio é devolvido tendo em conta o período de tempo ainda não decorrido até à data de renovação.

6.4. Em caso de sinistro ocorrido antes da cessação ou da alteração do Contrato, cuja verificação ou consequências tenham sido influenciadas por facto relativamente ao qual tenha havido omissão ou inexactidão negligente, o Segurador:

- Garante o sinistro na proporção da diferença entre o prémio pago e o prémio que seria devido, caso, aquando da celebração do Contrato, tivesse conhecimento do facto omitido ou declarado inexactamente;
- Não garante o sinistro, demonstrando que em caso algum teria celebrado o Contrato se tivesse conhecido o facto omitido ou declarado inexactamente.

6.5. O disposto nos pontos anteriores não se aplica em relação à cobertura de morte, quando após a celebração do Contrato tenham decorrido mais de dois (2) anos.

7. INÍCIO, EFEITOS E DURAÇÃO DO CONTRATO

7.1. O presente Contrato tem o seu início às zero (0) horas da data estipulada nas Condições Particulares, com expressa reserva que, em qualquer hipótese, a cobertura do risco não pode ser outorgada antes das zero (0) horas do dia imediato ao da sua aceitação pelo Segurador.

7.2. Sem prejuízo do acima disposto, a cobertura dos riscos garantidos através do presente Contrato apenas se verificará a partir do momento em que o respetivo prémio ou fração inicial do Contrato é pago.

7.3. O Contrato é celebrado pelo período de um (1) ano, sendo tacitamente renovado por idênticos períodos, até final do prazo indicado nas Condições Particulares da Apólice, no máximo até à idade prevista na alínea c) do ponto 11.1 ou qualquer outra idade diferente desta, desde que indicada nas Condições Particulares e sempre sem prejuízo dos direitos de denúncia ou resolução que assistem às Partes, nos termos previstos no ponto 10.

8. LIVRE RESOLUÇÃO

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

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

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

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

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

9. ALTERAÇÃO AO CONTRATO

9.1. O Tomador do Seguro pode, se assim o entender, com efeitos a contar da data de renovação do Contrato e desde que comunicado ao Segurador por escrito e com uma antecedência mínima de trinta (30) dias, solicitar alterações ao Contrato.

9.2. As alterações às condições do Contrato dependerão sempre da sua aceitação por parte do Segurador, ficando desde já reservado o direito de, no caso das alterações consistirem no aumento do valor das garantias ou de inclusão de novas garantias, subordinar a aceitação das mesmas ao resultado favorável da análise clínica/exames médicos a realizar pelo Segurado/Pessoa Segura (ou pelos Segurados/Pessoas Seguras, no caso do seguro ser sobre duas (2) vidas) que entenda necessários para o efeito.

As despesas inerentes à realização da análise clínica/exames médicos serão suportadas pelo Segurador.

10. DENÚNCIA OU RESOLUÇÃO DO CONTRATO

10.1. Com a ressalva do estabelecido no ponto 18.6., o presente Contrato poderá ser denunciado pelo Tomador do Seguro, na respetiva data de renovação, mediante prévia comunicação dirigida ao Segurador com uma antecedência mínima de trinta (30) dias.

10.2. O Segurador renuncia expressamente ao direito de denúncia do Contrato durante um período de cinco (5) anuidades, período este que é automática e sucessivamente prorrogado na data de renovação anual. O Segurador apenas poderá denunciar o Contrato mediante comunicação formal ao Tomador com uma antecedência nunca inferior a cinco (5) anos sobre a data de produção dos respetivos efeitos.

10.3. O Segurador poderá igualmente resolver o Contrato nos casos previstos na Lei, nomeadamente, em consequência de:

a) Falta de pagamento do prémio, conforme previsto no artigo 16;

b) Burla ou tentativa de burla do Tomador do Seguro e/ou do Segurado/Pessoa Segura, ou ainda do Beneficiário com cumplicidade destes;

c) Incumprimento das obrigações contratuais a cargo do Tomador do Seguro e/ou do Segurado/Pessoa Segura essenciais à manutenção do Contrato nos termos em que ele foi aceite.

10.4. Ocorrendo a denúncia ou resolução do Contrato nos termos acima referidos, o Segurador dará conhecimento da mesma ao Beneficiário, quando o benefício seja considerado irrevogável nos termos previstos no artigo 18.

10.5. As limitações ao direito de denúncia, previstas nos pontos anteriores, não prejudicam a aplicação das condições de cessação das coberturas complementares contratadas nos termos previstos nas repetidas Condições Especiais.

11. CESSAÇÃO DAS COBERTURAS

11.1. As Coberturas garantidas ao abrigo do presente Contrato cessarão os seus efeitos:

a) Na data em que se verificar a resolução do Contrato nos termos previstos no artigo 10;

b) Na data em que for pago o capital seguro em caso de Morte ou ao abrigo das seguintes Coberturas Complementares:

- Invalidez Absoluta e Definitiva (IAD) em consequência de acidente ou doença;

- Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível (IDPAC 60% ou IDPAC 65%) por doença ou acidente;

- Doenças Graves Base;

- Doenças Graves Plus (DG Plus);

- Doenças Graves 16 (DG 16);

- Doenças Graves 27 (DG 27);

- Morte por Acidente (MA);

- Morte por Acidente de Circulação (MAC);

- Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível por Acidente (60% ou 65%);

- Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível por Acidente de Circulação (60% ou 65%);

- Renda Educação.

c) No final da anuidade em que o Segurado/Pessoa Segura completar a idade limite da cobertura, ou qualquer outra idade diferente desta, desde que indicada nas Condições Particulares da Apólice.

11.2. No caso de duas (2) vidas seguras, estas coberturas cessam para o primeiro Segurado/Pessoa Segura que atingir a idade termo, mantendo-se em vigor para o outro Segurado/Pessoa Segura enquanto este não atingir a idade termo.

12. CUMULAÇÃO DE COBERTURAS

12.1. Nas situações em que o capital seguro da Cobertura Complementar for inferior ao da Cobertura Principal de Morte, a Cobertura Principal de Morte mantém-se em vigor pelo capital reduzido do montante pago antecipadamente ao abrigo da Cobertura Complementar salvo no que respeita à Cobertura Complementar de Renda de Educação.

12.2. A mesma doença ou acidente não pode constituir causa de pagamento em mais que uma cobertura, salvo no que respeita às coberturas de Tratamento de Doenças Graves Extra Care e Despesas de Hospitalização Extra Care, que são cumuláveis com as restantes.

12.3. No caso da mesma doença ou acidente ser causa de uma das doenças graves (DGB, DG16, DG27, DGPlus) ou se enquadrar nas Coberturas Complementares de Incapacidade Temporária Absoluta (ITA) e de Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível (IDPAC 60% ou IDPAC 65%) ou Invalidez Absoluta e Definitiva (IAD), os valores pagos ao abrigo das duas (2) primeiras Coberturas serão deduzidas ao valor do capital seguro a pagar ao abrigo da Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível (IDPAC 60% ou IDPAC 65%) ou de Invalidez Absoluta e Definitiva (IAD) que se manterão em vigor pelo valor remanescente.

12.4. Nas situações em que o capital seguro das Coberturas de Invalidez Absoluta e Definitiva (IAD) ou Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível (IDPAC 60% ou IDPAC 65%) for superior ao capital seguro das Coberturas Complementares de Doenças Graves (DGB, DG 16, DG 27 e DG Plus), as Coberturas Complementares de Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível (IDPAC 60% ou IDPAC 65%) ou Invalidez Absoluta e Definitiva (IAD) mantêm-se em vigor pelo capital remanescente deduzido do valor pago ao abrigo das Coberturas Complementares de Doenças Graves (DGB, DG 16, DG 27 e DG Plus).

12.5. O estabelecido nos pontos 12.2., 12.3. e 12.4. é aplicável conforme as Coberturas Complementares contratadas.

13. CAPITAL SEGURO

13.1. O capital seguro garantido ao abrigo do presente Contrato é indicado pelo Tomador do Seguro, correspondendo a uma quantia fixa.

13.2. A indicação do capital seguro, bem como a sua atualização ou alteração, nos termos previstos no artigo 9, ficará sempre a cargo do Tomador do Seguro.

14. PRÉMIO DO CONTRATO

14.1. Os prémios devidos serão calculados de acordo com as tarifas em vigor no Segurador à data da subscrição, o capital seguro, a idade atuarial (exceto a Cobertura Complementar de Renda Educação, cujo cálculo é feito de acordo com a idade real), do(s) Segurado(s)/Pessoa(s) Segura(s), bem como das garantias subscritas.

14.2. O valor do prémio será ajustado anualmente, na data de vencimento, em função dos fatores referidos no ponto anterior.

14.3. Ao prémio acrescem os encargos legais.

14.4. Durante o período constante no ponto 10.2. o Segurador renuncia expressamente a exercer os direitos de unilateralmente:

a) Alterar o valor dos prémios de seguro pré-determinados assim como o âmbito das garantias contratualmente estabelecidas, com a exceção dos casos em que ambas as partes acordem em alterar os capitais ou garantias;

b) Rejeitar ou recusar receber o pagamento dos prémios de seguro devidos no âmbito do contrato, quando aquele pagamento tenha sido validamente efetuado.

15. PAGAMENTO DO PRÉMIO

15.1. O prémio, acrescido dos encargos legal ou contratualmente estabelecidos, é devido pelo Tomador do Seguro antecipada e anualmente, de acordo com o definido nas Condições Particulares.

15.2. Quando expressamente acordado nas Condições Particulares, o Segurador pode facultar ao Tomador do Seguro o pagamento do prémio anual em diversas frações, acrescendo, neste caso, ao valor anual os respetivos encargos de fracionamento.

15.3. O prémio, qualquer que seja o fracionamento escolhido, quando aplicável, será pago por um dos meios acordados com o Tomador do Seguro e que consta das Condições Particulares.

15.4. O Segurador avisará, por escrito e com uma antecedência mínima de trinta (30) dias em relação à data em que o prémio ou fração subsequente é devido, o Tomador do Seguro, indicando a data do pagamento, o valor a pagar, a forma de pagamento, bem como as consequências da falta de pagamento do prémio ou fração.

Nas situações em que o fracionamento do prémio é mensal, o Segurador avisará apenas nas situações em que ocorrer a alteração no valor do prémio ou fração.

15.5. O prémio é devido até ao final da anuidade em que ocorre a morte do Segurado/Pessoa Segura (ou de um dos Segurados/Pessoas Seguras no caso do Contrato de seguro ser sobre duas (2) vidas) ou em que ocorre o pagamento da indemnização por antecipação em consequência de um sinistro garantido ao abrigo das Coberturas Complementares que eventualmente tenham sido subscritas.

16. FALTA DE PAGAMENTO DO PRÉMIO

16.1. A falta de pagamento do prémio de anuidades subsequentes ou de qualquer fração subsequente no decurso de uma mesma anuidade, quando o pagamento for fracionado, até à respetiva data de vencimento de cada uma das anuidades, concede ao Segurador a faculdade de proceder à resolução da Apólice.

16.2. A utilização da faculdade concedida no ponto anterior, não prejudica o direito do Segurador ao prémio correspondente ao período decorrido.

17. REPOSIÇÃO DO CONTRATO EM VIGOR

Este produto não permite a reposição da Apólice em vigor, depois de anulada ou resolvida nos termos do artigo 10.

18. BENEFICIÁRIO

18.1. O Tomador do Seguro tem direito a nomear os Beneficiários, de acordo com as garantias do Contrato, apenas pela parte excedente do capital seguro relativamente ao capital em dívida, bem como a alterar em qualquer altura a Cláusula Beneficiária até à data em que o Beneficiário adquira o direito às importâncias seguras, sem prejuízo do disposto nos pontos seguintes.

18.2. O previsto no ponto anterior quanto à alteração da cláusula beneficiária não será aplicável nos casos em que o Contrato de seguro esteja associado a um contrato de mútuo.

18.3. Sempre que o Tomador do Seguro e o Segurado/Pessoa Segura sejam pessoas distintas, a alteração da Cláusula Beneficiária só pode ser efetuada com o acordo e por iniciativa de ambos.

18.4. A Cláusula Beneficiária será considerada irrevogável sempre que tenha havido aceitação do benefício por parte do Beneficiário, ficando o Tomador do Seguro impedido de efetuar qualquer alteração à Cláusula Beneficiária.

18.5. A renúncia do Tomador do Seguro e/ou do Segurado/Pessoa Segura em alterar a Cláusula Beneficiária, assim como a aceitação do Beneficiário, deverão constar de documento escrito, cuja validade depende de efetiva comunicação ao Segurador.

18.6. Sendo a Cláusula Beneficiária irrevogável, será necessário o prévio acordo do Beneficiário para proceder à resolução do contrato ou para o exercício de qualquer direito ou faculdade de modificar as condições contratuais que tenham incidência sobre os direitos do Beneficiário, exceto em caso de falsas declarações.

18.7. Sendo a Cláusula Beneficiária irrevogável, o Segurador comunicará, simultaneamente, ao Beneficiário e ao Tomador do Seguro a falta de pagamento do prémio e respetivas consequências.

O Beneficiário poderá substituir-se ao Tomador do Seguro no pagamento do prémio.

18.8. O Beneficiário adquire o direito a ocupar o lugar do Tomador do Seguro, em caso de morte deste, desde que o Tomador do Seguro tenha previamente informado por escrito o Segurador, e o Segurado/Pessoa Segura tenha dado o seu consentimento escrito.

19. OBRIGAÇÕES DO SEGURADO/PESSOA SEGURA E/OU DO BENEFICIÁRIO EM CASO DE SINISTRO

19.1. **A verificação de sinistro garantido ao abrigo da cobertura principal – Morte da Pessoa Segura** - deve ser comunicada ao Segurador pelo Tomador do Seguro (quando distinto da Pessoa Segura), ou pelo(s) Beneficiário(s), **no prazo máximo de oito (8) dias imediatos àquele em que tenha conhecimento do mesmo**, mediante explicitação das circunstâncias da verificação do sinistro, nomeadamente, as causas da morte da Pessoa Segura, comprovadas através de certidão de óbito e, no caso de morte violenta, relatório de autópsia e auto de ocorrência assim como outra documentação relevante a que tenha acesso, emitida por autoridades oficiais.

19.2. Os Beneficiários deverão apresentar ao Segurador documentação que comprove aquela qualidade assim como da identificação da Pessoa Segura. Na falta de designação de Beneficiário na apólice, deverá ser apresentado o competente documento de habilitação de herdeiros.

19.3. **Ocorrendo uma situação garantida através de uma Cobertura Complementar**, sem prejuízo do que constar nas respetivas Condições Especiais, e desde que a mesma tenha sido subscrita, o Segurado/Pessoa Segura deve enviar ao Segurador um atestado do médico assistente indicando o início, as causas, a natureza e a evolução do estado de saúde ou incapacidade, **no prazo máximo de sessenta (60) dias a seguir à constatação da mesma.**

19.4. Em complemento ao disposto no ponto anterior, sempre que tal se justificar para a correta determinação das circunstâncias em que ocorre o sinistro, o Segurador reserva-se o direito de exigir qualquer justificação complementar e de proceder às investigações que julgar convenientes para a determinação exata do estado de saúde do Segurado/Pessoa Segura, mandando-o examinar pelos seus médicos se assim o entender, ficando a cargo do Segurador as respetivas despesas.

19.5. Para efeitos dos pontos anteriores, o Segurado/Pessoa Segura aquando da subscrição do Contrato de seguro, deve autorizar o seu médico assistente a fornecer, a título confidencial, ao médico representante do Segurador, toda a informação médica respeitante ao sinistro declarado.

19.6. Os prémios devidos ao abrigo do Contrato relativos ao período compreendido entre o facto que determina a situação abrangida por uma das Coberturas Complementares contratadas, e a tomada de decisão por parte do Segurador em relação ao enquadramento do sinistro, devem continuar a ser pagos pelo Tomador do Seguro ao Segurador.

19.7. Sempre que o Contrato de Seguro garanta duas (2) Pessoas Seguras (na modalidade denominada, "duas cabeças"), as referências nos pontos anteriores à Pessoa Segura devem considerar-se extensíveis e aplicáveis a ambas as Pessoas Seguras.

19.8. Os documentos a apresentar e o prazo para liquidação das prestações seguras quando aplicável, ao abrigo das Coberturas Complementares de Despesas de Hospitalização Extra Care e Tratamento de Doenças Graves Extra Care, Incapacidade Temporária Absoluta, Segunda Opinião Médica e Assistência à Família, encontram-se descritas nas respetivas Condições Especiais.

19.9. A falta de cumprimento por parte do(s) Beneficiário(s) do disposto nos números anteriores, poderá determinar a redução das prestações do Segurador e no caso de deliberada e consciente prestação de informações incorretas ao Segurador poderá implicar a perda do direito às importâncias seguras.

20. LIQUIDAÇÃO DAS IMPORTÂNCIAS SEGURAS PELO SEGURADOR

20.1. Feita a participação do sinistro por Morte, Invalidez ou Doença Grave bem como entregues todos os documentos complementares que eventualmente sejam solicitados pelo Segurador, conforme definido no ponto anterior, o Segurador compromete-se a comunicar ao Segurado/Pessoa Segura e/ou ao Beneficiário, no prazo máximo de trinta (30) dias, se considera ou não o mesmo garantido ao abrigo do Contrato.

20.2. Se as circunstâncias da morte assim o justificarem, nos termos da autorização concedida pela Pessoa Segura, o Segurador poderá solicitar junto das autoridades policiais, judiciais ou entidades prestadoras de serviços de saúde a entrega de documentos adicionais elucidativos das causas da morte ou um atestado médico indicando as causas, evolução e circunstâncias da morte.

20.3. Havendo lugar ao pagamento do capital seguro em caso de morte, invalidez ou doença grave:

a) As importâncias seguras serão pagas ao Beneficiário designado à data da Morte, Invalidez ou Doença Grave do Segurado/Pessoa Segura;

b) Na falta de designação do Beneficiário e por morte do Segurado/Pessoa Segura, as importâncias seguras serão pagas aos Herdeiros do Segurado/Pessoa Segura pela ordem estabelecida para a sucessão legítima nos termos das alíneas a) e d) do n.º 1 do artigo 2133º do Código Civil;

c) Em caso de premoriência do Beneficiário relativamente ao Segurado/Pessoa Segura, aos Herdeiros desta, de acordo com as regras definidas na alínea a);

d) Em caso de premoriência do Beneficiário relativamente ao Segurado/Pessoa Segura, tendo havido renúncia à revogação da Cláusula Beneficiária ou tendo havido aceitação do benefício por parte do Beneficiário, aos herdeiros daquele, de acordo com as regras definidas na alínea a);

e) Em caso de comoriência do Segurado/Pessoa Segura e do Beneficiário, aos herdeiros deste, de acordo com as regras definidas na alínea a);

f) Se o Beneficiário for menor, o Segurador pagará a indemnização devida através de depósito numa instituição bancária abrindo para o efeito uma conta no nome daquele.

20.4. Existindo diferenças entre a(s) data(s) de nascimento declarada(s) pelo(s) Segurado(s)/Pessoa(s) Segura(s) na proposta de subscrição de seguro e a(s) constante(s) do documento de identificação, as mesmas darão lugar à correção das importâncias seguras, de acordo com os prémios pagos, tendo em conta a idade exata e as tarifas em vigor à data da emissão da Apólice.

20.5. Havendo lugar ao pagamento do capital seguro por **Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível (IDPAC 60% ou IPDAC 65%) ou Invalidez Absoluta e Definitiva**, na sua determinação serão tidos em consideração os seguintes aspetos:

a) Se a Invalidez proveniente de doença ou acidente for agravada ou resultar de defeito físico de que o Segurado/Pessoa Segura já era portador à data da sua inclusão no Seguro, a responsabilidade do Segurador não poderá exceder a que teria se, a doença ou o acidente, tivesse ocorrido a uma pessoa sem o referido defeito físico, sem prejuízo da anulabilidade do Seguro de vida por falsas declarações sobre o estado de saúde do Segurado/Pessoa Segura, caso as mesmas se verifiquem;

b) O grau de desvalorização correspondente aos defeitos físicos de que o Segurado/Pessoa Segura já era portador à data da celebração do Contrato de seguro, não concorrerá para a fixação do grau de desvalorização a atribuir ao abrigo desta garantia.

21. PARTICIPAÇÃO NOS RESULTADOS

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

22. DOMICÍLIO

Para efeitos deste Contrato, será considerado domicílio do Tomador do Seguro e do Segurado/Pessoa Segura o indicado nas Condições Particulares ou, em caso de mudança, qualquer outro que, por escrito, tenha sido comunicado ao Segurador.

O Tomador do Seguro que fixar a sua residência fora de Portugal deve designar domicílio em território português para os efeitos do presente Contrato.

23. COMUNICAÇÕES E NOTIFICAÇÕES ENTRE AS PARTES

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

23.2. Qualquer alteração à morada ou sede do Tomador do Seguro ou do Segurado/Pessoa Segura, quando diferente, deverá ser comunicada ao Segurador, nos trinta (30) dias subsequentes à data em que se verifique, sob pena de as comunicações ou notificações que o Segurador venha a efetuar para a morada desatualizada se terem por válidas e eficazes.

24. LEGISLAÇÃO E FORO

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

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

24.3. O foro competente para a resolução de qualquer litígio emergente deste Contrato é o fixado na lei civil.

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

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

25. ÂMBITO TERRITORIAL

Salvo estipulação em contrário nas Condições Particulares e sem prejuízo do disposto no artigo 2, o presente Contrato produz efeitos, em relação a qualquer evento garantido pela presente Apólice, em qualquer parte do mundo.

26. GESTÃO DE RECLAMAÇÕES

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

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

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

Quando subscritas pelo Tomador do Seguro e expressamente previstas nas Condições Particulares da Apólice, aplicar-se-ão ao presente Contrato de seguro as seguintes Condições Especiais.

COBERTURA COMPLEMENTAR MORTE POR ACIDENTE (MA) E MORTE POR ACIDENTE DE CIRCULAÇÃO (MAC)

1. ÂMBITO DA COBERTURA

1.1. Quando expressamente previsto nas Condições Particulares da Apólice, através do presente contrato, pode ainda ficar garantido, em complemento ao capital previsto para a Cobertura Principal de Morte, o pagamento de um capital adicional por Morte do Segurado/Pessoa Segura quando ocorrida nos termos a seguir previstos.

1.2. Se o Segurado/Pessoa Segura falecer devido a **Acidente**, ao abrigo da presente cobertura ficará garantido o pagamento de um segundo (2º) capital, de valor não superior ao previsto para a Cobertura Principal de Morte, ao qual este acrescerá.

1.3. Se o Segurado/Pessoa Segura falecer devido a **Acidente de Circulação**, ao abrigo da presente cobertura e desde que a presente extensão de garantia tenha sido subscrita, ficará garantido o pagamento de um terceiro (3º) capital seguro, de valor não superior ao previsto para a Cobertura Principal de Morte, o qual acrescerá aos capitais pagos ao abrigo da Cobertura Principal de Morte e Cobertura Complementar de Morte por Acidente prevista no ponto 1.2..

A extensão da Cobertura Complementar de Morte por Acidente aos acidentes de circulação só poderá ser aceite em simultâneo com a Cobertura de Morte por Acidente prevista no ponto anterior.

1.4. Para efeitos do disposto na presente cobertura, considera-se:

a) Acidente: Todo o acontecimento fortuito, súbito e anormal, devido a causa exterior e estranha à vontade do Segurado/Pessoa Segura ocorrido na vigência do Contrato, e que neste origine lesões corporais, clínica e objetivamente constatadas.

As intoxicações e afogamentos, são para efeitos desta cobertura, equiparadas a acidente.

b) Acidente de Circulação: Todo e qualquer acidente ocorrido com qualquer veículo de transporte público ou particular.

2. JUSTIFICAÇÃO E RECONHECIMENTO DO DIREITO ÀS IMPORTÂNCIAS SEGURAS

2.1. Em caso de falecimento do Segurado/Pessoa Segura, resultante de acidente, o Tomador do Seguro e/ou o Beneficiário indicado nas Condições Particulares deverão, sem prejuízo das restantes obrigações previstas no artigo 19 das Condições Gerais, enviar ao Segurador, em complemento da participação do acidente, o respetivo Certificado de Óbito, bem como todos e quaisquer outros documentos elucidativos do acidente e das suas consequências, que se revelem necessário para a correta determinação das causas do acidente.

2.2. O incumprimento por parte do Tomador do Seguro e/ou do Beneficiário do disposto no ponto anterior implica a responsabilidade pelas perdas e danos dela resultante, ou a suspensão desta cobertura enquanto se mantiver o incumprimento.

2.3. A falta de verdade nas informações prestadas ao Segurador, implica a perda do direito às importâncias seguras.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Para além das exclusões previstas no artigo 3 das Condições Gerais, aplicáveis à presente cobertura com as necessárias adaptações, ao abrigo da presente cobertura não ficarão igualmente garantidas as situações de morte que:

a) Resultem de doença;

b) Resultem de acidentes e respetivas consequências provocados intencionalmente pelo Segurado/Pessoa Segura ou com a sua cumplicidade, bem como a tentativa de suicídio deste;

c) Estejam relacionadas com o uso de drogas tóxicas, estupefacientes ou substâncias psicotrópicas não prescritas clinicamente. Considera-se que o Segurado/Pessoa Segura estava sob o efeito de drogas tóxicas, estupefacientes ou substâncias psicotrópicas sempre que seja identificada a presença de qualquer daquelas em circulação no seu organismo ou em qualquer líquido orgânico para os testes de deteção;

d) Estejam relacionadas com a prática de ações ou omissões em que o Segurado/Pessoa Segura tenha acusado uma taxa de alcoolemia superior a 0,50 g/l.

4. CESSAÇÃO DA COBERTURA

Em complemento às situações previstas no artigo 11 das Condições Gerais, a Cobertura Complementar de Morte por Acidente (MA), incluindo a respetiva extensão dos Acidentes de Circulação (MAC), quando contratada, cessará igualmente os seus efeitos na data em que se verificar alguma das seguintes situações:

a) Tentativa de suicídio por parte do Segurado/Pessoa Segura;

b) Agravamento intencional, qualquer que seja o meio, do grau de invalidez por parte do Segurado/Pessoa Segura;

c) Mobilização do Segurado/Pessoa Segura para tomar parte em operações de guerra, policiamento ou em repressões de atos de terrorismo, quando os referidos riscos estejam garantidos;

d) No termo da anuidade em que o Segurado/Pessoa Segura completar sessenta e cinco (65) anos de idade ou qualquer outra idade diferente desta, desde que indicada nas Condições Particulares da Apólice.

Se o Contrato for celebrado sobre duas (2) vidas, a cobertura cessará os seus efeitos na data em que um dos Segurados/Pessoas Seguras atingir a idade acima referida, mantendo-se no entanto em vigor para o outro Segurado/Pessoa Segura enquanto este não atingir, por sua vez, a idade em questão.

COBERTURA COMPLEMENTAR INVALIDEZ ABSOLUTA E DEFINITIVA (IAD)

1. ÂMBITO DA COBERTURA

1.1. Quando expressamente previsto nas Condições Particulares da Apólice, através do presente Contrato, podem ainda, em complemento à Cobertura Principal de Morte, ficar garantidas as situações de invalidez absoluta e definitiva em consequência de doença ou acidente.

1.2. Para efeitos do disposto na presente cobertura, considera-se que o Segurado/Pessoa Segura se encontra em situação de invalidez absoluta e definitiva, quando, em consequência de doença ou acidente, se verificarem cumulativa e simultaneamente os seguintes requisitos:

a) Fique total e definitivamente incapaz de exercer qualquer atividade remunerada;

b) Fique na obrigação de recorrer à assistência permanente de uma terceira pessoa para efetuar quaisquer atos elementares da vida corrente e,

c) Apresente um grau de incapacidade igual ou superior a 85%, de acordo com a "Tabela Nacional de Incapacidade por Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais" oficialmente em vigor no momento do reconhecimento da invalidez.

1.3. Para efeitos da alínea b), entende-se por ato elementar da vida corrente:

- Lavar-se, ou seja, efetuar os atos necessários à manutenção de um nível de higiene correto;

- Alimentar-se, ou seja, tomar as refeições preparadas e servidas à mesa;

- Vestir-se e despir-se, tomando em consideração o vestuário usado habitualmente;

- Deslocar-se no local de residência habitual.

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

2. CONDIÇÕES DE FUNCIONAMENTO DA COBERTURA

2.1. Para o funcionamento desta garantia não é considerada a concessão de reforma por invalidez ou a classificação de "Grande Inválido" atribuídas pela Segurança Social ou por qualquer outro regime facultativo ou obrigatório que a substitua ou complemente.

2.2. Para o efeito do reconhecimento da invalidez absoluta e definitiva, esta deve ser constatada e reconhecida por um médico do Segurador, com base em critérios médicos objetivos, prevalecendo aquele reconhecimento sobre quaisquer pareceres ou decisões da Segurança Social, Caixa Geral de Aposentações ou qualquer outro regime facultativo ou obrigatório que os substitua ou complemente.

2.3. Sem prejuízo do disposto no ponto seguinte, a Cobertura complementar de Invalidez Absoluta e Definitiva só será aplicável se a mesma se verificar durante a vigência da Apólice/Condições Particulares e previamente ao termo da anuidade em que o Segurado/Pessoa Segura atinja a idade de permanência contratualmente prevista.

2.4. Quando ao abrigo do presente Contrato ficarem garantidos dois (2) Segurados/Pessoas Seguras (no caso do seguro ser sobre duas (2) vidas), a verificação de uma situação de invalidez absoluta e definitiva em relação a um dos Segurados/Pessoas Seguras determina a cessação do Contrato em relação ao outro Segurado/Pessoa Segura.

2.5. Se a invalidez proveniente de acidente for agravada ou resultar de defeito físico de que o Segurado/Pessoa Segura já era portador à data da sua inclusão na presente Cobertura Complementar, a responsabilidade do Segurador não poderá exceder a que teria se o acidente tivesse ocorrido a uma pessoa sem o referido defeito físico.

2.6. O grau de desvalorização correspondente aos defeitos físicos de que o Segurado/Pessoa Segura já era portador à data de início desta Cobertura Complementar, não concorrerá para a fixação do grau de desvalorização a atribuir ao abrigo desta cobertura.

3. EXIGIBILIDADE DO CAPITAL SEGURO

Uma vez reconhecida a situação de invalidez absoluta e definitiva por parte do médico do Segurador, o pagamento do capital seguro será disponibilizado ao Beneficiário nos termos previstos no artigo 20 das Condições Gerais. O reconhecimento da situação de invalidez, tendo em conta a sua efetiva confirmação ou regressão do ponto de vista clínico, nunca ocorrerá antes de decorridos três (3) meses sobre a data em que a invalidez é comunicada ao Segurador.

4. JUSTIFICAÇÃO E RECONHECIMENTO DO DIREITO ÀS IMPORTÂNCIAS SEGURAS

4.1. Em caso de invalidez, sem prejuízo das restantes obrigações previstas no artigo 19 das Condições Gerais, o Tomador do Seguro e/ou o Beneficiário indicado nas Condições Particulares deve:

a) Enviar ao Segurador, nos sessenta (60) dias que se seguirem à constatação da invalidez absoluta e definitiva, um atestado do médico assistente, por conta do Tomador do Seguro, indicando o início, as causas, a natureza e a evolução do estado de incapacidade;

b) Anexar uma descrição exata da atividade exercida pelo Segurado/Pessoa Segura antes da incapacidade.

4.2. O Segurador reserva-se o direito de exigir qualquer justificação complementar e de proceder às investigações que julgar convenientes para a determinação exata do estado de saúde do Segurado/Pessoa Segura, mandando-o examinar pelos seus médicos se assim o entender. Neste caso, as despesas são por conta do Segurador, devendo o Segurado/Pessoa Segura autorizar o seu médico assistente a fornecer, confidencialmente, ao médico representante do Segurador, toda a informação médica respeitante ao sinistro declarado.

4.3. A falta de cumprimento por parte do Tomador do Seguro e/ou do Beneficiário do disposto nos pontos 4.1. e 4.2. implica a responsabilidade pelas perdas e danos dela resultante ou a suspensão desta cobertura enquanto se mantiver o incumprimento.

4.4. A falta de verdade nas informações prestadas ao Segurador, implica a perda do direito às importâncias seguras.

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

4.6. Enquanto as divergências não forem solucionadas, os prémios e sobreprémios relativos à cobertura de Morte, bem como os prémios e sobreprémios relativos à cobertura de invalidez, que eventualmente se vençam no decorrer das discussões, devem ser pagos ao Segurador. Se a decisão for contrária ao Segurador, este restituirá as quantias recebidas e pagará, se for caso disso, as importâncias devidas.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

Para além das exclusões previstas no artigo 3 das Condições Gerais, aplicáveis à presente cobertura com as necessárias adaptações, ao abrigo da presente Cobertura Complementar ficarão igualmente excluídos os sinistros que resultem:

a) Direta ou indiretamente, de ato do Segurado/Pessoa Segura ou praticado com a sua cumplicidade, bem como a tentativa de suicídio deste;

b) Uso de drogas tóxicas, estupefacientes ou substâncias psicotrópicas não prescritas clinicamente. Considera-se que o Segurado/Pessoa Segura estava sob o efeito de drogas tóxicas, estupefacientes ou substâncias psicotrópicas sempre que seja identificada a presença de qualquer daquelas em circulação no seu organismo ou em qualquer líquido orgânico para os testes de deteção;

c) Da prática de ações ou omissões em que o Segurado/Pessoa Segura tenha acusado uma taxa de alcoolemia superior a 0,50 g/l.

6. CESSAÇÃO DA COBERTURA

6.1. Em complemento às situações previstas no artigo 11 das Condições Gerais, a Cobertura Complementar de Invalidez Absoluta e Definitiva (IAD), quando contratada, cessará igualmente os seus efeitos na data em que se verificar alguma das seguintes situações:

a) Tentativa de suicídio por parte do Segurado/Pessoa Segura;

b) Agravamento intencional, qualquer que seja o meio, do grau de invalidez por parte do Segurado/Pessoa Segura;

c) Mobilização do Segurado/Pessoa Segura para tomar parte em operações de guerra, policiamento ou em repressões de atos de terrorismo;

d) No termo da anuidade em que o Segurado/Pessoa Segura completar sessenta e sete (67) anos de idade ou qualquer outra idade diferente desta, desde que indicada nas Condições Particulares da Apólice.

6.2. Se o Contrato for celebrado sobre duas (2) vidas, a cobertura cessará os seus efeitos na data em que um dos Segurados/Pessoas Seguras atingir a idade referida na alínea d) do ponto 6.1., mantendo-se, no entanto, em vigor para o outro Segurado/Pessoa Segura enquanto este não atingir, por sua vez, a idade em questão.

COBERTURA COMPLEMENTAR INVALIDEZ DEFINITIVA PARA A PROFISSÃO OU ATIVIDADE COMPATÍVEL

1. ÂMBITO DA COBERTURA

Quando subscrita pelo Tomador do Seguro e nos termos expressamente previstos nas Condições Particulares da Apólice, através do presente Contrato pode ainda, em complemento à Cobertura Principal de Morte, ficar garantida a situação de Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível em consequência de doença ou acidente.

Verificando-se em relação ao Segurado/Pessoa Segura uma situação de Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível, o Segurador procederá ao pagamento antecipado do capital definido para esta cobertura que consta nas Condições Particulares da Apólice.

2. DEFINIÇÕES

Para efeito da presente cobertura, entende-se por:

2.1. **Acidente:** Todo o acontecimento fortuito, súbito e anormal, devido a causa exterior e estranha à vontade do Segurado/Pessoa Segura ocorrido na vigência do Contrato, e que neste origine lesões corporais.

2.2. **Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível (IDPAC):** O Segurado/Pessoa Segura é considerado em estado de Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível sempre que, em consequência de uma doença ou acidente, se encontre totalmente incapaz de exercer a sua profissão ou qualquer outra atividade lucrativa de acordo com os seus conhecimentos e aptidões de forma permanente, e além disso, apresentar um grau de incapacidade de 60% ou 65%, conforme a opção subscrita pelo Tomador do Seguro e devidamente expressa nas Condições Particulares, de acordo com a "Tabela Nacional de Incapacidade por Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais" oficialmente em vigor no momento do reconhecimento da invalidez.

3. CONDIÇÕES DE FUNCIONAMENTO DA COBERTURA

3.1. Para o funcionamento desta Garantia não é considerada a concessão de reforma por invalidez ou a classificação de "Grande Inválido" atribuídas pela Segurança Social ou por qualquer outro regime facultativo ou obrigatório que a substitua ou complemente.

3.2. Para o efeito do reconhecimento da Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível, esta deve ser constatada e reconhecida por um médico do Segurador, com base em critérios médicos objetivos, prevalecendo aquele sobre quaisquer pareceres ou decisões da Segurança Social, Caixa Geral de Aposentações ou qualquer outro regime facultativo ou obrigatório que os substitua ou complemente.

3.3. Sem prejuízo do disposto no ponto seguinte, a Cobertura Complementar de Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível (IDPAC) só será aplicável se a mesma se verificar durante a vigência da Apólice e previamente ao termo da anuidade em que o Segurado/Pessoa Segura atinja a idade de permanência contratualmente prevista.

3.4. Quando ao abrigo do presente Contrato ficarem garantidos dois (2) Segurados/Pessoas Seguras (no caso do seguro ser sobre duas (2) vidas), a verificação de uma situação de Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível em relação a um dos Segurados/Pessoas Seguras determina a cessação do Contrato em relação ao outro Segurado/Pessoa Segura.

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

4. EXIGIBILIDADE DO CAPITAL SEGURO

Uma vez reconhecida a situação de Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível por parte do médico do Segurador, o pagamento do capital seguro será disponibilizado ao Beneficiário nos termos do artigo 20 das Condições Gerais. O reconhecimento da situação de invalidez, tendo em conta a sua efetiva confirmação ou regressão, do ponto de vista clínico, nunca ocorrerá antes de decorridos três (3) meses sobre a data em que a invalidez é comunicada ao Segurador, sendo este período alargado para dois (2) anos nos casos de doença mental ou perturbações psíquicas.

5. JUSTIFICAÇÃO E RECONHECIMENTO DO DIREITO ÀS IMPORTÂNCIAS SEGURAS

5.1. Em caso de invalidez, sem prejuízo das restantes obrigações previstas no artigo 19 das Condições Gerais, o Tomador do Seguro e/ou o Beneficiário indicado nas Condições Particulares devem:

- Enviar ao Segurador, nos sessenta (60) dias que se seguirem à constatação da Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível, um atestado do médico assistente, por conta do Tomador do Seguro ou Segurado/Pessoa Segura, indicando o início, as causas, a natureza e a evolução do estado de incapacidade;
- Anexar uma descrição exata da atividade exercida pelo Segurado/Pessoa Segura antes da incapacidade.

5.2. O Segurador reserva-se o direito de exigir qualquer justificação complementar e de proceder às investigações que julgar convenientes para a determinação exata do estado do Segurado/Pessoa Segura, mandando-o examinar pelos seus médicos se assim o entender. Neste caso, as despesas são por conta do Segurador, devendo o Segurado/Pessoa Segura autorizar o seu médico assistente a fornecer, confidencialmente, ao médico representante do Segurador, toda a informação médica respeitante ao sinistro declarado.

5.3. A falta de cumprimento por parte do Tomador do Seguro e/ou do Beneficiário do disposto nos pontos 5.1. e 5.2. implica a responsabilidade pelas perdas e danos dela resultantes ou a suspensão desta cobertura enquanto se mantiver o incumprimento.

5.4. A falta de verdade nas informações prestadas ao Segurador, implica a perda do direito às importâncias seguras.

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

5.6. Enquanto as divergências não forem solucionadas, os prémios e sobreprémios relativos à cobertura de Morte, bem como os prémios e sobreprémios relativos à cobertura de Invalidez, que eventualmente se vençam no decorrer das discussões, devem ser pagos ao Segurador. Se a decisão for contrária ao Segurador, este restituirá as quantias recebidas e pagará, se for caso disso, as importâncias devidas.

6. RISCOS EXCLUÍDOS

Para além das exclusões previstas no artigo 3 das Condições Gerais, aplicáveis à presente cobertura com as necessárias adaptações, ao abrigo da presente cobertura ficarão igualmente excluídos os sinistros que resultem:

- Direta ou indiretamente, de ato do Segurado/Pessoa Segura ou praticado com a sua cumplicidade, bem como a tentativa de suicídio deste;
- De acidente em que o Segurado/Pessoa Segura tenha dado causa ao mesmo e tenha acusado uma taxa de alcoolemia superior a 0,50 g/l, ou tenha ingerido drogas tóxicas, estupefacientes ou substâncias psicotrópicas não prescritas clinicamente. Considera-se que o Segurado/Pessoa Segura estava sob o efeito de drogas tóxicas, estupefacientes ou substâncias psicotrópicas sempre que seja identificada a presença de qualquer daquelas em circulação no seu organismo ou em qualquer líquido orgânico os testes de deteção.

7. CESSAÇÃO DA COBERTURA

Em complemento às situações previstas no artigo 11 das Condições Gerais, a Cobertura Complementar de Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível, quando contratada, cessará igualmente os seus efeitos na data em que se verificar alguma das seguintes situações:

- Tentativa de suicídio por parte do Segurado/Pessoa Segura;
- Agravamento intencional, qualquer que seja o meio, do grau de invalidez por parte do Segurado/Pessoa Segura;
- Mobilização do Segurado/Pessoa Segura para tomar parte em operações de guerra, policiamento ou em repressões de ato de terrorismo;
- No termo da anuidade em que o Segurado/Pessoa Segura completar sessenta e sete (67) anos de idade ou qualquer outra idade diferente desta, desde que indicada nas Condições Particulares da Apólice. Se o Contrato for celebrado sobre duas (2) vidas, a cobertura cessará os seus efeitos na data em que um dos Segurados/Pessoas Seguras atingir a idade acima referida, mantendo-se no entanto em vigor para o outro Segurado/Pessoa Segura enquanto este não atingir, por sua vez, a idade em questão;
- Na data em que o Segurado/Pessoa Segura começar a receber uma pensão de velhice, pré-reforma ou reforma antecipada.

COBERTURAS COMPLEMENTARES INVALIDEZ DEFINITIVA PARA A PROFISSÃO OU ATIVIDADE COMPATÍVEL RESULTANTE DE ACIDENTE E INVALIDEZ DEFINITIVA PARA A PROFISSÃO OU ATIVIDADE COMPATÍVEL RESULTANTE DE ACIDENTE DE CIRCULAÇÃO

1. ÂMBITO DA COBERTURA

1.1. Quando expressamente previsto nas Condições Particulares da Apólice através do presente Contrato, podem ainda, em complemento à Cobertura Principal de Morte, ficar garantidas as coberturas de Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível resultante de Acidente e Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível resultante de Acidente de Circulação.

1.2. Se se verificar uma situação de Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível resultante de acidente, o Segurador procederá ao pagamento antecipado do capital definido nas Condições Particulares para esta cobertura. Em caso de subscrição conjunta com a Cobertura Complementar de Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível (IDPAC), a Cobertura Complementar de Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível por Acidente garante o pagamento de um capital adicional, de valor não superior ao previsto na Cobertura Complementar de Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível, ao qual este acrescerá.

1.3. Em complemento da cobertura prevista no ponto 1.1., e desde que expressamente previsto nas Condições Particulares da Apólice ficará ainda garantido um segundo capital de valor igual ao da cobertura principal de Morte, em caso de Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível por acidente de circulação. A Cobertura Complementar de Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível por Acidente de Circulação só poderá ser aceite em simultâneo com as coberturas de Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível por Acidente e Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível (IDPAC), previstas nas presentes Condições Especiais.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Para efeito das presentes coberturas, entende-se por:

a) Acidente: Todo o acontecimento fortuito, súbito e anormal, devido a causa exterior e estranha à vontade do Segurado/Pessoa Segura ocorrido na vigência do Contrato, e que neste origine lesões corporais, clínica e objetivamente constatadas. As intoxicações e afogamentos, são para efeitos destas coberturas, equiparados a Acidente;

b) Acidente de Circulação: Todo e qualquer acidente ocorrido com qualquer veículo de transporte público ou particular.

2.2. O Segurado/Pessoa Segura é considerado em estado de Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível (IDPAC) sempre que, em consequência de um acidente, incluindo por acidente de circulação, se encontre totalmente incapaz de exercer a sua profissão ou qualquer outra atividade lucrativa de acordo com os seus conhecimentos e aptidões de forma permanente e, além disso, apresentar um grau de incapacidade de 65% ou 60%, conforme garantia inscrita, de acordo com a "Tabela Nacional de Incapacidade por Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais" oficialmente em vigor no momento do reconhecimento da invalidez.

3. CONDIÇÕES DE FUNCIONAMENTO DAS COBERTURAS

3.1. Para o funcionamento desta Cobertura não é considerada a concessão de reforma por invalidez ou a classificação de "Grande Inválido" atribuídas pela Segurança Social ou por qualquer outro regime facultativo ou obrigatório que a substitua ou complemente.

3.2. Para o efeito do reconhecimento da Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível por Acidente, incluindo por acidente de circulação, esta deve ser constatada e reconhecida por um médico do Segurador, com base em critérios médicos objetivos, prevalecendo aquele sobre quaisquer pareceres ou decisões da Segurança Social, Caixa Geral de Aposentações ou qualquer outro regime facultativo ou obrigatório que os substitua ou complemente.

3.3. Sem prejuízo do disposto no ponto seguinte, a Cobertura Complementar de Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível resultante de Acidente, incluindo por Acidente de Circulação, só será aplicável se a mesma se verificar durante a vigência da Apólice e previamente ao termo da anuidade em que o Segurado/Pessoa Segura atinja a idade de permanência contratualmente prevista.

3.4. Se a invalidez proveniente de acidente for agravada ou resultar de defeito físico de que o Segurado/Pessoa Segura já era portador à data da sua inclusão nas presentes Coberturas Complementares, a responsabilidade do Segurador não poderá exceder a que teria se o acidente tivesse ocorrido a uma pessoa sem o referido defeito físico.

3.5. O grau de desvalorização correspondente aos defeitos físicos de que o Segurado/Pessoa Segura já era portador à data de início das presentes Coberturas Complementares, não concorrerá para a fixação do grau de desvalorização a atribuir ao abrigo desta cobertura.

4. EXIGIBILIDADE DO CAPITAL SEGURO

Uma vez reconhecida a situação de Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível por acidente ou acidente de circulação, por parte do médico do Segurador, o pagamento do capital seguro será disponibilizado ao Beneficiário nos termos previstos no artigo 20 das Condições Gerais. O reconhecimento da situação de invalidez, tendo em conta a sua efetiva confirmação ou regressão do ponto de vista clínico, nunca ocorrerá antes de decorridos três (3) meses sobre a data em que a invalidez é comunicada ao Segurador.

5. JUSTIFICAÇÃO E RECONHECIMENTO DO DIREITO ÀS IMPORTÂNCIAS SEGURAS

5.1. Em caso de invalidez, sem prejuízo das restantes obrigações previstas no artigo 19 das Condições Gerais, o Tomador do Seguro e/ou o Beneficiário designado devem:

a) Enviar ao Segurador, nos sessenta (60) dias que se seguirem à constatação da Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível por acidente ou por acidente de circulação, um atestado do médico assistente, por conta do Tomador do Seguro ou Segurado/Pessoa Segura, indicando o início, as causas, a natureza e a evolução do estado de incapacidade;

b) Anexar uma descrição exata da atividade exercida pelo Segurado/Pessoa Segura antes da incapacidade.

5.2. O Segurador reserva-se o direito de exigir qualquer justificação complementar e de proceder às investigações que julgar convenientes para a determinação exata do estado de saúde do Segurado/Pessoa Segura mandando-o examinar pelos seus médicos se assim o entender. Neste caso, as despesas são por conta do Segurador, devendo o Segurado/Pessoa Segura autorizar o seu médico assistente a fornecer, confidencialmente, ao médico representante do Segurador, toda a informação médica respeitante ao sinistro declarado.

5.3. A falta de cumprimento por parte do Tomador do Seguro e/ou do Beneficiário do disposto nos pontos 5.1. e 5.2. implica a responsabilidade pelas perdas e danos dela resultantes ou a suspensão desta cobertura enquanto se mantiver o incumprimento.

5.4. A falta de verdade nas informações prestadas ao Segurador, implica a perda do direito às importâncias seguras.

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

5.6. Enquanto as divergências não forem solucionadas, os prémios e sobreprémios relativos à cobertura de Morte, bem como os prémios e sobreprémios relativos à cobertura de Invalidez, que eventualmente se vençam no decorrer das discussões, devem ser pagos ao Segurador. Se a decisão for contrária ao Segurador, esta restituirá as quantias recebidas e pagará, se for caso disso, as importâncias devidas.

6. RISCOS EXCLUÍDOS

Para além das exclusões previstas no artigo 3 das Condições Gerais, aplicáveis às presentes coberturas, com as necessárias adaptações, ao abrigo das presentes coberturas ficarão igualmente excluídos os sinistros que resultem:

a) Direta ou indiretamente, de ato do Segurado/Pessoa Segura ou praticado com a sua cumplicidade, bem como a tentativa de suicídio deste;

b) De acidente em que o Segurado/Pessoa Segura tenha dado origem ao mesmo e tenha acusado uma taxa de alcoolemia superior a 0,50 g/l ou tenha ingerido drogas tóxicas, estupefacientes ou substâncias psicotrópicas não prescritas clinicamente. Considera-se que o Segurado/Pessoa Segura estava sob o efeito de drogas tóxicas, estupefacientes ou substâncias psicotrópicas sempre que seja identificada a presença de qualquer daquelas em circulação no seu organismo ou em qualquer líquido orgânico para os testes de deteção.

7. CESSAÇÃO DA COBERTURA

7.1. Em complemento às situações previstas no artigo 11 das Condições Gerais, a Cobertura Complementar de Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível por Acidente, incluindo por Acidente de Circulação, quando contratada, cessará igualmente os seus efeitos na data em que se verificar alguma das seguintes situações:

a) Tentativa de suicídio por parte do Segurado/Pessoa Segura;

b) Agravamento intencional, qualquer que seja o meio, do grau de invalidez por parte do Segurado/Pessoa Segura;

c) Mobilização do Segurado/Pessoa Segura para tomar parte em operações de guerra, policiamento ou em repressões de atos de terrorismo, quando os referidos riscos estejam garantidos;

d) No termo da anuidade em que o Segurado/Pessoa Segura completar sessenta e cinco (65) anos de idade ou qualquer outra idade diferente desta, desde que indicada nas Condições Particulares da Apólice. Se o Contrato for celebrado sobre duas (2) vidas, a cobertura cessará os seus efeitos na data em que um dos Segurados/Pessoas Seguras atingir a idade acima referida, mantendo-se, no entanto, em vigor para o outro Segurado/Pessoa Segura enquanto este não atingir, por sua vez, a idade em questão.

e) Na data em que o Segurado/Pessoa Segura começar a receber uma pensão de velhice, pré-reforma ou reforma antecipada.

COBERTURA COMPLEMENTAR DOENÇAS GRAVES BASE (DGB)

1. ÂMBITO DA COBERTURA

Quando expressamente previsto nas Condições Particulares da Apólice através do presente Contrato, podem ainda, em complemento à Cobertura Principal de Morte, ficar garantidas as situações de doença grave constantes na presente cobertura.

2. GARANTIAS

Se o Segurado/Pessoa Segura vier a padecer de uma das doenças graves definidas nas alíneas seguintes e desde que indicadas nas Condições Particulares da Apólice, o Segurador garante a antecipação do capital garantido pela Cobertura Principal de Morte, cessando automaticamente, o respetivo contrato. As garantias desta Cobertura Complementar são aplicáveis caso a doença grave seja constatada medicamente no período de vigência das Condições Particulares e antes do fim da anuidade em que o Segurado/Pessoa Segura atinja a idade de permanência contratualmente prevista.

3. DEFINIÇÕES

As Doenças Graves Base ao abrigo do presente Contrato são:

a) Cancro invasivo da Mama

O cancro invasivo da mama é um tumor maligno que se origina na mama e que se caracteriza pelo crescimento descontrolado de células malignas e pela invasão dos tecidos circundantes. O diagnóstico deve ser confirmado por um especialista e evidenciado por histologia claramente definitiva. Estão também cobertos o cancro inflamatório da mama (IBC) e o cancro da mama de Paget.

Exclusões:

- Todos os tipos de cancro não invasivo da mama (por exemplo, carcinoma ductal ou lobular in situ);
- Todos os cancros da mama micro invasivos (T1mic);
- Todos os tumores benignos da mama (por exemplo, os fibroadenomas ou quistos);
- Qualquer displasia, hiperplasia atípica ou necrose gorda;
- Cancinomas invasivos da mama ligados a síndromes hereditárias (por exemplo, síndrome de Cowden).

b) Cancro do Útero

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

Exclusões:

- Todos os cancros que sejam histologicamente classificados como pré-malignos e não invasivos ou cancros in situ (incluindo a displasia cervical CIN-1, CIN-2 e CIN-3);
- As lesões causadas por endometriose;
- Miomas uterinos.

c) Cancro Colorretal (cancro do intestino)

O cancro colorretal é um tumor maligno que se origina no cólon, no reto ou no apêndice e que se caracteriza pelo crescimento descontrolado de células malignas e pela invasão dos tecidos circundantes. O diagnóstico deve ser confirmado por um especialista e evidenciado por histologia claramente definitiva. Estão cobertos os tumores do tecido gastrointestinal do cólon, do reto ou do apêndice com um alto grau de potencial maligno.

Exclusões:

- Todos os cancros histologicamente classificados como pré-malignos e não invasivos ou cancro "in situ" (incluindo adenomas displásicos);
- Pólipos colorretais malignos minimamente invasivos, tratáveis unicamente por procedimentos endoscópicos;
- Os tumores do tecido gastrointestinal (GIST) do cólon, reto ou apêndice com baixo potencial maligno;
- Os tumores carcinóides;
- O cancro colorretal ligado a síndromes hereditárias (por exemplo, a polipose intestinal adenomatosa familiar).

d) Cancro do Pulmão

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

Exclusões:

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

e) Cancro da Próstata

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

Exclusões:

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

f) Enfarte do Miocárdio

Morte de uma parte do músculo cardíaco subsequente a uma insuficiência do fluxo sanguíneo para a área em causa. Esta necrose deve ser recente e o diagnóstico deve ser confirmado por médico especialista, e claramente objetivado por todos os critérios a seguir indicados:

- História de dor torácica (precordialgia) característica;
- Alterações eletrocardiográficas recentes e específicas de enfarte do miocárdio;
- Elevação das enzimas cardíacas específicas de enfarte, troponinas ou outros marcadores bioquímicos.

Exclusões:

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

4. PERÍODO DE CARÊNCIA

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

5. JUSTIFICAÇÃO E RECONHECIMENTO DO DIREITO ÀS IMPORTÂNCIAS SEGURAS

- Em caso de doença grave, sem prejuízo das restantes obrigações previstas no artigo 19 das Condições Gerais, o Segurado/Pessoa Segura deve enviar ao Segurador um relatório elaborado pelo médico assistente, após o diagnóstico de doença grave, preciso e detalhado, descrevendo a sua história clínica e mencionando a data dos primeiros sintomas. Este atestado, por conta do Tomador do Seguro ou do Segurado/Pessoa Segura, deve ser enviado ao Segurador nos sessenta (60) dias que se seguirem ao diagnóstico da doença;
- A doença grave terá que se verificar durante a vigência do Contrato e/ou durante o período em que a cobertura esteja em vigor para o Segurado/Pessoa Segura;
- O Segurado/Pessoa Segura, aquando da subscrição do Contrato de seguro, deve autorizar o seu médico assistente a fornecer, confidencialmente, ao médico representante do Segurador toda a informação médica respeitante ao sinistro declarado;
- A falta de cumprimento por parte do Beneficiário ou do Segurado/Pessoa Segura ao disposto nas alíneas a), b) e c) bem como a falta de verdade nas informações prestadas ao Segurador podem implicar a perda do direito às importâncias seguras ou a suspensão da cobertura enquanto o incumprimento se mantiver;
- No âmbito desta Cobertura Complementar, a indemnização a que houver lugar será paga trinta (30) dias após o diagnóstico inequívoco da doença;
- Na falta de acordo poderá recorrer-se a arbitragem de acordo com as disposições legais em vigor ou a Tribunal Judicial, prevalecendo aquele reconhecimento sobre quaisquer pareceres ou decisões da Segurança Social, Caixa Geral de Aposentações ou qualquer outro regime facultativo ou obrigatório que os substitua ou complemente;
- Os prémios e sobreprémios da Cobertura Principal de Morte bem como os prémios e sobreprémios relativos à Cobertura Complementar de Doenças Graves Base que eventualmente se vençam no decorrer das discussões, devem ser pagos ao Segurador. Se a decisão for no sentido de reconhecer a existência de doença grave nos termos definidos nestas Condições Especiais, o Segurador restituirá as quantias recebidas e pagará, se for caso disso, as importâncias devidas.

6. RISCOS EXCLUÍDOS

Para além dos riscos excluídos mencionados no artigo 3 das Condições Gerais do seguro de vida individual, fica também excluída desta Cobertura Complementar a doença grave resultante de:

- Doenças pré-existentes à data de aceitação do seguro;
- Todas as doenças secundárias ou tumores associados ao síndrome da imunodeficiência humana adquirida ou com ela correlacionadas;
- Ferimentos ou lesões provocados por atos de sequestro, tumultos, insurreição, motins, rixas, terrorismo ou sabotagem, qualquer que seja o lugar em que se desenrolem os acontecimentos e quaisquer que sejam os protagonistas, desde que o Segurado/Pessoa Segura tome parte ativa, exceto em caso de legítima defesa;
- Uso de drogas tóxicas, estupefacientes ou substâncias psicotrópicas não prescritas clinicamente. Considera-se que o Segurado/Pessoa Segura estava sob o efeito de drogas tóxicas, estupefacientes ou substâncias psicotrópicas sempre que seja identificada a presença de qualquer daquelas em circulação no seu organismo ou em qualquer líquido orgânico para os testes de deteção;
- Prática de ações ou omissões em que o Segurado/Pessoa Segura tenha acusado uma taxa de alcoolemia superior a 0,50 g/l;
- Acidente em que o Segurado/Pessoa Segura tenha dado causa ao mesmo e se encontre em estado de alcoolismo ou tenha ingerido drogas não recomendadas clinicamente, conforme definido nas alíneas d) e e) do presente artigo;
- Consequência direta ou indireta de acidentes provocados intencionalmente pelo Segurado/Pessoa Segura ou com a sua cumplicidade bem como a tentativa de suicídio deste.

7. CESSAÇÃO DA COBERTURA

Esta cobertura cessa os seus efeitos:

- a) Por anulação da Cobertura Principal (Morte);
- b) Por pagamento do capital seguro ao abrigo desta Cobertura Complementar;
- c) Se o Segurado/Pessoa Segura tentar suicidar-se;
- d) Agravamento intencional, qualquer que seja o meio, do grau de invalidez por parte do Segurado/Pessoa Segura;
- e) Se o Segurado/Pessoa Segura for mobilizado para tomar parte em operações de guerra, policiamento ou em repressões de atos de terrorismo;
- f) No termo da anuidade em que o Segurado/Pessoa Segura atinja os sessenta e cinco (65) anos de idade;
- g) Se o Contrato for celebrado sobre duas (2) vidas, a cobertura cessará os seus efeitos na data em que um dos Segurados/Pessoas Seguras atinja a idade referida na alínea anterior, mantendo-se no entanto em vigor para o outro Segurado/Pessoa Segura enquanto este não atingir, por sua vez, a idade em questão.

DOENÇAS GRAVES 16 (DG 16)

1. ÂMBITO DA COBERTURA

Quando expressamente previsto nas Condições Particulares da Apólice através do presente Contrato, podem ainda, em complemento à Cobertura Principal de Morte, ficar garantidas as situações de doença grave constantes da presente cobertura.

2. GARANTIAS

2.1. Se o Segurado/Pessoa Segura vier a padecer de uma das doenças graves definidas nas alíneas seguintes e desde que contratadas e constantes nas Condições Particulares da Apólice, o Segurador garante a antecipação do capital garantido pela Cobertura Principal de Morte (até ao limite indicado nas Condições Particulares). **As garantias desta Cobertura Complementar são aplicáveis caso a doença grave seja constatada medicamente no período de vigência das Condições Particulares ou antes do fim da anuidade em que o Segurado/Pessoa Segura atinja a idade de permanência contratualmente prevista.**

2.2. Quando ao abrigo da presente cobertura ficarem garantidos dois (2) Segurados/Pessoas Seguras (no caso do seguro ser sobre duas (2) vidas), a verificação de uma situação de doença grave em relação a um dos Segurados/Pessoas Seguras determina a cessação do Contrato em relação ao outro Segurado/Pessoa Segura.

3. DEFINIÇÕES

As doenças graves ao abrigo do presente Contrato são:

a) Acidente Vascular Cerebral (AVC)

Qualquer incidente vascular cerebral que produza sequelas neurológicas permanentes e irreversíveis. Compreende o enfarte do tecido cerebral, hemorragia cerebral e embolia cerebral de causa extra craniana. **O diagnóstico deve ser confirmado por médico especialista e comprovado por sintomas clínicos típicos, para além dos resultados registados em TAC (Tomografia Axial Computorizada) e RNM (Ressonância Nuclear Magnética) do cérebro.**

A deficiência neurológica deve ser clinicamente documentada por um período de, pelo menos, três (3) meses.

Exclusões:

- Acidentes isquémicos transitórios (TIA);
- Lesões traumáticas do cérebro;
- Sintomas neurológicos secundários a enxaqueca;
- Enfartes lacunares sem deficit neurológico.

b) Cancro

Doença que se manifesta pela presença de um tumor maligno caracterizado por um desenvolvimento incontrolado de células malignas e invasão de tecidos. **O diagnóstico deve ser evidenciado por histologia claramente definida.**

O termo "cancro" inclui as leucemias e as doenças malignas do sistema linfático como Doença de Hodgkin.

Exclusões:

- Os tumores pré-malignos;
- Qualquer etapa de C1N (neoplasia intra-epitelial cervical);
- Tumores não invasivos (cancro in situ);
- Cancro da próstata com estágio 1 (T1a, 1b, 1c);
- Carcinoma basocelular e carcinoma das células escamosas;
- Melanoma maligno estágio IA (T1a, 1b, 1c);
- Qualquer tumor maligno em presença de qualquer vírus da imunodeficiência humana.

c) Cirurgia das Artérias Coronárias (duas ou mais)

A realização de cirurgia de peito aberto para a correção de duas (2) ou mais artérias coronárias, que se encontrem obstruídas, por "by-pass" coronário (CABG - Coronary Artery By-pass Graft). **A necessidade de tal cirurgia deve ser comprovada por meio de angiografia coronária e a realização da cirurgia deve ser confirmada por médico especialista.**

Exclusões:

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

d) Cirurgia por Doença da Aorta

A realização de cirurgia por doença crónica da aorta que necessite de excisão e substituição cirúrgica da aorta por um enxerto. Entende-se por aorta a aorta torácica e abdominal, mas não os seus ramos. **A realização de cirurgia aórtica deve ser confirmada por médico especialista.**

e) Coma

Estado de inconsciência total, sem reação ou resposta a estímulos externos ou necessidades internas, persistindo continuamente durante pelo menos noventa e seis (96) horas, resultando em deficit neurológico permanente. **O diagnóstico deve ser confirmado por médico especialista e por relatório hospitalar credenciado.**

O deficit neurológico deve ser clinicamente documentado por um período de, pelo menos, três (3) meses. Durante o período de inconsciência deverão ter sido utilizados meios complementares de suporte de vida, incluindo a respiração assistida.

Exclusões:

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

f) Doença de Alzheimer

Diagnóstico inequívoco da doença de Alzheimer (demência pré-senil) antes dos sessenta e cinco (65) anos de idade, confirmado por médico especialista e comprovado por resultados clínicos cognitivos e neurorradiológicos (por ex. TC, RM e PET do cérebro). A doença deve resultar numa incapacidade permanente de realizar de forma independente três (3) ou mais atividades da vida diária - tomar banho (capacidade para tomar banho de imersão ou chuveiro sem ajuda de terceiros) vestir-se (capacidade para vestir e despir o vestuário usado habitualmente, incluindo próteses e ortóteses, sem a ajuda de terceiros), higiene pessoal (capacidade para usar o lavatório e manter um nível razoável de higiene, como higiene dentária, pentear-se, barbear-se e limpeza dos órgãos excretores sem a ajuda de terceiros), mobilidade (capacidade de mover-se dentro do local de residência, em superfícies niveladas, sem ajuda de terceiros), continência (capacidade de controlar o funcionamento dos intestinos e/ou bexiga (a incapacidade de controlar uma destas funções, que implique o uso regular de fraldas ou outro tipo de absorvente, considerar-se-á incontinência)), comer/beber (capacidade de ingerir alimentos sólidos e líquidos, preparados e servidos, necessários à sua alimentação, incluindo poder sugar por uma palhinha ou usar outros utensílios adaptados, sem a ajuda de terceiros), ou resultar na necessidade de supervisão e na presença permanente de cuidados especiais por parte de terceiros, devido à doença. **Esta condição deve ser clinicamente documentada por um período de, pelo menos, três (3) meses.**

g) Doença de Parkinson

Diagnóstico inequívoco de doença de Parkinson idiopática ou primária antes dos sessenta e cinco (65) anos, que deve ser confirmado por médico especialista. A doença deve resultar numa incapacidade permanente para realizar de forma independente, três (3) ou mais atividades da vida diária - tomar banho (capacidade para tomar banho de imersão ou chuveiro sem ajuda de terceiros), vestir-se (capacidade para vestir e despir o vestuário usado habitualmente, incluindo próteses e ortóteses, sem a ajuda de terceiros), higiene pessoal (capacidade para usar o lavatório e manter um nível razoável de higiene, como higiene dentária, pentear-se, barbear-se e limpeza dos órgãos excretores sem ajuda de terceiros), mobilidade (capacidade de mover-se dentro do local de residência, em superfícies niveladas, sem ajuda de terceiros), continência (capacidade de controlar o funcionamento dos intestinos e/ou bexiga (a incapacidade de controlar uma destas funções, que implique o uso regular de fraldas ou outro tipo de absorvente, considerar-se-á incontinência)), comer/beber (capacidade de ingerir alimentos sólidos e líquidos, preparados e servidos, necessários à sua alimentação, incluindo poder sugar por uma palhinha ou usar outros utensílios adaptados, sem a ajuda de terceiros) ou deve resultar numa situação de acamado permanente e de incapacidade de se levantar sem ajuda externa. **Esta situação deve ser clinicamente documentada por um período de, pelo menos, três (3) meses.**

Exclusões:

- Todas as outras formas de parkinsonismo que não seja idiopática ou primária.

h) Enfarte do Miocárdio

Morte de uma parte do músculo cardíaco subsequente a uma insuficiência do fluxo sanguíneo para a área em causa. **Esta necrose deve ser recente e o diagnóstico deve ser confirmado por médico especialista, e claramente objetivado por todos os critérios a seguir indicados:**

- História de dor torácica (precordialgia) característica;
- Alterações eletrocardiográficas recentes e específicas de enfarte do miocárdio;
- Elevação das enzimas cardíacas específicas de enfarte, troponinas ou outros marcadores bioquímicos.

Exclusões:

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

i) Esclerose Múltipla

Diagnóstico inequívoco de Esclerose Múltipla estabelecido por médico neurologista. A doença deve ser evidenciada por sintomas clínicos típicos de desmielinização e comprometimento das funções motoras e sensoriais, bem como por resultados verificados através de Ressonância Magnética.

Para comprovar o diagnóstico, o Segurado/Pessoa Segura deve apresentar anomalias neurológicas que tenham existido por um período contínuo de, pelo menos, seis (6) meses, ou ter tido, pelo menos, dois (2) episódios clinicamente documentados com um intervalo de um (1) mês entre eles ou ter tido, pelo menos, um episódio clinicamente documentado em conjunto com resultados característicos no líquido cefalorraquidiano, assim como lesões cerebrais específicas detetadas na Ressonância Magnética.

j) Insuficiência Renal

Fase final de doença renal que se manifesta por uma falha crónica e irreversível da função de ambos os rins, resultando desta a necessidade de realizar regularmente diálise renal (hemodiálise ou diálise peritoneal) ou resultando na necessidade de realizar transplante renal. **O diagnóstico deve ser confirmado por médico especialista.**

k) Paralisia

Perda total e irreversível do uso de dois (2) ou mais membros por paralisia secundária a acidente ou doença da medula espinal. **Esta condição deve ser documentada clinicamente por médico especialista e deverá persistir por, pelo menos, três (3) meses.**

Exclusões:

Paralisia devido a Síndrome de Guillain-Barré.

l) Perda da Fala

Perda total e irreversível da capacidade de falar devido a lesão ou doença das cordas vocais. **Esta situação deve ser confirmada por médico especialista e clinicamente documentada por um período de, pelo menos, seis (6) meses. A perda psicogénica da fala está excluída da cobertura.**

m) Perda da Visão

Perda total, permanente e irreversível da visão em ambos os olhos, como resultado de doença ou acidente. **O diagnóstico deve ser confirmado por médico oftalmologista e evidenciado por resultados de exames auxiliares de diagnósticos específicos.**

n) Queimaduras Graves

Queimaduras do terceiro grau em, pelo menos, 20% da superfície do corpo. **O diagnóstico deve ser confirmado por médico especialista e comprovado clinicamente por resultados específicos pelo método de Lund Browder ou por um calculador de área queimada equivalente.**

o) Substituição e Reparação da Válvula Cardíaca

Valvuloplastia de coração aberto, valvulotomia ou substituição de uma ou mais válvulas cardíacas. Isto inclui a cirurgia das válvulas aórtica, mitral, pulmonar ou tricúspide, devido a uma estenose ou insuficiência ou a uma combinação de ambos os fatores. **A realização da cirurgia de substituição valvular tem que ser confirmada por médico especialista.**

p) Transplante de um Órgão Principal

A realização de transplante de órgãos em que o Segurado/Pessoa Segura participa como recetor de algum dos seguintes órgãos: Coração, Pulmão, Fígado, Pâncreas, Rim, Intestino Delgado ou Medula Óssea. **A realização do transplante deve ser confirmada por médico especialista.**

4. PERÍODO DE CARÊNCIA

O pagamento do capital em caso de doença grave só será efetuado se a doença se manifestar após o decurso de um período de carência de noventa (90) dias, a contar da data de início da Cobertura.

5. JUSTIFICAÇÃO E RECONHECIMENTO DO DIREITO ÀS IMPORTÂNCIAS SEGURAS

a) Em caso de doença grave, sem prejuízo das restantes obrigações previstas no artigo 19 das Condições Gerais, o Segurado/Pessoa Segura deve enviar ao Segurador um relatório elaborado pelo médico assistente, após o diagnóstico de doença grave, preciso e detalhado, descrevendo a sua história clínica e mencionando a data dos primeiros sintomas. Este atestado, por conta do Tomador do Seguro ou do Segurado/Pessoa Segura, deve ser enviado ao Segurador nos sessenta (60) dias que se seguirem ao diagnóstico da doença;

b) A doença grave terá que se verificar durante a vigência do Contrato e/ou durante o período em que a cobertura esteja em vigor para o Segurado/Pessoa Segura;

c) O Segurado/Pessoa Segura, aquando da subscrição do Contrato de seguro, deve autorizar o seu médico assistente a fornecer, confidencialmente, ao médico representante do Segurador toda a informação médica respeitante ao sinistro declarado;

d) A falta de cumprimento por parte do Beneficiário ou do Segurado/Pessoa Segura ao disposto nas alíneas a), b) e c) bem como a falta de verdade nas informações prestadas ao Segurador podem implicar a perda do direito às importâncias seguras ou a suspensão da cobertura enquanto o incumprimento se mantiver;

e) O Segurador pode efetuar, a todo o momento, o controlo que julgar necessário junto do Segurado/Pessoa Segura a fim de poder constatar a realidade do seu estado de saúde ou sobre a doença declarada. Salvo caso de força maior, a recusa do livre acesso junto do Segurador, provocará a suspensão da Garantia. O Segurado/Pessoa Segura deve autorizar o seu médico assistente a fornecer confidencialmente ao médico representante do Segurador toda a informação médica respeitante ao sinistro declarado;

f) No âmbito desta Cobertura Complementar, a indemnização a que houver lugar será paga trinta (30) dias após o diagnóstico inequívoco da doença;

g) Na falta de acordo poderá recorrer-se a arbitragem de acordo com as disposições legais em vigor ou a Tribunal Judicial, prevalecendo aquele reconhecimento sobre quaisquer pareceres ou decisões da Segurança Social, Caixa Geral de Aposentações ou qualquer outro regime facultativo ou obrigatório que os substitua ou complemente;

h) Os prémios e sobreprémios da Cobertura Principal de Morte bem como os prémios e sobreprémios relativos à Cobertura Complementar de Doenças Graves 16 (DG 16) que eventualmente se vençam no decorrer das discussões, devem ser pagos ao Segurador. Se a decisão for no sentido de reconhecer a existência de doença grave nos termos definidos nestas Condições Especiais, o Segurador restituirá as quantias recebidas e pagará, se for caso disso, as importâncias devidas.

6. RISCOS EXCLUÍDOS

Para além dos riscos excluídos mencionados no artigo 3 das Condições Gerais da Cobertura Principal de Morte, fica também excluída desta Cobertura Complementar a doença grave resultante de:

a) Doenças pré-existentes à data de aceitação do seguro;

b) Todas as doenças secundárias ou tumores associados ao síndrome da imunodeficiência humana adquirida ou com ela correlacionadas;

c) Os ferimentos ou lesões provocados por atos de sequestro, tumultos, insurreição, motins, rixas, terrorismo ou sabotagem, qualquer que seja o lugar em que se desenrole os acontecimentos e quaisquer que sejam os protagonistas, desde que o Segurado/Pessoa Segura tome parte ativa, exceto em caso de legítima defesa;

d) Doença acompanhada de infeção por HIV;

e) Qualquer doença e/ou intervenção cirúrgica não definida na presente Cobertura Complementar;

f) Acidente em que o Segurado/Pessoa Segura tenha dado origem ao mesmo e tenha acusado uma taxa de alcoolemia superior a 0,50 g/l, ou tenha ingerido drogas tóxicas, estupefacientes ou substâncias psicotrópicas não prescritas clinicamente. Considera-se que o Segurado/Pessoa Segura estava sob o efeito de drogas tóxicas, estupefacientes ou substâncias psicotrópicas sempre que seja identificada a presença de qualquer daquelas em circulação no seu organismo ou em qualquer líquido orgânico para os testes de deteção;

g) Consequência direta ou indireta de acidentes provocados intencionalmente pelo Segurado/Pessoa Segura ou com a sua cumplicidade bem como a tentativa de suicídio deste.

7. CESSAÇÃO DA COBERTURA

Esta cobertura cessa os seus efeitos:

- Por anulação da Cobertura Principal (Morte);
- Por pagamento do capital seguro ao abrigo desta Cobertura Complementar;
- Se o Segurado/Pessoa Segura tentar suicidar-se;
- Agravamento intencional, qualquer que seja o meio, do grau de invalidez por parte do Segurado/Pessoa Segura;
- Se o Segurado/Pessoa Segura for mobilizado para tomar parte em operações de guerra, policiamento ou em repressões de atos de terrorismo;
- No termo da anuidade em que o Segurado/Pessoa Segura atinja os sessenta e cinco (65) anos de idade;
- Se o Contrato for celebrado por duas (2) vidas, a cobertura cessará os seus efeitos na data em que um dos Segurados/Pessoas Seguras atinja a idade referida na alínea anterior, mantendo-se no entanto em vigor para o outro Segurado/Pessoa Segura enquanto este não atingir, por sua vez, a idade em questão.

COBERTURA COMPLEMENTAR DOENÇAS GRAVES 27 (DG 27)

1. ÂMBITO DA COBERTURA

Quando expressamente previsto nas Condições Particulares da Apólice através do presente Contrato, podem ainda, em complemento à Cobertura Principal de Morte, ficar garantidas as situações de doença grave constantes da presente cobertura.

2. GARANTIAS

2.1. Se o Segurado/Pessoa Segura vier a padecer de uma das doenças graves definidas nas alíneas seguintes e desde que indicadas nas Condições Particulares da Apólice, o Segurador garante o pagamento do capital contratado e fixado nas Condições Particulares da Apólice.

As garantias desta Cobertura Complementar são aplicáveis caso a doença grave seja constatada medicamente no período de vigência das Condições Particulares ou antes do fim da anuidade em que o Segurado/Pessoa Segura atinja a idade de permanência contratualmente prevista.

2.2. Quando ao abrigo da presente cobertura ficarem garantidos dois (2) Segurados/Pessoas Seguras (no caso do seguro ser sobre duas (2) vidas), a verificação de uma situação de doença grave em relação a um dos Segurados/Pessoas Seguras determina a cessação do Contrato em relação ao outro Segurado/Pessoa Segura.

3. DEFINIÇÕES

As doenças graves ao abrigo do presente Contrato são:

a) Acidente Vascular Cerebral (AVC)

Qualquer incidente vascular cerebral que produza sequelas neurológicas permanentes e irreversíveis. Compreende o enfarte do tecido cerebral, hemorragia cerebral e embolia cerebral de causa extra craniana. **O diagnóstico deve ser confirmado por médico especialista e comprovado por sintomas clínicos típicos, para além dos resultados registados em TAC (Tomografia Axial Computorizada) e RNM (Ressonância Nuclear Magnética) do cérebro. A deficiência neurológica deve ser clinicamente documentada por um período de, pelo menos, três (3) meses.**

Exclusões:

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

b) Anemia Aplástica

Diagnóstico inequívoco de insuficiência da medula óssea, confirmada por médico especialista e evidenciado pelo resultado de biopsia da medula óssea. A doença deve resultar em anemia, neutropenia e trombocitopenia e deve necessitar de, pelo menos, um dos seguintes tratamentos:

- Transfusão de produto sanguíneo;
- Agentes estímulantes da medula;
- Agentes imunossuppressores;
- Transplante de medula óssea.

c) Cancro

Doença que se manifesta pela presença de um tumor maligno caracterizado por um desenvolvimento incontrolado de células malignas e invasão de tecidos. **O diagnóstico deve ser evidenciado por histologia claramente definida.**

O termo "cancro" inclui as leucemias e as doenças malignas do sistema linfático como Doença de Hodgkin.

Exclusões:

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

d) Cirurgia das artérias coronárias (duas ou mais)

A realização de cirurgia de peito aberto para a correção de duas (2) ou mais artérias coronárias, que se encontrem obstruídas, por "by-pass" coronário (CABG - Coronary Artery By-pass Graft). **A necessidade de tal cirurgia deve ser comprovada por meio de angiografia coronária e a realização da cirurgia deve ser confirmada por médico especialista.**

Exclusões:

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

e) Cirurgia por Doença da Aorta

A realização de cirurgia por doença crónica da aorta que necessite de excisão e substituição cirúrgica da aorta por um enxerto. Entende-se por aorta a aorta torácica e abdominal, mas não os seus ramos. **A realização de cirurgia aórtica deve ser confirmada por médico especialista.**

f) Coma

Estado de inconsciência total, sem reação ou resposta a estímulos externos ou necessidades internas, persistindo continuamente durante pelo menos noventa e seis (96) horas, resultando em deficit neurológico permanente. **O diagnóstico deve ser confirmado por médico especialista e por relatório hospitalar credenciado. O deficit neurológico deve ser clinicamente documentado por um período de, pelo menos, três (3) meses. Durante o período de inconsciência deverão ter sido utilizados meios complementares de suporte de vida, incluindo respiração assistida.**

Exclusões:

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

g) Doença de Alzheimer

Diagnóstico inequívoco da doença de Alzheimer (demência pré-senil) antes dos sessenta e cinco (65) anos de idade, confirmado por médico especialista e comprovado por resultados clínicos cognitivos e neurorradiológicos (por ex. TC, RM e PET do cérebro). A doença deve resultar numa incapacidade permanente de realizar de forma independente três (3) ou mais atividades da vida diária - tomar banho (capacidade para tomar banho de imersão ou chuveiro sem ajuda de terceiros) vestir-se (capacidade para vestir e despir o vestuário usado habitualmente, incluindo próteses e ortóteses, sem a ajuda de terceiros), higiene pessoal (capacidade para usar o lavatório e manter um nível razoável de higiene, como higiene dentária, pentear-se, barbear-se e limpeza dos órgãos excretores sem a ajuda de terceiros), mobilidade (capacidade de mover-se dentro do local de residência, em superfícies niveladas, sem ajuda de terceiros), continência (capacidade de controlar o funcionamento dos intestinos e/ou bexiga (a incapacidade de controlar uma destas funções, que implique o uso regular de fraldas ou outro tipo de absorvente, considerar-se-á incontinência)), comer/beber (capacidade de ingerir alimentos sólidos e líquidos, preparados e servidos, necessários à sua alimentação, incluindo poder sugar por uma palhinha ou usar outros utensílios adaptados, sem a ajuda de terceiros), ou resultar na necessidade de supervisão e na presença permanente de cuidados especiais por parte de terceiros, devido à doença. **Esta situação deve ser clinicamente documentada por um período de, pelo menos, três (3) meses.**

h) Doença de Parkinson

Diagnóstico inequívoco de doença de Parkinson idiopática ou primária antes dos sessenta e cinco (65) anos, que deve ser confirmado por médico especialista. A doença deve resultar numa incapacidade permanente para realizar de forma independente, três (3) ou mais atividades da vida diária - tomar banho (capacidade para tomar banho de imersão ou chuveiro sem ajuda de terceiros), vestir-se (capacidade para vestir e despir o vestuário usado habitualmente, incluindo próteses e ortóteses, sem a ajuda de terceiros), higiene pessoal (capacidade para usar o lavatório e manter um nível razoável de higiene, como higiene dentária, pentear-se, barbear-se e limpeza dos órgãos excretores sem ajuda de terceiros), mobilidade (capacidade de mover-se dentro do local de residência, em superfícies niveladas, sem ajuda de terceiros), continência (capacidade de controlar o funcionamento dos intestinos e/ou bexiga (a incapacidade de controlar uma destas funções, que implique o uso regular de fraldas ou outro tipo de absorvente, considerar-se-á incontinência)), comer/beber (capacidade de ingerir alimentos sólidos e líquidos,

preparados e servidos, necessários à sua alimentação, incluindo poder sugar por uma palhinha ou usar outros utensílios adaptados, sem a ajuda de terceiros) ou deve resultar numa situação de acamado permanente e de incapacidade de se levantar sem ajuda externa. **Esta situação deve ser clinicamente documentada por um período de, pelo menos, três (3) meses.**

Exclusões:

- Todas as outras formas de parkinsonismo que não seja idiopática ou primária.

i) Doença Neuronal Motora

Diagnóstico inequívoco de doença dos neurónios motores (por ex. esclerose lateral amiotrófica, esclerose lateral primária, paralisia bulbar progressiva, paralisia pseudobulbar) **que deve ser confirmado por médico especialista e comprovado pelos resultados de eletromiografia e letroneurografia.** A doença deve resultar numa incapacidade permanente para realizar de forma independente, três (3) ou mais atividades da vida diária - tomar banho (capacidade para tomar banho de imersão ou chuveiro sem ajuda de terceiros), vestir-se (capacidade para vestir e despir o vestuário usado habitualmente, incluindo próteses e ortóteses, sem a ajuda de terceiros), higiene pessoal (capacidade para usar o lavatório e manter um nível razoável de higiene, como higiene dentária, pentear-se, barbear-se e limpeza dos órgãos excretores sem ajuda de terceiros), mobilidade (capacidade de mover-se dentro do local de residência, em superfícies niveladas, sem ajuda de terceiros), continência (capacidade de controlar o funcionamento dos intestinos e/ou bexiga (a incapacidade de controlar uma destas funções, que implique o uso regular de fraldas ou outro tipo de absorvente, considerar-se-á incontinência)), comer/beber (capacidade de ingerir alimentos sólidos e líquidos, preparados e servidos, necessários à sua alimentação, incluindo poder sugar por uma palhinha ou usar outros utensílios adaptados, sem a ajuda de terceiros) ou deve resultar numa situação de acamado permanente e de incapacidade de se levantar sem ajuda externa. **Esta situação deve ser clinicamente documentada por um período de, pelo menos, três (3) meses.**

j) Doença Hepática Terminal

Doença hepática grave resultando em cirrose que deve ser confirmada por médico especialista e comprovada pela escala de Child-Pugh-Etapa B ou Child-Pugh-Etapa C, relativamente aos seguintes critérios:

- Icterícia permanente (bilirrubina > 2mg/dl ou 35mmol/l);
- Ascite moderada;
- Albumina < 3,5g/l;
- Tempo de protrombina > 4seg. ou INR > 1,7;
- Encefalopatia hepática.

Exclusões:

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

k) Doença Pulmonar Terminal

Insuficiência grave e permanente da função respiratória que deve ser confirmada por médico especialista e comprovada pelos seguintes critérios:

- Redução persistente do volume respiratório por segundo FEV1 para menos de 1 litro (teste respiratório de Tiffeneau);
- Redução persistente da pressão de oxigénio arterial (PaO2) abaixo de 55 mmHg;
- Necessidade permanente de fornecimento de oxigénio.

l) Encefalite

Inflamação do cérebro (hemisfério cerebral, tronco cerebral ou cerebelo) associada a infeções virais ou bacterianas, que deve ser confirmada por médico especialista e comprovada pelos resultados de testes específicos (por ex. análise do sangue e do líquido cefalorraquidiano, TC ou RM do cérebro). A doença deve resultar numa incapacidade permanente para realizar de forma independente, três (3) ou mais atividades da vida diária - tomar banho (capacidade para tomar banho de imersão ou chuveiro sem ajuda de terceiros), vestir-se (capacidade para vestir e despir o vestuário usado habitualmente, incluindo próteses e ortóteses, sem a ajuda de terceiros), higiene pessoal (capacidade para usar o lavatório e manter um nível razoável de higiene, como higiene dentária, pentear-se, barbear-se e limpeza dos órgãos excretores sem ajuda de terceiros), mobilidade (capacidade de mover-se dentro do local de residência, em superfícies niveladas, sem ajuda de terceiros), continência (capacidade de controlar o funcionamento dos intestinos e/ou bexiga (a incapacidade de controlar uma destas funções, que implique o uso regular de fraldas ou outro tipo de absorvente, considerar-se-á incontinência)), comer/beber (capacidade de ingerir alimentos sólidos e líquidos, preparados e servidos, necessários à sua alimentação, incluindo poder sugar por uma palhinha ou usar outros utensílios adaptados, sem a ajuda de terceiros) ou deve resultar numa situação de acamado permanente e de incapacidade de se levantar sem ajuda externa. **Esta situação deve ser clinicamente documentada por um período de, pelo menos, três (3) meses.**

A doença deve resultar numa incapacidade permanente para realizar de forma independente, três (3) ou mais atividades da vida diária - tomar banho (capacidade para tomar banho de imersão ou chuveiro sem ajuda de terceiros), vestir-se (capacidade para vestir e despir o vestuário usado habitualmente, incluindo próteses e ortóteses, sem a ajuda de terceiros), higiene pessoal (capacidade para usar o lavatório e manter um nível razoável de higiene, como higiene dentária, pentear-se, barbear-se e limpeza dos órgãos excretores sem ajuda de terceiros), mobilidade (capacidade de mover-se dentro do local de residência, em superfícies niveladas, sem ajuda de terceiros), continência (capacidade de controlar o funcionamento dos intestinos e/ou bexiga (a incapacidade de controlar uma destas funções, que implique o uso regular de fraldas ou outro tipo de absorvente, considerar-se-á incontinência)), comer/beber (capacidade de ingerir alimentos sólidos e líquidos, preparados e servidos, necessários à sua alimentação, incluindo poder sugar por uma palhinha ou usar outros utensílios adaptados, sem a ajuda de terceiros) ou deve resultar numa situação de acamado permanente e de incapacidade de se levantar sem ajuda externa. **Esta situação deve ser clinicamente documentada por um período de, pelo menos, três (3) meses.**

m) Enfarte do Miocárdio

Morte de uma parte do músculo cardíaco subsequente a uma insuficiência do fluxo sanguíneo para a área em causa. **Esta necrose deve ser recente e o diagnóstico deve ser confirmado por médico especialista, e claramente objetivado por todos os critérios a seguir indicados:**

- História de dor torácica (precordialgia) característica;
- Alterações eletrocardiográficas recentes e específicas de enfarte do miocárdio;
- Elevação das enzimas cardíacas específicas de enfarte, troponinas ou outros marcadores bioquímicos.

Exclusões:

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

n) Esclerose Múltipla

Diagnóstico inequívoco de Esclerose Múltipla estabelecido por médico neurologista. A doença deve ser evidenciada por sintomas clínicos típicos de desmielinização e comprometimento das funções motoras e sensoriais, bem como por resultados verificados através de Ressonância Magnética. Para comprovar o diagnóstico, o Segurado/Pessoa Segura deve apresentar anomalias neurológicas que tenham existido por um período contínuo de, pelo menos, seis (6) meses, ou ter tido, pelo menos, dois (2) episódios clinicamente documentados com um intervalo de um (1) mês entre eles ou ter tido, pelo menos, um episódio clinicamente documentado em conjunto com resultados característicos no líquido cefalorraquidiano, assim como lesões cerebrais específicas detetadas na Ressonância Magnética.

o) Hepatite Viral Fulminante (Insuficiência hepática aguda)

Necrose do fígado sub-maciça a maciça causada por hepatite viral levando precipitadamente a insuficiência hepática. **O diagnóstico deve ser confirmado por médico especialista e comprovado por, pelo menos, três (3) dos seguintes critérios de diagnóstico:**

- Diminuição rápida do volume do fígado;
- Agravamento rápido dos testes de função hepática;
- Intensificação da icterícia;
- Encefalopatia hepática.

p) Insuficiência Renal

Fase final de doença renal que se manifesta por uma falha crónica e irreversível da função de ambos os rins, resultando desta a necessidade de realizar regularmente diálise renal (hemodiálise ou diálise peritoneal) ou resultando na necessidade de realizar transplante renal. **O diagnóstico deve ser confirmado por médico especialista.**

q) Meningite Bacteriana

Inflamação das membranas do cérebro ou da medula espinhal, confirmada por médico especialista e comprovada pelo resultado de testes específicos (por exemplo, análise ao sangue e ao líquido cefalorraquidiano, TC ou RM ao cérebro). A inflamação deve resultar numa incapacidade permanente para realizar de forma independente, três (3) ou mais atividades da vida diária -

tomar banho (capacidade para tomar banho de imersão ou chuveiro sem ajuda de terceiros), vestir-se (capacidade para vestir e despir o vestuário usado habitualmente, incluindo próteses e ortóteses, sem a ajuda de terceiros), higiene pessoal (capacidade para usar o lavatório e manter um nível razoável de higiene, como higiene dentária, pentear-se, barbear-se e limpeza dos órgãos excretores sem ajuda de terceiros), mobilidade (capacidade de mover-se dentro do local de residência, em superfícies niveladas, sem ajuda de terceiros), continência (capacidade de controlar o funcionamento dos intestinos e/ou bexiga (a incapacidade de controlar uma destas funções, que implique o uso regular de fraldas ou outro tipo de absorvente, considerar-se-á incontinência)), comer/beber (capacidade de ingerir alimentos sólidos e líquidos, preparados e servidos, necessários à sua alimentação, incluindo poder sugar por uma palhinha ou usar outros utensílios adaptados, sem a ajuda de terceiros) ou deve resultar numa situação de acamado permanente e de incapacidade de se levantar sem ajuda externa. **Estas condições devem ser clinicamente documentadas por um período de, pelo menos, três (3) meses.**

r) Paralisia

Perda total e irreversível do uso de dois (2) ou mais membros por paralisia secundária a acidente ou doença da medula espinhal. **Esta condição deve ser documentada clinicamente por médico especialista e deverão persistir por, pelo menos, três (3) meses.**

Exclusões:

Paralisia devido a Síndrome de Guillain-Barré.

s) Perda da Audição

Perda total, permanente e irreversível da audição nos dois (2) ouvidos, como resultado de doença ou acidente. **O diagnóstico deve ser confirmado por médico especialista (ouvidos, nariz e garganta) e comprovado por meio de audiometria.**

t) Perda da Fala

Perda total e irreversível da capacidade de falar devido a lesão ou doença das cordas vocais. **Esta situação deve ser confirmada por médico especialista e clinicamente documentada por um período de, pelo menos, seis (6) meses.**

A perda psicogénica da fala está excluída da cobertura.

u) Perda de Membros

Rutura total e irreversível de dois (2) ou mais membros acima do cotovelo/punho ou joelho/tornozelo, como resultado de acidente ou de amputação clinicamente necessária. **O diagnóstico deve ser confirmado por médico especialista.**

v) Perda da Visão

Perda total, permanente e irreversível da visão em ambos os olhos, como resultado de doença ou acidente. **O diagnóstico deve ser confirmado por médico oftalmologista e evidenciado por resultados de exames auxiliares de diagnósticos específicos.**

w) Queimaduras Graves

Queimaduras do terceiro grau em, pelo menos, 20% da superfície do corpo. **O diagnóstico deve ser confirmado por médico especialista e comprovado clinicamente por resultados específicos pelo método de Lund Browder ou por um calculador de área queimada equivalente.**

x) Substituição e Reparação da Válvula Cardíaca

Valvuloplastia de coração aberto, valvulotomia ou substituição de uma ou mais válvulas cardíacas. Isto inclui a cirurgia das válvulas aórtica, mitral, pulmonar ou tricúspide, devido a uma estenose ou insuficiência ou a uma combinação de ambos os fatores. **A realização da cirurgia de substituição valvular tem que ser confirmada por médico especialista.**

y) Transplante de um Órgão Principal

A realização de transplante de órgãos em que o Segurado/Pessoa Segura participa como recetor de algum dos seguintes órgãos: Coração, Pulmão, Fígado, Pâncreas, Rim, Intestino delgado ou Medula Óssea. **A realização do transplante deve ser confirmada por médico especialista.**

z) Traumatismo Craniano Grave

Grande traumatismo na cabeça, com perturbações no funcionamento do cérebro, que deve ser confirmado por médico especialista e comprovado clinicamente através dos resultados em testes neurorradiológicos (por ex. Tomografia Computorizada ou Ressonância Magnética) ao cérebro. O trauma deve resultar numa incapacidade permanente para realizar de forma independente, três (3) ou mais atividades da vida diária - tomar banho (capacidade para tomar banho de imersão ou chuveiro sem ajuda de terceiros), vestir-se (capacidade para vestir e despir o vestuário usado habitualmente, incluindo próteses e ortóteses, sem a ajuda de terceiros), higiene pessoal (capacidade para usar o lavatório e manter um nível razoável de higiene, como higiene dentária, pentear-se, barbear-se e limpeza dos órgãos excretores sem ajuda de terceiros), mobilidade (capacidade de mover-se dentro do local de residência, em superfícies niveladas, sem ajuda de terceiros), continência (capacidade de controlar o funcionamento dos intestinos e/ou bexiga (a incapacidade de controlar uma destas funções, que implique o uso regular de fraldas ou outro tipo de absorvente, considerar-se-á incontinência)), comer/beber (capacidade de ingerir alimentos sólidos e líquidos, preparados e servidos, necessários à sua alimentação, incluindo poder sugar por uma palhinha ou usar outros utensílios adaptados, sem a ajuda de terceiros) ou deve resultar numa situação de acamado permanente e de incapacidade de se levantar sem ajuda externa. **Esta situação deve ser clinicamente documentada por, pelo menos, três (3) meses.**

aa) HIV Ocupacional (prática de profissão clínica)

Infeção por qualquer vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), adquirido como resultado de acidente no decorrer das funções normais de trabalho. Qualquer acidente que possa dar origem a um eventual sinistro deve ser referido à companhia de seguros dentro dos sete (7) dias após o evento, fornecendo um relatório detalhado do acidente e deve ser acompanhado por um teste negativo de anticorpos HIV realizado imediatamente após o acidente. A seroconversão para a infeção por HIV deve ocorrer dentro dos seis (6) meses após o acidente.

4. PERÍODO DE CARÊNCIA

O pagamento do capital em caso de doença grave só será efetuado se a doença se manifestar após o decurso de um período de carência de noventa (90) dias, a contar da data de início da Cobertura.

5. PERÍODO DE SOBREVIVÊNCIA

5.1. Se a morte ocorrer decorridos trinta e um (31) dias após se manifestar a doença grave, há lugar ao pagamento do capital da Cobertura Principal de Morte.

5.2. Se a morte ocorrer antes de decorridos trinta e um (31) dias, contados da data da primeira manifestação da doença, o capital pago em caso de doença grave será deduzido do capital por morte.

6. JUSTIFICAÇÃO E RECONHECIMENTO DO DIREITO ÀS IMPORTÂNCIAS SEGURAS

a) Em caso de doença grave, sem prejuízo das restantes obrigações previstas no artigo 19 das Condições Gerais, o Segurado/Pessoa Segura deve enviar ao Segurador um relatório elaborado pelo médico assistente, após o diagnóstico de doença grave, preciso e detalhado, descrevendo a sua história clínica e mencionando a data dos primeiros sintomas. Este atestado, por conta do Tomador do Seguro ou do Segurado/Pessoa Segura, deve ser enviado ao Segurador nos sessenta (60) dias que se seguirem ao diagnóstico da doença.

b) A doença grave terá que se verificar durante a vigência do Contrato e/ou durante o período em que a cobertura esteja em vigor para o Segurado/Pessoa Segura;

c) O Segurado/Pessoa Segura, aquando da subscrição do Contrato de seguro, deve autorizar o seu médico assistente a fornecer, confidencialmente, ao médico representante do Segurador toda a informação médica respeitante ao sinistro declarado;

d) A falta de cumprimento por parte do Beneficiário ou do Segurado/Pessoa Segura ao disposto nas alíneas a), b) e c) bem como a falta de verdade nas informações prestadas ao Segurador podem implicar a perda do direito às importâncias seguras ou a suspensão da cobertura enquanto o incumprimento se mantiver;

e) O Segurador pode efetuar, a todo o momento, o controlo que julgar necessário junto do Segurado/Pessoa Segura a fim de poder constatar a realidade do seu estado de saúde ou sobre a doença declarada. Salvo caso de força maior, a recusa do livre acesso junto do Segurador, provocará a suspensão da Garantia. O Segurado/Pessoa Segura deve autorizar o seu médico assistente a fornecer confidencialmente ao médico representante do Segurador toda a informação médica respeitante ao sinistro declarado;

f) No âmbito desta Cobertura Complementar, a indemnização a que houver lugar será paga trinta (30) dias após o diagnóstico inequívoco da doença;

g) Na falta de acordo poderá recorrer-se a arbitragem de acordo com as disposições legais em vigor ou a Tribunal Judicial, prevalecendo aquele reconhecimento sobre quaisquer pareceres ou decisões da Segurança Social, Caixa Geral de Aposentações ou qualquer outro regime facultativo ou obrigatório que os substitua ou complemente.

h) Os prémios e sobreprémios da Cobertura Principal de Morte bem como os prémios e sobreprémios relativos à Cobertura Complementar de Doenças Graves 27 (DG27) que eventualmente se vençam no decorrer das discussões, devem ser pagos ao Segurador. Se a decisão for no sentido de reconhecer a existência de doença grave nos termos definidos nestas Condições Especiais, o Segurador restituirá as quantias recebidas e pagará, se for caso disso, as importâncias devidas.

7. RISCOS EXCLUÍDOS

Para além dos riscos excluídos mencionados no artigo 3 das Condições Gerais da Cobertura Principal de Morte, fica também excluída desta Cobertura Complementar a doença grave resultante de:

a) Doenças pré-existentes à data de aceitação do seguro;

b) Todas as doenças secundárias ou tumores associados ao síndrome da imunodeficiência humana adquirida ou com ela correlacionadas;

c) Os ferimentos ou lesões provocados por atos de sequestro, tumultos, insurreição, motins, rixas, terrorismo ou sabotagem, qualquer que seja o lugar em que se desenrolem os acontecimentos e quaisquer que sejam os protagonistas, desde que o Segurado/Pessoa Segura tome parte ativa, exceto em caso de legítima defesa;

d) Doença acompanhada de infeção por HIV;

e) Qualquer doença e/ou intervenção cirúrgica não definida na presente Cobertura Complementar;

f) O estado de alcoolismo e ingestão de drogas quando não recomendadas clinicamente;

g) De acidente em que o Segurado/Pessoa Segura tenha dado origem ao mesmo e tenha acusado uma taxa de alcoolemia superior a 0,50 g/l ou tenha ingerido drogas tóxicas, estupefacientes ou substâncias psicotrópicas não prescritas clinicamente. Considera-se que o Segurado/Pessoa Segura estava sob o efeito de drogas tóxicas, estupefacientes ou substâncias psicotrópicas sempre que seja identificada a presença de qualquer daquelas em circulação no seu organismo ou em qualquer líquido orgânico para os testes de deteção;

h) Consequência direta ou indireta de acidentes provocados intencionalmente pelo Segurado/Pessoa Segura ou com a sua cumplicidade bem como a tentativa de suicídio deste.

8. CESSAÇÃO DA COBERTURA

Esta cobertura cessa os seus efeitos:

- Por anulação da Cobertura Principal (Morte);
- Por pagamento do capital seguro ao abrigo desta Cobertura Complementar;
- Se o Segurado/Pessoa Segura tentar suicidar-se;
- Agravamento intencional, qualquer que seja o meio, do grau de invalidez por parte do Segurado/Pessoa Segura;
- Se o Segurado/Pessoa Segura for mobilizado para tomar parte em operações de guerra, policiamento ou em repressões de atos de terrorismo;
- No termo da anuidade em que o Segurado/Pessoa Segura atinja os sessenta e cinco (65) anos de idade;
- Se o Contrato for celebrado por duas (2) vidas, a cobertura cessará os seus efeitos na data em que um dos Segurados/Pessoas Seguras atinja a idade referida na alínea anterior, mantendo-se no entanto em vigor para o outro Segurado/Pessoa Segura enquanto este não atingir, por sua vez, a idade em questão.

COBERTURA COMPLEMENTAR DOENÇAS GRAVES PLUS

1. ÂMBITO DA COBERTURA

Quando expressamente previsto nas Condições Particulares da Apólice através do presente Contrato, podem ainda, em complemento à Cobertura Principal de Morte, ficar garantidas as situações de doença grave constantes da presente cobertura.

2. GARANTIAS

2.1. Se o Segurado/Pessoa Segura vier a padecer de uma das doenças graves definidas nas alíneas seguintes e desde que indicadas nas Condições Particulares da Apólice, o Segurador garante a antecipação de 10.000 (dez mil) Euros do capital garantido pela Cobertura Principal (Morte), mantendo-se o Contrato em vigor pelo capital remanescente na Cobertura Principal de Morte. A Cobertura de Doenças Graves Plus só pode ser subscrita em conjunto com as Coberturas Complementares de Proteção Extra Care. **As garantias desta Cobertura Complementar são aplicáveis caso a doença grave seja constatada medicamente no período de vigência das Condições Particulares ou antes do fim da anuidade em que o Segurado/Pessoa Segura atinja a idade de permanência contratualmente prevista.**

2.2. Quando ao abrigo da presente Cobertura ficarem garantidos dois (2) Segurados/Pessoas Seguras (no caso do seguro ser sobre duas (2) vidas), a verificação de uma situação de doença grave em relação a um dos Segurados/Pessoas Seguras determina a cessação do Contrato em relação ao outro Segurado/Pessoa Segura.

3. DEFINIÇÕES

As Doenças Graves Plus ao abrigo do presente Contrato são:

a) Cancro

Tumor maligno caracterizado por não estar encapsulado e pelo crescimento e dispersão descontrolada de células malignas e pela invasão de tecidos.

Situações excluídas:

- os Tumores não invasivos ou "in-situ";
- qualquer tumor histologicamente descrito como pré-maligno, ou que apenas mostre as primeiras alterações malignas;
- os tumores relacionados com o vírus da imunodeficiência humana (HIV), ou doenças relacionadas com infeções na evolução do HIV;
- os cancros da pele com exceção dos melanomas malignos;
- o cancro papilar da bexiga.

b) Neurocirurgia

Qualquer intervenção cirúrgica ao crânio ou a outra estrutura intracraniana.

Situações excluídas:

A craniotomia quando a patologia for consequência de lesão traumática.

c) Cirurgia "by-pass" das Artérias Coronárias (Re-Vascularização Miocárdica)

Estão cobertas as intervenções cirúrgicas de "by-pass" coronário que se destinem a corrigir a estenose e/ou obstrução de uma ou mais artérias coronárias. **A necessidade de tal cirurgia deve ser comprovada por meio de angiografia coronária e a realização da cirurgia deve ser confirmada por médico especialista.**

Situações excluídas:

- as técnicas não cirúrgicas de dilatação ou de desobstrução como por exemplo as técnicas de dilatação percutâneas;
- as cirurgias motivadas por lesões traumáticas ou alterações congénitas das coronárias aórticas.

d) Substituição da Válvula Cardíaca

Valvulotomia ou substituição total de uma ou mais válvulas cardíacas. Inclui a cirurgia das válvulas aórtica, mitral, pulmonar ou tricúspide, devido a estenose ou insuficiência ou a uma combinação de ambos os fatores. **A realização da cirurgia de substituição tem de ser confirmada por médico especialista e ficará dependente da evidência angiográfica da doença subjacente.**

Situações excluídas:

Cirurgia corretiva de alterações congénitas das válvulas cardíacas.

e) Transplante de Órgãos

Na qualidade de recetor, o transplante cirúrgico de Coração, Pulmão, Fígado, Rim, Pâncreas, ou Medula Óssea resultante da perda total e irreversível da respetiva função orgânica. O órgão ou medula óssea deverá ser substituído por outro do mesmo tipo e proveniente de outro ser humano identificado como dador. **A realização do transplante deve ser confirmada por médico especialista.**

Situações excluídas:

A necessidade do transplante resultar de patologia congénita, de cirrose hepática, de etiologia alcoólica, ou o transplante configurar um ato cirúrgico de autotransplante, com exceção de transplante de medula óssea.

4. PERÍODO DE CARÊNCIA

O pagamento do capital em caso de doença grave só será efetuado se a doença se manifestar cento e oitenta (180) dias após a data de início da Cobertura.

5. JUSTIFICAÇÃO E RECONHECIMENTO DO DIREITO À IMPORTÂNCIAS SEGURAS

a) Em caso de doença grave, sem prejuízo das restantes obrigações previstas no artigo 19 das Condições Gerais, o Segurado/Pessoa Segura deve enviar ao Segurador um relatório elaborado pelo médico assistente, após o diagnóstico de doença grave, preciso e detalhado, descrevendo a sua história clínica e mencionando a data dos primeiros sintomas. Este atestado, por conta do Tomador do Seguro ou do Segurado/Pessoa Segura, deve ser enviado ao Segurador nos sessenta (60) dias que se seguirem ao diagnóstico da doença;

b) A doença grave terá que se verificar durante a vigência do Contrato e/ou durante o período em que a cobertura esteja em vigor para o Segurado/Pessoa Segura;

c) O Segurado/Pessoa Segura, aquando da subscrição do Contrato de seguro, deve autorizar o seu médico assistente a fornecer, confidencialmente, ao médico representante do Segurador toda a informação médica respeitante ao sinistro declarado;

d) A falta de cumprimento por parte do Beneficiário ou do Segurado/Pessoa Segura ao disposto nas alíneas a), b) e c) bem como a falta de verdade nas informações prestadas ao Segurador podem implicar a perda do direito às importâncias seguras ou a suspensão da cobertura enquanto o incumprimento se mantiver;

e) No âmbito desta Cobertura Complementar, a indemnização a que houver lugar será paga trinta (30) dias após o diagnóstico inequívoco da doença;

f) Na falta de acordo poderá recorrer-se a arbitragem de acordo com as disposições legais em vigor ou a Tribunal Judicial, prevalecendo aquele reconhecimento sobre quaisquer pareceres ou decisões da Segurança Social, Caixa Geral de Aposentações ou qualquer outro regime facultativo ou obrigatório que os substitua ou complemente;

g) Os prémios e sobreprémios da Cobertura Principal de Morte bem como os prémios e sobreprémios relativos à Cobertura Complementar de Doenças Graves Plus que eventualmente se vençam no decorrer das discussões, devem ser pagos ao Segurador. Se a decisão for no sentido de reconhecer a existência de doença grave nos termos definidos nestas Condições Especiais, o Segurador restituirá as quantias recebidas e pagará, se for caso disso, as importâncias devidas.

6. RISCOS EXCLUÍDOS

Para além dos riscos excluídos mencionados no artigo 3 das Condições Gerais do seguro de vida individual, fica também excluída desta Cobertura Complementar a doença grave resultante de:

- Doenças pré-existentes à data de aceitação do seguro;
- Todas as doenças secundárias ou tumores associados ao síndrome da imunodeficiência humana adquirida ou com ela correlacionadas, incluindo a doença conhecida como "Sarcoma de Kaposi";
- Qualquer doença coronária tratada com técnicas que não requeiram cirurgia;
- Qualquer tipo de angioplastia;
- Qualquer doença que tenha sido causada por um Transplante de Órgão, salvo se a referida doença estiver garantida ao abrigo da alínea e) do artigo 3;
- Os ferimentos ou lesões provocadas por atos de sequestro, tumultos, insurreição, motins, rixas, terrorismo ou sabotagem, qualquer que seja o lugar em que se desenrolem os acontecimentos e quaisquer que sejam os protagonistas, desde que o Segurado/Pessoa Segura tome parte ativa, exceto em caso de legítima defesa;
- Qualquer doença grave que seja objeto de diagnóstico previamente ao termo do período de carência previsto no artigo 4;
- Qualquer doença grave causada intencionalmente ou dolosamente pelo Segurado/Pessoa Segura, ou motivada em consequência de atos de imprudência temerária ou negligência grave do Segurado/Pessoa Segura;
- O estado de alcoolismo e ingestão de drogas quando não recomendadas clinicamente;
- Acidente em que o Segurado/Pessoa Segura tenha dado origem ao mesmo e tenha acusado uma taxa de alcoolemia superior a 0,50 g/l, ou tenha ingerido drogas tóxicas, estupefacientes ou substâncias psicotrópicas não prescritas clinicamente. Considera-se que o Segurado/Pessoa Segura estava sob o efeito de drogas tóxicas, estupefacientes ou substâncias psicotrópicas sempre que seja identificada a presença de qualquer daquelas em circulação no seu organismo ou em qualquer líquido orgânico para os testes de deteção;
- Ocorrência de riscos nucleares;
- Consequência direta ou indireta de acidentes provocados intencionalmente pelo Segurado/Pessoa Segura ou com a sua cumplicidade bem como a tentativa de suicídio deste.

7. CESSAÇÃO DA COBERTURA

Esta cobertura cessa os seus efeitos:

- Por anulação da Cobertura Principal (Morte);
- Por pagamento do capital seguro ao abrigo desta Cobertura Complementar;
- Se o Segurado/Pessoa Segura tentar suicidar-se;
- Agravamento intencional, qualquer que seja o meio, do grau de invalidez por parte do Segurado/Pessoa Segura;
- Se o Segurado/Pessoa Segura for mobilizado para tomar parte em operações de guerra, policiamento ou em repressões de atos de terrorismo;
- No termo da anuidade em que o Segurado/Pessoa Segura atinja os sessenta e cinco (65) anos de idade;
- Se o Contrato for celebrado por duas (2) vidas, a cobertura cessará os seus efeitos na data em que um dos Segurados/Pessoas Seguras atinja a idade referida na alínea anterior, mantendo-se no entanto em vigor para o outro Segurado/Pessoa Segura enquanto este não atingir, por sua vez, a idade em questão.

COBERTURAS COMPLEMENTARES PROTEÇÃO EXTRA CARE

I) PARTE GERAL

1. ÂMBITO DAS COBERTURAS

1.1. Quando expressamente previsto nas Condições Particulares da Apólice, podem ainda, em complemento à Cobertura Principal de Morte, ficar garantidas as "Despesas de Hospitalização Extra Care", o "Tratamento de Doenças Graves Extra Care" e a "Segunda Opinião Médica" nos termos previstos na Parte Especial.

1.2. Estas Coberturas Complementares devem ser subscritas em conjunto com a Cobertura Complementar de Doenças Graves Plus.

1.3. As Coberturas Complementares de Despesas de Hospitalização Extra Care e Tratamento de Doenças Graves Extra Care são subscritas em conjunto e, quando subscritas, a Cobertura Complementar Segunda Opinião Médica também o deve ser.

1.4. Estas Coberturas Complementares aplicam-se e são válidas para cada Segurado/Pessoa Segura nos contratos em que a Cobertura Principal por Morte segura duas (2) vidas e desde que cada Segurado/Pessoa Segura as subscreva.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Para efeitos do disposto nas presentes coberturas complementares entende-se por:

Segurador: Generali Seguros, S.A, gestora das presentes coberturas, doravante Segurador. A contratação do Segurador para a gestão integral destas Coberturas Complementares não nos eximirá da responsabilidade pelo cumprimento das obrigações assumidas ao abrigo da Apólice. Os custos com a contratação de terceiros para a prestação de serviços especializados no âmbito da gestão destas Coberturas Complementares são da responsabilidade do Segurador.

Advancicare: Entidade adiante designada por Administrador que, por conta do Segurador, organiza a Rede de Prestadores, procede à gestão das prestações devidas pelo contrato e articula o pagamento direto das despesas médicas, quer aos prestadores convencionados, nomeadamente médicos, hospitais, centros de diagnósticos, quer aos Segurados/Pessoas Seguras.

Rede de Prestadores: Conjunto de prestadores de cuidados de saúde, nomeadamente médicos, hospitais, clínicas, centros de diagnóstico e outras unidades de saúde com as quais o Segurador e/ou o Administrador tenha celebrado um acordo de prestação de serviços e que assegurem aos Segurados/Pessoas Seguras a execução dos serviços garantidos pelo contrato no âmbito das prestações convencionadas.

Acidente: O acontecimento fortuito, súbito e anormal, devido a causa exterior e estranha à vontade do Segurado/Pessoa Segura e que neste origine lesões corporais que possam ser clínica e objetivamente constatadas.

Doença: Toda a alteração involuntária do estado de saúde, não causada por acidente e suscetível de constatação médica objetiva.

Acidente/Doença Pré-existente: Efeitos de acidentes ocorridos ou quaisquer doenças manifestadas antes da data de celebração do Contrato e dos quais o Segurado/Pessoa Segura ainda é portador à data do início da mesma.

Doença Manifestada: Doença que se haja revelado, tenha sido objeto de um diagnóstico inequívoco e/ou dado lugar ao respetivo tratamento.

Doença Súbita: Toda e qualquer doença que requeira tratamento de urgência em hospital, quer em regime de internamento, quer em regime ambulatório.

Prestações Convencionadas: Despesas médicas efetuadas pelos Segurados/Pessoas Seguras na Rede de Prestadores previamente indicada, sendo a comparticipação a cargo do Segurador paga diretamente aos prestadores.

Prestações Indemnizações: Despesas médicas efetuadas pelos Segurados/ Pessoas Seguras fora da Rede de Prestadores e que dão origem a um reembolso direto do Segurador aos Segurados/Pessoas Seguras de acordo com a percentagem estipulada nas Condições Particulares.

Despesa Médica: Despesa realizada pelo Segurado/Pessoa Segura para aquisição de Serviços clinicamente necessários, desde que prescritos ou realizados por médico.

Serviços Clinicamente Necessários: Bens, serviços ou cuidados de saúde que sejam cumulativamente:

- Necessários para tratamento de doença ou de lesão resultante de acidente das Pessoas Seguras;
- Adequados à situação diagnosticada;
- Prestados da forma mais eficiente em termos de custo e mais adequada ao tipo de serviço a prestar;
- De reconhecida validade clínica face ao quadro clínico do Segurado/Pessoa Segura e de acordo com os protocolos e padrões reconhecidos pela comunidade médica;

Pré-Autorização: Aprovação dada pelos serviços clínicos do Administrador ou do Segurador, quando exigível nos termos da Apólice, que permite aos Segurados/Pessoas Seguras o acesso aos cuidados de saúde garantidos pelo presente Contrato;

Médico: O licenciado por Faculdade de Medicina, legalmente autorizado a exercer a profissão no respetivo país, ficando excluídos todos os que exerçam especialidades não reconhecidas pela Ordem dos Médicos ou organismo equivalente do país em que o ato tem lugar;

Hospital ou Clínica: Estabelecimento legalmente reconhecido onde são prestados serviços permanentes de saúde aos Segurados/Pessoas Seguras, por médicos e enfermeiros diplomados, não sendo, para efeitos deste Contrato, considerados como tal termas, sanatórios, casas de repouso, centros de toxicod dependência e alcoólicos e outros estabelecimentos similares.

2.2. Sempre que a interpretação do texto o permita, o masculino englobará o feminino e o singular o plural e vice versa.

3. PERÍODOS DE CARÊNCIA

3.1. Salvo disposição em contrário nas Condições Particulares, a entrada em vigor destas Coberturas Complementares só se verificará em caso de doença, após o decurso de um período de carência de noventa (90) dias.

3.2. O período de carência é alargado para:

a) 1 ano (365 dias) nos casos motivados por:

- Intervenção cirúrgica às varizes dos membros inferiores;
- Intervenção cirúrgica a úlcera gastroduodenal;
- Intervenção cirúrgica do foro ginecológico por patologia benigna;
- Litotricia renal e vesicular;
- Hemorroidectomia;
- Mastectomia por patologia benigna;
- Tireoidectomia por patologia benigna;
- Colectistectomia.

b) 2 anos (730 dias) nos casos de despesas motivadas por:

- Operações aos ouvidos, nariz e garganta;
- Qualquer ato cirúrgico ao joelho;
- Uvulopalatoplastia (patologia do sono);
- Tratamento às cataratas;
- Intervenção cirúrgica às hérnias.

3.3. Não haverá período de carência em caso de acidente que requeira tratamento de urgência em hospital, quer em regime de internamento, quer em regime de ambulatório. Considera-se tratamento de urgência aquele que deva ser efetuado no prazo máximo de quarenta e oito (48) horas após o sinistro.

3.4. Sem prejuízo do acima disposto, relativamente às despesas garantidas ao abrigo de "Tratamento de Doenças Graves Extra Care" e de "Despesas de Hospitalização Extra Care" será aplicado um período de carência de 6 meses (180 dias).

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Para além do previsto no artigo 3 das Condições Gerais da Cobertura Principal por Morte, não fica garantido ao abrigo destas Coberturas Complementares:

- a) Doenças ou acidentes pré-existentis;
- b) Situações relacionadas com gravidez, parto e interrupção da gravidez;
- c) Doenças ou mal formações congénitas;
- d) Tratamento ou Cirurgias de caráter estético ou plástico, exceto quando consequência de acidente ocorrido ou doença manifestada durante a vigência do Contrato;
- e) Tratamentos de emagrecimento, incluindo os relativos à obesidade mórbida e rejuvenescimento;
- f) Consultas e/ou tratamentos de infertilidade ou qualquer método de fecundação artificial;
- g) Alcoolismo e tratamentos devidos à Toxicodependência;
- h) Doenças resultantes dos efeitos de radioatividade;
- i) Hemodiálise;
- j) Transplante de órgãos e suas implicações;
- k) SIDA e suas implicações;
- l) Tratamento às varizes, nomeadamente injeções esclerosantes e laser;
- m) Intervenção cirúrgica às amígdalas e aos adenóides;
- n) Internamento/tratamento refractivo à miopia, astigmatismo e hipermetropia (cirúrgico ou laser);
- o) Cirurgia para correção da rinopatia, apneia do sono, exceto as necessárias ao tratamento da apneia do sono grave, devidamente comprovada;
- p) Cirurgias a hérnias de qualquer natureza, quando as mesmas não se encontram devidamente comprovadas através de exame auxiliar de diagnóstico;
- q) Doenças epidémicas oficialmente declaradas;
- r) Acidentes de trabalho e doenças profissionais;
- s) Lesões resultantes de calamidades naturais, atos de terrorismo, atos de guerra, guerra civil e perturbações de ordem pública, intervenção em atos criminosos, intervenção em rixas, salvo em legítima defesa, própria ou alheia de bens e pessoas;
- t) Os acidentes derivados de prática de esqui e outros desportos de neve, esqui aquático, motonáutica, canoagem, equitação;
- u) Prática profissional de desportos;
- v) Prática de desportos motorizados, a título profissional ou amador, pontualmente ou com caráter de regularidade;
- w) Os acidentes inerentes à utilização de veículos motorizados, incluindo os de duas (2) rodas, quando as despesas deles resultantes devam ser indemnizadas no âmbito da responsabilidade civil automóvel;

x) As presentes Coberturas Complementares não garantem o pagamento de quaisquer despesas médicas ou medicamentosas reclamadas pela rede de hospitais e outras instituições que integrem o Serviço Nacional de Saúde, quando o Segurado/Pessoa Segura, sendo beneficiário de tal serviço, aí for assistido.

Fica no entanto garantido o pagamento das respetivas taxas moderadoras.

4.2. De igual modo não fica garantido o pagamento de quaisquer despesas relacionadas com:

- Curas de repouso, exames de rotina e check up;
- Intervenções cirúrgicas com finalidades contraceptivas;
- Atos realizados por médicos que sejam cônjuge, pais, filhos, ou irmãos do Segurado/Pessoa Segura;
- Serviços que não sejam clinicamente necessários;
- Deslocação e alojamento em Portugal e no estrangeiro, salvo quando os mesmos se encontrarem taxativamente garantidos ao abrigo das coberturas contratadas;
- Tratamentos não reconhecidos oficialmente pela Ordem dos Médicos Portuguesa.

5. CADUCIDADE DAS GARANTIAS

As garantias conferidas por estas Coberturas Complementares, caducam, para além do disposto nas Condições Gerais da Cobertura Principal de Morte e nas previstas na Lei, no final da anuidade em que o Segurado/Pessoa Segura complete setenta e cinco (75) anos de idade ou setenta (70) anos caso a idade no momento de adesão for superior a quarenta e cinco (45) anos.

6. EFEITOS DA CESSAÇÃO DAS GARANTIAS

6.1. Em caso de resolução da Cobertura Principal de Morte ou da cessação da Cobertura Complementar, ficam garantidas, até que se esgote o capital seguro ainda disponível relativo ao último período de vigência do Contrato, as prestações contratuais devidas em consequência de doenças manifestadas durante o período de vigência da Apólice ou outros factos ocorridos na vigência da Apólice, desde que cobertas por estas Coberturas Complementares.

6.2. A obrigação no número anterior, sem prejuízo das regras sobre participação de sinistros previstos na Apólice ou na respetiva Cobertura Complementar, apenas se verifica em relação a doenças manifestadas e outros factos ocorridos cobertos pela Apólice, desde que participados ao Segurador até trinta (30) dias após o termo de vigência do Contrato, salvo justo impedimento.

6.3. A obrigação do Segurador cessa, em qualquer caso, decorridos que sejam dois (2) anos sobre a data de vigência do Contrato.

7. OBRIGAÇÕES DO TOMADOR DO SEGURO OU DO SEGURADO/PESSOA SEGURA EM CASO DE SINISTRO

7.1. Em caso de doença ou acidente garantido ao abrigo das presentes Coberturas Complementares, o Tomador do Seguro e/ou o Segurado/Pessoa Segura obrigam-se a:

- a) Nas prestações convencionadas:
 - Selecionar um prestador da Rede de Prestadores indicada pelo Segurador;
 - Pagar ao prestador a parte de despesa que fica a seu cargo, conforme definido nas Condições Particulares.
 - b) Nas Prestações Indemnizatórias:
 - Apresentar o impresso de sinistros devidamente preenchido;
 - Solicitar pré-autorização junto do Administrador ou do Segurador;
 - Apresentar a prescrição médica para os exames complementares de diagnóstico e tratamentos realizados, bem como para os medicamentos adquiridos;
 - Quando a Despesa tiver sido realizada no estrangeiro e a mesma estiver garantida por uma das Coberturas Complementares descritas nesta Condição Especial, os respetivos recibos originais terão obrigatoriamente de:
 - i) Estar redigidos em português inglês, francês, ou espanhol;
 - ii) Indicar o nome do doente a que respeitam;
 - iii) Identificar os serviços prestados e a especialidade médica;
 - iv) Obedecer às normas legais, nomeadamente as de natureza fiscal.
- Apresentar no prazo máximo de cento e oitenta dias (180) dias a contar da data de realização do ato médico em causa, os recibos originais das despesas efetuadas, os quais terão obrigatoriamente que indicar o nome do doente a que respeitam, discriminar serviços prestados, a especialidade médica e obedecer às normas legais e fiscais. Quando a despesa for apresentada a pagamento fora do prazo e desde que não tenham existido impedimentos objetivos em relação ao Segurado/Pessoa Segura ou Tomador do Seguro, de o fazer no prazo acordado, ao valor da indemnização a pagar deverão ser deduzidos as perdas e danos decorrentes de tal

incumprimento que, para o efeito, poderão variar entre 5% e 10% do valor indemnizável, atendendo ao valor da despesa em causa e a data de apresentação a pagamento;

- Quando o Tomador do Seguro/Segurado tiver previamente acionado outro sub-sistema de saúde ou contrato de seguro, deverá apresentar fotocópia da prescrição médica e do recibo das despesas efetuadas, bem como um documento original comprovativo de parte da despesa não reembolsada ao abrigo do sub-sistema ou contrato de seguro anteriormente acionado. Neste último caso, o prazo contará a partir da data de declaração de pagamento emitida pela Entidade/Segurador responsável.

7.2. Os Segurados/Pessoas Seguras deverão igualmente solicitar a pré-autorização aos serviços clínicos do Administrador ou do Segurador sempre que estiver em causa a realização de:

- Despesas garantidas ao abrigo da Cobertura Complementar de Despesas de Hospitalização Extra Care quando motivadas por doença ou acidente;

- Despesas garantidas ao abrigo da Cobertura Complementar de Tratamento de Doenças Graves Extra Care.

7.3. Se por uma situação de urgência não for possível solicitar a pré-autorização, devem ser contactados os serviços clínicos do Administrador no prazo de quarenta e oito (48) horas, ou no mais curto espaço de tempo. Quando o Segurado/Pessoa Segura solicitar um termo de Responsabilidade e, atendendo ao tipo de casos médicos, seja previsível que exceda o capital seguro disponível, o Administrador ou o Segurador podem solicitar ao Segurado/Pessoa Segura a prestação de garantias que assegurem a restituição do valor adiantado pelo Segurador, mas não garantido pelo Contrato.

7.4. O Tomador do Seguro e/ou Segurados/Pessoas Seguras obrigam-se a tomar todas as providências para evitar, ou pelo menos, diminuir o agravamento das consequências do acidente ou doença;

7.5. O Tomador do Seguro e os Segurados/Pessoas Seguras responderão por perdas e danos caso não sejam seguidos os procedimentos previstos nos pontos anteriores.

7.6. O Tomador do Seguro e o Segurado/Pessoa Segura, autorizam o Segurador a ceder ao Administrador e o Segurador toda a informação confidencial sobre o Contrato.

7.7. O Tomador do Seguro e o Segurado/Pessoa Segura, autorizam os médicos ou hospitais a que tenham recorrido a facultar aos serviços clínicos do Administrador ou o Segurador, os relatórios e quaisquer outros documentos que estes tenham por conveniente para documentar o processo.

8. PAGAMENTO DA INDEMNIZAÇÃO

8.1. No caso das prestações indemnizatórias, a Generali Seguros, S.A. pagará o montante devido no prazo de quinze (15) dias úteis, após a receção do pedido de participação e dos documentos, referidos no artigo 7, necessários para a regularização do sinistro.

8.2. Os pagamentos devidos pela Generali Seguros, S.A. são efetuados em Portugal e em moeda nacional.

8.3. Caso as despesas sejam efetuadas em moeda estrangeira, a conversão para euros será efetuada à taxa de câmbio publicada pelo Banco de Portugal no dia da realização da despesa.

9. COMPLEMENTARIDADE

No caso de haver complementaridade entre estas Coberturas Complementares e outros esquemas de proteção, o total das participações pagas por outras entidades/instituições e pelo Segurador não poderá em caso algum ser superior ao valor real das despesas efetuadas pelo Tomador do Seguro e/ou Segurado/Pessoa Segura.

10. ÂMBITO TERRITORIAL

10.1. Estas Coberturas Complementares são válidas, sem prejuízo do que constar na respetiva Cobertura Complementar, em Portugal Continental e Regiões Autónomas Açores e Madeira.

10.2. O Contrato é válido no Estrangeiro quando se verifique uma das seguintes condições:

a) Em caso de acidente ou doença súbita, quando o Segurado/Pessoa Segura se encontrar no estrangeiro por um período não superior a noventa (90) dias;

b) Em caso de qualquer tratamento no estrangeiro, desde que uma entidade médica, nomeada pelo Administrador ou pelo Segurador, reconheça a impossibilidade de se efetuar o tratamento em causa, em território nacional.

10.3. A garantia "Tratamento de Doenças Graves Extra Care" apenas produzirá efeitos no estrangeiro, na Rede de Prestadores Internacionais de cuidados de saúde convenionados com o Administrador/Segurador indicada ao Segurado/Pessoa Segura, não ficando, em circunstância alguma, garantidas despesas realizadas em Portugal.

II) PARTE ESPECIAL

Para além das Cláusulas previstas na Parte Geral, a cada uma das Garantias aplicam-se ainda as seguintes Cláusulas:

A) ÂMBITO DA GARANTIA "DESPESAS DE HOSPITALIZAÇÃO EXTRA CARE"

1. ÂMBITO

1.1. Ao abrigo da presente Condição Especial fica garantido, até ao valor e nos termos estabelecidos nas Condições Particulares, o pagamento das despesas efetuadas pelo Segurado/Pessoa Segura em regime de prestações convenionadas ou prestações indemnizatórias em consequência de Hospitalização do Segurado/Pessoa Segura numa unidade hospitalar, motivada por doença ou acidente garantido pelo Contrato.

1.2. Fica nomeadamente garantido o pagamento das despesas relacionadas com:

a) Honorários médicos, nomeadamente os relativos ao médico cirurgião, anestesista, ajudantes e instrumentistas;

b) Internamento em unidades de cuidados intensivos;

c) Quimioterapia realizada no hospital em regime ambulatorio;

d) Cirurgia realizada no hospital em regime ambulatorio;

e) Cirurgia do foro estomatológico ou maxilo-facial quando seja consequência de acidente que requeira tratamento de urgência em hospital, quer em regime de internamento, quer em regime ambulatorio;

f) Internamento motivado por doenças do foro psíquico, no máximo de quinze (15) dias por anuidade;

g) Diárias do Segurado/Pessoa Segura;

h) Enfermagem (não privativa);

i) Exames auxiliares de diagnóstico, quando prescritos e realizados durante o internamento;

j) Medicamentos administrados durante o internamento;

k) Piso de sala de operação e instalações necessárias à realização dos atos médicos (bloco operatório, sala de recobro, etc.) e material usado (gases de anestesia, oxigénio, etc.);

l) Transporte terrestre de ambulância para ou do hospital em Portugal.

2. DEFINIÇÃO

Para efeito da presente Garantia, considera-se Internamento a estada num Hospital ou Clínica, sob prescrição médica, por um período superior a vinte e quatro (24) horas que origine o pagamento de uma diária, e que não se prolongue por um espaço de tempo superior a trezentos e sessenta e cinco (365) dias.

Internamentos sucessivos são considerados internamentos independentes.

3. PERÍODO DE CARÊNCIA

As garantias concedidas nesta Cobertura Complementar ficarão sempre sujeitas à aplicação do período de carência de cento e oitenta (180) dias.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Para além das exclusões previstas no artigo 3 das Condições Gerais da Cobertura Principal por Morte e das exclusões previstas no artigo 4 da Parte Geral da Cobertura Proteção Extra Care, excluem-se da presente garantia as despesas de internamento relacionadas com cirurgias e tratamentos do foro estomatológico ou maxilo-facial, exceto se resultantes de acidente garantido por este contrato;

4.2. De igual modo também não ficarão garantidas:

a) Despesas de natureza particular, tais como: telefone, aluguer de T.V., etc.;

b) Enfermagem privativa;

c) Honorários de parteiras;

d) Despesas com acompanhantes, exceto nos casos de internamento de crianças de idade inferior a doze (12) anos;

e) Despesas de saúde, quando, de acordo com o estado de saúde do Segurado/Pessoa Segura, os tratamentos a realizar tenham uma finalidade meramente paliativa, para convalescença, reabilitação psicomotora ou motivos sociais.

5. PRÉ-AUTORIZAÇÃO

O pagamento das despesas médicas garantidas ao abrigo da presente Condição Especial, na parte que se refere à hospitalização do Segurado/Pessoa Segura motivada por doença ou acidente, necessita de pré-autorização por parte dos serviços clínicos do Administrador e/ou do Segurador.

O Segurado/Pessoa Segura deverá requerer pré-autorização através do telefone 210 11 44 60.

6. LIMITE DE INDEMNIZAÇÃO DOS HONORÁRIOS MÉDICOS

Salvo disposição em contrário e relativamente às prestações indemnizatórias, os honorários do cirurgião, anestesista e ajudantes ficam limitados ao valor que resulta do produto entre o valor estipulado nas Condições Particulares ao "K" médio e o número de "K" atribuído ao ato médico que originou a despesa, de acordo com o Código de Nomenclatura e Valores Relativos de Atos Médicos.

Por Código da Nomenclatura e Valores Relativos de Atos Médicos entende-se a tabela oficial publicada pela Ordem dos Médicos que inclui todas as intervenções cirúrgicas valorizadas em número de "K", sendo atribuído tantos mais "K" quanto maior for a complexidade do ato médico efetuado.

O Administrador e/ou o Segurador comprometem-se a informar previamente ao internamento, o número de "K" atribuídos ao ato médico, desde que solicitado pelo Segurado/Pessoa Segura.

7. EXTENSÃO TERRITORIAL

7.1. Como complemento ao artigo 10 (Âmbito territorial) da Parte Geral da Cobertura Extra Care, ficam também garantidas as seguintes despesas indemnizáveis em Espanha e nos Estados Unidos da América (EUA):

- Despesas de Hospitalização, quando motivadas por acidente ou doença;
- Despesas de Assistência Ambulatória;
- Despesas com Medicamentos.

7.2. Condições de Funcionamento

As "Despesas de Hospitalização Extra Care" apenas ficarão garantidas nos países indicados, desde que efetuadas em regime de prestação convencionada junto dos Prestadores indicados pelo Administrador/Segurador.

Quando, atendendo à natureza da despesa e/ou do ato médico a realizar no estrangeiro, for necessária a pré-autorização do Administrador/Segurador, as despesas de saúde referidas no ponto 6.1. só ficarão garantidas desde que a pré-autorização tenha sido solicitada pelo Segurado/Pessoa Segura e previamente aceite pelo Administrador/Segurador.

A presente extensão territorial não produzirá efeitos em relação às despesas de saúde garantidas na Cobertura Complementar "Despesas de Hospitalização Extra Care", quando, de acordo com o estado de saúde do Segurado/Pessoa Segura, os tratamentos a realizar no estrangeiro tenham uma finalidade meramente paliativa.

7.3. Pré-Autorização

Ficarão sempre sujeitos à pré-autorização do Administrador/Segurador os seguintes casos:

- Quaisquer despesas de saúde garantidas ao abrigo da Cobertura "Despesas de Hospitalização Extra Care";
- Cirurgias realizadas em regime ambulatório;
- Tratamentos em Hospital em regime ambulatório;
- Angioscopia fluorescência e Retinografia;
- RMN/TAC;
- Diagnóstico cardiológico;
- Ecocardiograma, Holter, Ergometria, Doppler;
- Análises clínicas (especificamente cariótipos);
- Estudos anatomopatológicos especiais;
- Extração de sinais, quistos e nevos em consulta;
- Fisioterapia;
- Radiologia Vasculár;
- Radioterapia;
- Quimioterapia e Cobaltoterapia;
- Todas as Técnicas de Neurofisiologia;
- Isótopos radioativos.

B) ÂMBITO DA GARANTIA "TRATAMENTO DE DOENÇAS GRAVES EXTRA CARE"

1. ÂMBITO

Fica garantido até ao valor fixado e nos termos previstos nas Condições Particulares da Apólice, o pagamento das despesas suportadas pelo Segurado/Pessoa Segura, em regime de prestações convencionadas, com diagnósticos, tratamentos, internamentos, serviços ou prescrições médicas consideradas clinicamente necessárias, quando as mesmas resultem ou sejam consequência de qualquer uma das doenças graves ou situações clínicas a seguir indicadas, desde que os primeiros sintomas e respetivo diagnóstico ocorram durante o período de vigência da Apólice, após o decurso do respetivo período de carência:

- a) Despesas de internamento em hospital, designadamente:
- i) Despesas de serviço geral de enfermaria durante o internamento do Segurado/Pessoa Segura, incluindo as respetivas diárias;
 - ii) Outros serviços hospitalares realizados durante o internamento, incluindo os serviços prestados no departamento de consulta externa do hospital;

iii) Despesas correspondentes ao custo de uma cama adicional ou de acompanhante, se o hospital disponibilizar esse serviço e tal for solicitado pelo Segurado/Pessoa Segura.

- b) Cirurgias e tratamentos realizados em Hospital em regime ambulatório, desde que os mesmos, caso fossem efetuados em regime de internamento, estivessem garantidos ao abrigo desta cobertura;
- c) Honorários médicos relativos a consultas, tratamentos, cuidados médicos ou cirurgias;
- d) Despesas inerentes à realização dos seguintes serviços, tratamentos ou prescrições médicas e cirúrgicas:

- i) Anestesia e respetiva aplicação, sempre que tenha sido proporcionada por um anestesista profissional;
- ii) Exames de laboratório e patologia, radiografias com fins diagnósticos, radioterapia, isótopos radioativos, quimioterapia, eletrocardiogramas, ecocardiografias, mielogramas, eletroencefalogramas, angiografias, tomografias computadorizadas e outros exames e tratamentos similares, requeridos para o diagnóstico e tratamento de uma doença grave, conforme a seguir definida, sempre que tenham sido prescritos por um médico, ou realizados sob supervisão médica;
- iii) Transfusões de sangue, aplicação de plasma e soros;
- iv) Consumo de oxigénio e aplicação de soluções intravenosas e injeções.

e) Despesas com produtos farmacêuticos ou medicamentos administrados durante o internamento do Segurado/Pessoa Segura, ou após a alta, desde que os produtos ou medicamentos em causa sejam prescritos por médicos no âmbito de processos pós-operatórios;

f) Despesas com deslocações e transportes em ambulâncias terrestres e aéreas quando a sua utilização for indicada e quando prescrita por um médico;

g) Despesas com uma viagem de ida e volta em linha aérea regular para o Segurado/Pessoa Segura e um (1) acompanhante;

h) Despesas de alojamento do Segurado/Pessoa Segura, se este não se encontrar internado durante o tratamento e de um (1) acompanhante;

i) Em caso de falecimento do Segurado/Pessoa Segura durante o tratamento autorizado pelo Administrador/Segurador e motivado por uma doença grave ou situação clínica garantida, as despesas de repatriamento do corpo até ao local da sua inumação em Portugal, de aquisição da urna e das respetivas formalidades administrativas.

2. DEFINIÇÕES

Para efeitos do acima disposto, consideram-se exclusivamente doença grave ou situação clínica:

a) Tratamento de Cancro

O tratamento de um tumor maligno caracterizado por não estar encapsulado e pelo crescimento e dispersão descontrolada de células malignas e pela invasão dos tecidos.

Não ficam garantidos os seguintes tratamentos:

- i) Qualquer tumor histologicamente descrito como pré-maligno ou que apenas mostre as primeiras alterações malignas;
- ii) Os cancros não invasivos ou "in situ";
- iii) Os tumores relacionados com o vírus de imunodeficiência humana (HIV);
- iv) Os cancros de pele com exceção do melanoma maligno;
- v) O cancro papilar da bexiga.

Para efeitos da alínea ii) entende-se por cancros não invasivos ou neoplasia maligna "in situ", o tumor maligno que fica restringido ao epitélio onde se originou e que não invadiu o estroma ou o tecido contíguo. Este tumor maligno é pré-invasivo quando diagnosticado numa fase inicial com prognóstico favorável se extirpado completamente;

b) Neurocirurgia

Qualquer intervenção cirúrgica ao crânio ou a outra estrutura intracraniana. Fica porém excluída a craniotomia quando a patologia for consequência de lesão traumática;

c) Cirurgia "By-Pass" das Artérias Coronárias (Re-Vascularização Miocárdica)

Tratamento cirúrgico que implique cirurgia de coração aberto e utilização de enxertos "by-pass" para corrigir a estenose de pelo menos duas (2) artérias coronárias. O pagamento das despesas realizadas com este tipo de intervenções ficará sempre dependente da evidência angiográfica da doença subjacente. Ficam porém excluídas as cirurgias motivadas por lesões traumáticas ou alterações congénitas das coronárias aórticas;

d) Substituição de Válvulas

Procedimentos cirúrgicos realizados com vista à efetiva substituição total de uma ou mais válvulas do coração. O pagamento das despesas realizadas com este tipo de intervenções ficará sempre dependente da evidência angiográfica da doença subjacente. Ficam porém excluídos quaisquer procedimentos cirúrgicos corretivos de alterações congénitas das válvulas cardíacas;

e) Transplante de Órgãos

O transplante cirúrgico de Coração, Pulmão, Fígado, Rim, Pâncreas ou Medula Ossea resultante da perda total e irreversível da respetiva função orgânica. O órgão ou medula óssea deverá ser substituído por outro do mesmo tipo e proveniente de outro ser humano identificado

como dador.

Ficam porém excluídos quaisquer transplantes de órgãos ou tecidos nos seguintes casos:

- i) O Segurado/Pessoa Segura ser ele próprio o dador do órgão para um terceiro;
- ii) A necessidade de transplante resultar de patologia congénita;
- iii) A necessidade de transplante resultar de cirrose hepática de etiologia alcoólica;
- iv) O transplante configurar um ato cirúrgico de auto-transplante, com exceção de transplante de medula óssea.

3. PERÍODO DE CARÊNCIA

As garantias concedidas nesta Cobertura Complementar ficarão sempre sujeitas à aplicação do período de carência de cento e oitenta (180) dias.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

Para além das exclusões previstas no artigo 3 das Condições Gerais do Seguro Principal por Morte e das exclusões previstas no artigo 4 da Parte Geral da Cobertura Proteção Extra Care, excluem-se da presente garantia as despesas incorridas ou motivadas por qualquer diagnóstico, tratamento, serviço ou prescrição médica, de qualquer forma relacionadas com, ou resultantes de:

- a) Qualquer doença grave ou situação clínica que já tenha sido objeto de diagnóstico ou em relação à qual o Segurado/Pessoa Segura já tenha recebido tratamento anteriormente à subscrição da Apólice;
- b) Qualquer doença grave ou situação clínica não prevista no artigo 2 da presente Cobertura Complementar;
- c) Qualquer doença grave ou situação clínica que seja objeto de diagnóstico previamente ao termo do período de carência previsto no artigo 3 supra indicado;
- d) Qualquer doença grave ou situação clínica causada intencionalmente ou dolosamente pelo Segurado/Pessoa Segura ou motivada em consequência de atos de imprudência temerária ou negligência grave do Segurado/Pessoa Segura;
- e) O Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA), qualquer doença que seja secundária ou provocada pela SIDA, bem como todas aquelas que sejam consequência do seu tratamento, incluindo a doença conhecida como "Sarcoma de Kaposi";
- f) Despesas com serviços que não sejam clinicamente necessários para o tratamento de qualquer doença grave ou situação clínica garantida pelo contrato;
- g) Qualquer doença coronária tratada com técnicas que não requeiram cirurgia;
- h) Qualquer tipo de cirurgia angioplástica;
- i) Qualquer doença que tenha sido causada por um Transplante de Órgão, salvo se a referida doença for garantida ao abrigo da presente Cobertura Complementar nos termos previstos no artigo 2 ou for consequência necessária do transplante;
- j) Despesas incorridas por serviços de hospedagem, enfermagem privativa, cuidado de saúde em casa ou serviços proporcionados num centro ou instituição de convalescença, asilo ou lar de idosos, mesmo quando esses serviços sejam requeridos ou necessitados como consequência de uma Doença coberta;
- k) Qualquer tipo de próteses, aparelhos ortopédicos, cintas, ligaduras, muletas, membros ou órgãos artificiais, perucas (mesmo quando o seu uso for considerado necessário durante o tratamento de quimioterapia), sapatos ortopédicos, fundas herniárias e outros equipamentos ou artigos similares, com a exceção da prótese do seio quando a mesma seja consequência de uma mastectomia;
- l) Todo o tipo de produtos farmacêuticos e medicamentos que não tenham sido fornecidos por um farmacêutico, ou para cuja obtenção não se requer receita ou prescrição de um médico;
- m) Síndrome cerebral ou despesas de assistência e vigilância médica derivadas de casos de senilidade ou deterioração cerebral;
- n) Tratamentos, serviços ou prescrição de cuidados médicos proporcionados ao Segurado/Pessoa Segura quando tratamentos alternativos ou procedimentos igualmente eficazes sejam possíveis para tratar o seu estado clínico ou a doença que justifique a realização de um transplante de órgão;
- o) Despesas incorridas pela utilização de medicina alternativa, mesmo quando tenham sido prescritas de forma específica por um médico;
- p) Despesas em compra ou aluguer de cadeiras de rodas, camas especiais, aparelhos de ar condicionado, purificadores de ar, e quaisquer outros artigos ou equipamentos similares;

q) Despesas que não sejam de índole médica, tais como custos de traduções, contactos telefónicos, realizadas pelo Segurado/Pessoa Segura ou pelos seus acompanhantes, com a exceção das expressamente garantidas ao abrigo da presente Cobertura Complementar;

r) Qualquer despesa realizada fora da Rede de Prestadores internacionais recomendados pelo Administrador/Segurador, ou que não tenha sido objeto de pré-autorização nos termos previstos nos pontos seguintes.

5. PRÉ-AUTORIZAÇÃO

O pagamento das despesas garantidas ao abrigo desta Cobertura Complementar necessita em todos os casos de pré-autorização por parte dos serviços clínicos do Administrador e/ou do Segurador.

O Segurado/Pessoa Segura deverá requerer pré-autorização através do telefone 210 11 44 60.

6. OBRIGAÇÕES EM CASO DE SINISTRO

6.1. Sem prejuízo do disposto no artigo 7 das Condições Especiais das Coberturas Complementares Proteção Extra Care, em caso de doença grave ou situação clínica o Segurado/Pessoa Segura ou qualquer pessoa que atuar em seu nome, deve, sob pena das garantias concedidas nesta cobertura não produzirem quaisquer efeitos:

- a) Comunicar tal facto, no prazo máximo de oito (8) dias, ao Administrador/Segurador, apresentando o certificado ou atestado médico no qual se determine com exatidão o diagnóstico da doença, data de origem, história médica do Segurado/Pessoa Segura e os relatórios e exames que se considerem necessários para a verificação do diagnóstico;
- b) Informar ao Administrador/Segurador as circunstâncias em que ocorreu a doença grave ou situação clínica garantida e suas consequências;
- c) Solicitar ao Administrador/Segurador a pré-autorização, conforme previsto no artigo anterior, antes de receber qualquer tratamento, serviço ou prescrição médica em relação a uma doença coberta por esta garantia;
- d) Cumprir o estabelecido no Termo de Responsabilidade (Autorização) emitido pelo Administrador/Tranquilidade;
- e) Utilizar a Rede de Prestadores internacionais de cuidados de saúde convencionados com o Administrador/Tranquilidade;
- f) Cumprir estritamente as prescrições do médico responsável pelo tratamento da doença grave ou situação clínica garantida;
- g) Autorizar em qualquer circunstância os médicos e hospitais a que tenham recorrido, a facultar aos serviços clínicos do Administrador ou da Tranquilidade, os relatórios clínicos e quaisquer outros elementos que esta considere relevantes para documentar o processo.

O incumprimento injustificado destes deveres por parte do Segurado/Pessoa Segura é considerado como renúncia expressa às garantias concedidas ao abrigo desta Condição Especial, não sendo a Generali Seguros, S.A. responsável pelo pagamento de qualquer indemnização.

6.2. Solicitada a pré-autorização por parte do Segurado/Pessoa Segura, o Administrador/Segurador emitirá, quando a doença ou situação clínica identificada se encontrar garantida, o respetivo Termo de Responsabilidade (Autorização), juntamente com o qual indicará a lista de centros médicos internacionais (Rede de Prestadores) autorizados pelo Administrador/Segurador para o respetivo tratamento. Cumprindo o Segurado/Pessoa Segura as obrigações previstas na Apólice, a Generali Seguros, S.A. assumirá o pagamento das despesas médicas incorridas pelo Segurado/Pessoa Segura, nos termos e condições previstas neste Contrato.

7. ÂMBITO TERRITORIAL

Aplica-se o disposto no ponto 10.3. da Parte Geral da Cobertura Proteção Extra Care.

COBERTURA COMPLEMENTAR SEGUNDA OPINIÃO MÉDICA

1. DEFINIÇÕES

Para efeitos do disposto na presente Cobertura Complementar entende-se por:

Doença Grave: Qualquer das seguintes doenças e tratamentos, quer se desenvolva ou não em paralelo com outro tipo de doença:

- Doenças cancerígenas;
- Doenças cardiovasculares;

- Transplantes de órgãos;
- Doenças neurológicas, incluindo acidentes cerebrais vasculares;
- Insuficiência renal crónica;
- Doença de Parkinson (paralís agitante);
- Doença de Alzheimer;
- Esclerose múltipla;
- SIDA e tratamentos derivados da SIDA;
- Qualquer outra doença, considerada como tal pelo Administrador, tendo em conta o caso concreto do Segurado/Pessoa Segura que recorre aos serviços.

2. ÂMBITO DA GARANTIA

2.1. Ao abrigo da cobertura "Segunda Opinião Médica" o Segurador desenvolve, em caso de doença grave do Segurado/Pessoa Segura (conforme definição do artigo 1), as ações necessárias à recolha de uma Segunda Opinião Médica por parte dos melhores especialistas a nível mundial, relativamente ao diagnóstico da patologia e respetivos tratamentos adequados.

Para o efeito, o Administrador/Segurador, coordena a recolha de informação, solicitando, se tal for necessário, a realização de novos exames médicos, análises clínicas e/ou radiografias, e procede ao envio da mesma para o médico especialista que considere mais apropriado tendo em conta a patologia do Segurado/Pessoa Segura.

Logo que o médico especialista se pronuncie, o Administrador/Segurador procede à interpretação do relatório e envia ao Segurado/Pessoa Segura as conclusões e recomendações finais.

2.2. Em complemento à obtenção da segunda opinião médica, o Administrador quando o Segurado/Pessoa Segura tome a iniciativa de realizar tratamentos médicos no estrangeiro, assegura a prestação dos seguintes serviços:

- Seleção e fornecimento de referências ao Segurado/Pessoa Segura sobre os médicos especialistas e hospitais estrangeiros selecionados pelo Administrador/Segurador a pedido do Segurado/Pessoa Segura, ou diretamente indicados por esta;
 - Obtenção de orçamentos e custos estimados com honorários e hospitalização relativos ao serviço médico a realizar no estrangeiro;
 - Marcação de consultas médicas com os especialistas selecionados pelo Administrador/Segurador ou com os indicados pelo Segurado/Pessoa Segura;
 - Marcação de reservas de transportes e alojamentos no estrangeiro para o Segurado/Pessoa Segura e seus familiares;
 - Formalização dos trâmites prévios necessários à admissão do Segurado/Pessoa Segura no hospital;
 - Apresentação e orientação do Segurado/Pessoa Segura no hospital onde será internado e coordenação do atendimento a prestar;
 - Revisão e controlo das faturas correspondentes aos tratamentos/consultas efetuados;
 - Realização de auditorias completas a todas as faturas e despesas médicas suportadas pelo Segurado/Pessoa Segura;
 - Negociação de descontos a favor do Segurado/Pessoa Segura junto dos médicos especialistas e hospitais.
- 2.3. O Segurado/Pessoa Segura deverá requerer pré-autorização através do telefone 210 11 44 60.**

3. PERÍODO DE CARÊNCIA

Salvo disposição em contrário nas Condições Particulares, a entrada em vigor da presente Cobertura Complementar só se verificará em caso de doença, após o decurso de um período de carência de noventa (90) dias.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

Para além do previsto no artigo 3 das Condições Gerais do Seguro Principal por Morte e do artigo 4 das Condições Especiais das Coberturas Complementares de Extra Care, não ficam garantidos ao abrigo destas Coberturas Complementares:

- Quaisquer serviços solicitados ao Administrador/Segurador quando o Segurado/Pessoa Segura não sofra de doença grave nos termos acima definidos;
- Serviços não solicitados ao Administrador/Segurador;
- Quaisquer despesas médicas com honorários, medicamentos e/ou internamentos no estrangeiro;
- Despesas de transporte e alojamento em Portugal e no estrangeiro;
- Quaisquer perdas ou danos originados, direta ou indiretamente, pela opinião dos médicos e/ou profissionais consultados.

5. CADUCIDADE DAS GARANTIAS

As garantias conferidas por esta Cobertura Complementar caducam, para além do disposto nas Condições Gerais da Cobertura Principal por Morte e nas previstas na Lei, no final da anuidade em que o Segurado/Pessoa Segura complete setenta e cinco (75) anos de idade ou setenta (70) anos caso a idade no momento de adesão for superior a quarenta e cinco (45) anos. Se o Contrato for celebrado por duas (2) vidas, as garantias desta Cobertura Complementar cessarão os seus efeitos na data em que um dos Segurados/Pessoas Seguras atingir a idade acima referida, mantendo-se no entanto em vigor para o outro Segurado/Pessoa Segura enquanto este não atingir, por sua vez, a idade em questão.

COBERTURA COMPLEMENTAR DE RENDA EDUCAÇÃO

1. ÂMBITO DA COBERTURA

1.1. Quando expressamente previsto nas Condições Particulares da Apólice pode ainda, em complemento à Cobertura Principal de Morte, ficar garantido o pagamento de uma renda mensal ao Beneficiário designado pelo Tomador do Seguro.

1.2. A Renda mencionada no ponto anterior tem efeito na data da morte do Segurado/Pessoa Segura, se esta ocorrer durante a vigência do Contrato, sendo o pagamento da primeira prestação devido trinta (30) dias após aquela data.

1.3. O valor de renda mensal contratado assim como o seu prazo de pagamento, no máximo até aos vinte e três (23) anos de idade do Beneficiário designado, constam das Condições Particulares da Apólice.

2. BENEFICIÁRIOS

2.1. O Beneficiário da Renda, na data de subscrição do Contrato deverá ser menor de idade e a sua identificação constará das Condições Particulares da Apólice.

2.2. Em caso de morte do Beneficiário designado inicialmente:

- Existindo à data desse falecimento, outros descendentes do Segurado/Pessoa Segura, estes serão os Beneficiários em partes iguais, ficando a sua identificação, bem como a identificação dos respetivos representantes legais no caso de algum ser menor, a constar de Ata Adicional;
- Em caso de morte do Beneficiário inicial, sem que existam à data desse falecimento outros descendentes do Segurado/Pessoa Segura, consideram-se Beneficiários os herdeiros do Beneficiário inicial, em partes iguais, pela ordem estabelecida nas alíneas a) a d) do n.º 1 do Artigo 2133.º do Código Civil, ficando a sua identificação, bem como a identificação dos respetivos representantes legais no caso de algum ser menor, a constar de Ata Adicional;
- Em caso de morte de todas as pessoas referidas nas alíneas a) e b) supra, consideram-se Beneficiários da Renda, os Herdeiros Legais do Segurado/Pessoa Segura, em partes iguais, pela ordem estabelecida nas alíneas a) a d) do n.º 1 do Artigo 2133.º do Código Civil, ficando a sua identificação, bem como a identificação dos respetivos representantes legais no caso de algum ser menor, a constar de Ata Adicional.

2.3. A designação do Beneficiário desta Cobertura Complementar é irrevogável, não podendo ser alterada ou revogada pelo Tomador do Seguro.

2.4. Nas situações previstas nas alíneas a), b) e c) do ponto 2.2., o Tomador do Seguro no prazo de quinze (15) dias a contar da data do falecimento do Beneficiário, deverá, além de comprovar esse falecimento através de Certidão de Óbito, enviar a identificação civil e fiscal do(s) novo(s) Beneficiário(s) e do(s) respetivo(s) representante(s) legal(ais), no caso de ser(em) menor(es). Nas situações em que o(s) novo(s) Beneficiário(s) seja(m) Herdeiro(s) Legal(ais), deverá apresentar a Certidão de Habilitação de Herdeiros do Beneficiário inicial ou do Segurado/Pessoa Segura consoante se trate da alínea b) ou c) do ponto 2.2..

2.5. A alteração do Beneficiário inicial indicado nas Condições Particulares nos casos referidos em 2.2. não determina a alteração do prazo de pagamento da renda.

2.6. A alteração do Beneficiário inicial só será válida desde que o Segurador tenha recebido a correspondente comunicação escrita, acompanhada dos comprovativos referidos em 2.4., devendo essa alteração constar de Ata Adicional. Em caso de incorreção ou desatualização dos elementos de identificação do Beneficiário que impossibilite o Segurador de determinar a sua identidade, o pagamento da quota-parte pertencente ao Beneficiário ficará a aguardar reclamação do interessado.

2.7. Sempre que o Tomador do Seguro e o Segurado/Pessoa Segura sejam pessoas distintas, o Segurador deverá comunicar a alteração do Beneficiário nos casos referidos em 2.2. ao Segurado/Pessoa Segura.

3. OBRIGAÇÕES DO TOMADOR DO SEGURO E/OU DO BENEFICIÁRIO EM CASO DE SINISTRO

3.1. Em caso de morte do Segurado/Pessoa Segura garantida ao abrigo da presente Cobertura Complementar, o Tomador do Seguro e/ou os Beneficiários deverão **proceder à participação da mesma ao Segurador no prazo máximo de trinta (30) dias após a morte do Segurado/Pessoa Segura**, entregando em simultâneo:

- A cópia do documento de identificação do Segurado/Pessoa Segura;
- A cópia dos documentos comprovativos da qualidade de Beneficiário, bem como os documentos de identificação do(s) respetivo(s) representante(s) legal(ais) se o Beneficiário for menor, ou a certidão de habilitação de herdeiros, se forem os herdeiros, na qualidade de Beneficiários a reclamarem a renda segura;
- O Certificado de Óbito do Segurado/Pessoa Segura;
- Entrega do(s) documento(s) comprovativo(s) da titularidade da(s) conta(s) do(s) Beneficiário(s), através do(s) qual(ais) serão liquidadas as rendas seguras.

3.2. Se as circunstâncias da morte assim o justificarem, o Segurador poderá ainda solicitar a entrega de documentos adicionais, nomeadamente, documentos elucidativos da morte por parte das autoridades policiais, judiciais ou junto das entidades hospitalares ou, ainda, um atestado médico indicando as causas, evolução e circunstâncias da morte.

3.3. Anualmente o Beneficiário deverá fazer a prova de vida, salvo se o Segurador não considerar necessário.

4. LIQUIDAÇÃO DAS IMPORTÂNCIAS SEGURAS PELO SEGURADOR

4.1. Feita a participação do sinistro por Morte, e entregues todos os documentos complementares que eventualmente sejam solicitados pelo Segurador, conforme definido no artigo anterior, o Segurador compromete-se a comunicar ao Tomador do Seguro e/ou ao Beneficiário, no prazo máximo de trinta (30) dias, se considera ou não o mesmo garantido ao abrigo do Contrato.

4.2. O pagamento da primeira (1ª) prestação ocorrerá no final do mês seguinte à data da comunicação do Segurador conforme definido em 4.1.

4.3. As rendas subsequentes são devidas no fim de cada período vencido (30 dias) e durante o prazo estabelecido nas Condições Particulares da Apólice.

4.4. As rendas serão pagas por crédito em conta bancária do(s) Beneficiário(s).

5. RISCOS EXCLUÍDOS

Aplicam-se a esta Cobertura Complementar todas as exclusões previstas no artigo 3 das Condições Gerais.

COBERTURA COMPLEMENTAR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA ABSOLUTA (ITA)

Em complemento à Cobertura Principal de Morte, conforme acordado e expressamente referido nas Condições Particulares, pode ser coberto o risco adiante definido nos termos dos respetivos pontos. A cobertura em caso de incapacidade temporária absoluta para o trabalho por acidente ou doença, forma um todo com o seguro principal, sem o qual não pode subsistir e esta cobertura rege-se pelas Condições Gerais do Seguro Principal – Vida Mais - Plano Proteção e complementarmente por estas Condições Especiais.

1. DEFINIÇÕES

Para efeito da presente Condição Especial entende-se por:

Franquia: Período pré-determinado contado imediatamente após o Sinistro, em que não existe direito à Prestação do Segurador;

Sinistro: A verificação total ou parcial, do evento, incerto e independente da vontade do Tomador do Seguro ou do Segurado/Pessoa Segura que desencadeia o acionamento das coberturas do risco previstas no presente Contrato de seguro,

Acidente: O acontecimento fortuito, súbito e anormal, devido a causa exterior e alheia à vontade do Segurado/Pessoa Segura, que lhe provoque uma lesão corporal;

Doença: A alteração do estado de saúde, estranha à vontade do Segurado/Pessoa Segura e não causada por acidente, que se revele por sinais ou sintomas manifestos e seja reconhecida como tal pelo médico;

Período de Requalificação: Período em que, imediatamente após o último pagamento devido decorrente de um sinistro, não existe direito à prestação do Segurador;

Período de Carência: Período em que, imediatamente após a subscrição da presente Condição Especial não existe direito à prestação do Segurador;

Incapacidade Temporária Absoluta (ITA): Impossibilidade física total e temporária, clinicamente comprovada, do Segurado/Pessoa Segura exercer temporariamente a sua atividade profissional, em consequência de ter sofrido um acidente ou ter contraído uma doença;

Capital mensal contratado: Corresponde ao valor que será pago por cada mês de ITA, não podendo ultrapassar, em cada momento, 50% do Rendimento Mensal Comprovável e consta das Condições Particulares;

Rendimento Mensal Comprovável: No caso de Trabalhadores por Conta de Outrem, equivale ao valor médio mensal do salário bruto constante dos últimos três recibos de vencimento, sem consideração de montantes recebidos a título de prémios, bónus ou outros benefícios adicionais que não sejam usuais no rendimento mensal do Segurado/Pessoa Segura, nomeadamente os montantes recebidos a título de subsídio de Natal ou de Férias. No caso de Trabalhadores por Conta Própria, corresponderá à média dos últimos doze (12) meses, tomando como base a última declaração de IRS entregue.

2. INÍCIO E DURAÇÃO DA COBERTURA

2.1. Sem prejuízo do disposto no artigo 7 das Condições Gerais da Cobertura Principal de Morte, da verificação do preenchimento das condições de subscrição em caso de Sinistro e do prévio pagamento do prémio, a cobertura dos riscos ao abrigo da presente Condição Especial inicia-se a partir das zero (0) horas do dia seguinte àquele no qual o Segurado/Pessoa Segura, subscreveu a presente Condição Especial, caso tal data não coincida com a subscrição da Cobertura Principal.

2.2. Sem prejuízo do disposto no artigo 11 das Condições Gerais da Cobertura Principal de Morte, as garantias da presente Condição Especial mantêm-se em vigor até que se atinja a primeira (1ª) das seguintes datas:

- a) Data da Reforma ou Pré-reforma do Segurado/Pessoa Segura;
- b) Data em que o Segurado/Pessoa Segura complete sessenta e cinco (65) anos de idade;
- c) Por anulação ou resolução da Cobertura Principal de Morte.

3. CONDIÇÕES DE SUBSCRIÇÃO

Só poderão subscrever a presente Condição Especial o Segurado/Pessoa Segura que tenha:

- a) Idade compreendida entre os dezoito (18) e os sessenta (60) anos;
- b) Uma atividade profissional de pelo menos dezasseis (16) horas semanais nos últimos doze (12) meses, sem ter conhecimento de um possível desemprego;
- c) Assinado a Declaração de Saúde inserida na proposta de subscrição, confirmando que tomou conhecimento de que estão excluídas todas as patologias pré-existentes à data da adesão a esta cobertura e toda e qualquer patologia futura com relação direta ou indireta com as mesmas.

4. SUSPENSÃO DA CONDIÇÃO ESPECIAL

4.1. O Segurador não está obrigado ao cumprimento da prestação devida ao abrigo da presente Condição Especial caso se verifique a inexistência de uma condição de subscrição aquando da participação de um sinistro pelo Segurado/Pessoa Segura.

4.2. Em caso de desemprego ou não exercício de uma atividade remunerada, exceto se a causa dessa inatividade for por doença ou acidente, a garantia de ITA será suspensa até à data em que o Segurado/Pessoa Segura retomar uma atividade remunerada.

4.3. Caso o Segurador tenha procedido à cobrança do prémio ou fração do prémio durante o período descrito em 4.2., deverá devolver a proporção do prémio correspondente ao período de suspensão.

5. GARANTIAS

5.1. O Segurador obriga-se a garantir o pagamento do capital mensal contratado, até que o Segurado/Pessoa Segura volte a trabalhar, até ao limite máximo de doze (12) meses por sinistro, em caso de incapacidade temporária absoluta para o trabalho, resultante de acidente e/ou doença de que sejam vítimas os Segurados/Pessoas Seguras.

5.2. Nos sinistros que consubstanciem um Acidente de Trabalho o valor a indemnizar pelo Segurador está limitado a 50% daquele que resulta da aplicação do número anterior.

5.3. Sem prejuízo do disposto nos números anteriores, a soma do valor a indemnizar pelo Segurador com os montantes pagos pela Segurança Social ou regime equivalente ou com os montantes decorrentes do pagamento mensal devido por acidente de trabalho não poderá ultrapassar o Rendimento Mensal Comprovável.

5.4. Riscos Excluídos: Para além das incapacidades que resultem das situações previstas no artigo 3 das Condições Gerais da Cobertura Principal de Morte, ficam ainda excluídas das garantias da presente Condição Especial as incapacidades resultantes de:

- a) Afeções existentes à data de início das garantias da Apólice;
- b) Anomalias congénitas, incapacidades físicas ou mentais existentes à data do início das garantias da Apólice;
- c) Afeções originadas diretamente da consequência de alcoolismo (tanto em processos agudos como crónicos), de toxicomania ou de estupefacientes ou outras drogas não prescritas por médico;
- d) Afeções que derivem da intervenção do Segurado/Pessoa Segura em apostas, desafios ou rixas, salvo se, neste último caso, o Segurado/Pessoa Segura tenha atuado em legítima defesa ou na tentativa de salvamento de pessoas ou bens;
- e) Afeções provocadas intencionalmente pelo Segurado/Pessoa Segura;
- f) Tentativa de Suicídio;
- g) Parto, gravidez ou interrupção voluntária ou involuntária de gravidez;
- h) Acidentes provocados por condução de veículos a motor pelo Segurado/Pessoa Segura, sem estar legalmente habilitado;
- i) Afeções por Psicopatologias de qualquer natureza, bem como doenças sem comprovação clínica;
- j) Dores de costas e pescoço ou lombalgias;
- k) Tratamentos de estética e cosmética, exceto se diretamente resultantes de qualquer doença ou acidente.

6. PERÍODO DE CARÊNCIA, DE REQUALIFICAÇÃO E FRANQUIA

6.1. As Garantias concedidas pela presente Condição Especial produzem efeitos somente depois de decorrido o período de carência de noventa (90) dias contado a partir da subscrição da presente Condição Especial.

6.2. As Garantias desta Condição Especial estão igualmente sujeitas às seguintes Franquias:

- a) trinta (30) dias em caso de ITA por doença;
- b) quatorze (14) dias em caso de ITA por acidente.

6.3. Será igualmente aplicado um período de requalificação de seis (6) meses de trabalho ativo às garantias desta condição especial.

7. PROCEDIMENTOS PARA REGULARIZAÇÃO DE SINISTROS

7.1. Os pagamentos devidos em consequência de sinistro no âmbito da garantia de ITA serão processados da seguinte forma:

a) Mensalmente de acordo com as regras e limites definidos na presente Condição Especial;

b) O pagamento do último montante devido será de 1/30 por cada dia de duração do sinistro.

7.2. O Segurador enviará o formulário de participação de sinistro ao Segurado/Pessoa Segura apenas em caso de regularização do sinistro, tendo em conta as condições de subscrição da presente Condição Especial.

7.3. A fraude ou tentativa de fraude perpetrada pelo Tomador do Seguro, pelo Segurado/Pessoa Segura ou por qualquer pessoa atuando sob a sua responsabilidade ilibam o Segurador de quaisquer responsabilidades relativamente ao sinistro em questão, conferindo a este o direito à resolução do contrato, sem prejuízo das disposições penais aplicáveis, e do direito à indemnização por perdas e danos.

7.4. As despesas com a obtenção dos documentos comprovativos e necessários à regularização dos sinistros são por conta do Segurado/Pessoa Segura ou de quem tenha interesse legítimo no acionamento do seguro.

7.5. A liquidação de cada sinistro aprovado para pagamento é efetuada após o recebimento da documentação necessária para a análise de cada processo, quer da parte do Segurado/Pessoa Segura, quer da parte do Tomador do Seguro.

8. OBRIGAÇÕES DOS SEGURADOS/PESSOAS SEGURAS EM CASO DE SINISTRO

8.1. Em caso de sinistro, constitui obrigação do Segurado/Pessoa Segura ou de quem tenha interesse legítimo no acionamento do seguro, participar o sinistro ao Segurador no prazo de oito (8) dias imediatos àquele em que tenha conhecimento do sinistro, sob pena de redução da prestação do Segurador atendendo ao dano que o incumprimento deste dever lhe cause.

8.2. O Segurado/Pessoa Segura deve, na participação explicar todas as circunstâncias da verificação do sinistro, as eventuais causas da sua ocorrência e as respetivas consequências;

8.3. Uma vez comunicado o sinistro ao Segurador, o Segurado/Pessoa Segura ou quem tenha interesse legítimo no acionamento do seguro receberá um formulário de participação de sinistro que deverá devolver ao Segurador, totalmente preenchido e acompanhado de todos os elementos e documentos que lhe forem solicitados;

8.4. Impende sobre o Segurado/Pessoa Segura ou sobre quem tenha interesse legítimo no acionamento do seguro, a prova da veracidade da reclamação sobre a existência do sinistro, bem como a prova de preenchimento das condições de elegibilidade relativamente à cobertura em causa;

8.5. Em caso de sinistro, constituem obrigações do Segurado/Pessoa Segura, além de outras previstas no presente Contrato, sob pena de perda ou suspensão do direito à indemnização:

a) Comunicar ao Segurador, até quinze (15) dias após a sua verificação, a cura das lesões, promovendo o envio duma declaração médica onde conste, além da data da alta, o período total verificado de incapacidade temporária absoluta para o trabalho;

b) Cumprir as prescrições médicas;

c) Sujeitar-se a exames médicos designados pelo Segurador;

d) Autorizar o médico assistente a prestar todas as informações que sejam solicitadas pelo Segurador;

e) Enviar ao Segurador todos os documentos que este lhe solicite, independentemente do momento da solicitação, sendo obrigatória a entrega da seguinte documentação:

i) Todos os Certificados de Incapacidade Temporária emitidos pelo médico do Centro de Saúde ou pela Companhia de Seguros caso se trate de acidente de viação ou de trabalho, declaração emitida pela entidade patronal e relatório do médico de família ou do médico assistente do Segurado/Pessoa Segura;

ii) Folha de remuneração dos últimos três (3) meses (para Trabalhadores por Conta de Outrem);

iii) Última declaração de IRS entregue (para Trabalhadores por Conta Própria);

iv) Comprovativo da Situação Cadastral de Atividade, emitida pela Repartição de Finanças competente ou obtida através do Portal das Finanças (para Trabalhadores por Conta Própria);

v) Extrato das remunerações declaradas junto da Segurança Social;

vi) Documento comprovativo dos pagamentos recebidos da Segurança Social pela ITA;

vii) Documento comprovativo dos pagamentos recebidos no âmbito do seguro de acidentes de trabalho, em caso de ITA motivada por acidente de trabalho.

8.6. No caso de comprovada impossibilidade do Segurado/Pessoa Segura cumprir as obrigações previstas nas alíneas a), d) e e), do número anterior, transferem-se tais obrigações para quem as possa cumprir.

8.7. É ao médico assistente que compete prever e declarar que o período de ITA é superior ao período de Franquia indicado na presente Condição Especial.

8.8. Para efeitos de cálculo do pagamento de indemnização, o período de ITA, inicia-se a partir do dia imediato àquele em que terminou o período de franquia, o qual é contado a partir do dia em que é comprovado o início de ITA através de certificado de incapacidade.

9. SUB-ROGAÇÃO

O Segurador, uma vez pagas as indemnizações relativamente à cobertura contratada através da presente apólice, bem como, de todas as de contratação obrigatória por força da lei vigente, fica sub-rogado nos direitos, ações e recursos do Segurado/Pessoa Segura contra terceiros responsáveis pelo acidente, até à concorrência da quantia indemnizada, abstendo-se aquele de praticar quaisquer atos ou omissões que possam prejudicar a sub-rogação, sob pena de responder por perdas e danos.

COBERTURA COMPLEMENTAR ASSISTÊNCIA À FAMÍLIA

Em complemento à Cobertura Principal de Morte, conforme acordado e expressamente referido nas Condições Particulares, pode ser coberto o risco adiante definido nos termos dos respetivos pontos. A Cobertura Complementar de Assistência à Família forma um todo com a Cobertura Principal de Morte sem o qual não pode subsistir e continuar em vigor.

1. ÂMBITO DA COBERTURA

Em caso de urgência, o Serviço de Assistência prestará as seguintes garantias:

1.1. Envio de médico ao domicílio

a) O Serviço de Assistência garante o envio ao domicílio seguro de um médico de clínica geral, para consulta e eventual aconselhamento quanto à orientação a seguir. O acesso ao serviço é ilimitado.

b) O custo da primeira deslocação por ocorrência e respetiva consulta, conforme descrito na alínea anterior, é por conta do Serviço de Assistência sendo as restantes deslocações, consultas e eventuais tratamentos prescritos por conta do Segurado/Pessoa Segura.

c) Por domicílio Seguro entende-se a residência habitual do Segurado/Pessoa Segura e que consta da Apólice do seguro de vida.

1.2. Aconselhamento médico

Mediante solicitação, a equipa de médicos do Serviço de Assistência presta orientação médica, por telefone, ao Segurado/Pessoa Segura. As respostas emitidas baseiam-se nos elementos facultados pelo Segurado/Pessoa Segura, não sendo o Serviço de Assistência responsável por interpretações dessas respostas. O apoio médico solicitado e prestado telefonicamente implica, única e exclusivamente, a responsabilidade própria decorrente deste tipo de intervenção, dentro da conjuntura em que é praticada. Este aconselhamento médico não substitui o recurso aos serviços de urgência hospitalar nem constitui em si uma consulta médica. O acesso a este serviço por parte do Segurado/Pessoa Segura é ilimitado.

1.3. Transporte em ambulância ou táxi

O Serviço de Assistência organiza e suporta o custo de transporte em ambulância ou táxi do domicílio seguro até ao posto de primeiros socorros ou de urgência mais próximo. O acesso a este Serviço é ilimitado.

1.4. Envio de profissional de enfermagem

Em caso de acamamento do Segurado/Pessoa Segura por prescrição médica, o Serviço de Assistência envia ao domicílio seguro um profissional de enfermagem até ao limite de 175 € por ano de custo.

1.5. Ajuda domiciliária

Em caso de hospitalização ou acamamento do Segurado/Pessoa Segura por prescrição médica, e não podendo nenhum dos membros do agregado familiar substituí-lo na lida doméstica, o Serviço de Assistência envia ao domicílio seguro uma pessoa para executar aquelas tarefas, até ao limite de cinco (5) dias por ano.

1.6. Adaptação do Domicílio Seguro

No seguimento de um sinistro, de que resulte a incapacidade física permanente do Segurado/Pessoa Segura, o Serviço de Assistência garante o envio de profissionais qualificados para avaliação das necessidades de adaptação do domicílio seguro, até ao limite de 1 000 €.

1.7. Informações sobre farmácias de serviço

O Serviço de Assistência prestará informações ao Segurado/Pessoa Segura sobre as farmácias que se encontram de serviço. O acesso a este serviço é ilimitado.

1.8. Informações sobre hospitais, clínicas, centros de saúde ou de primeiros socorros e médicos

O Serviço de Assistência prestará informações ao Segurado/Pessoa Segura sobre hospitais, clínicas, centros de saúde ou de primeiros socorros e médicos, de natureza pública ou privada. O acesso a este serviço é ilimitado.

2. CESSAÇÃO DAS GARANTIAS

2.1. Por anulação ou resolução da Cobertura Principal de Morte;

2.2. Quando o Segurado/Pessoa Segura atingir sessenta e cinco (65) anos de idade;

2.3. Quando o Segurado/Pessoa Segura deixar de ter a residência habitual no domicílio que consta do Contrato de seguro de vida individual Vida Mais - Plano Proteção.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Para além das exclusões previstas no artigo 3 das Condições Gerais da Cobertura Principal de Morte, com as necessárias adaptações, não estão cobertos:

a) Os sinistros que tenham ocorrido anteriormente ao início da subscrição da apólice de Vida Mais – Plano Proteção, ainda que as suas consequências se tenham prolongado para além dessa data;

b) Os sinistros ocorridos fora da data de validade do Contrato de seguro de vida;

c) Os danos sofridos pelo Segurado/Pessoa Segura em consequência de demência, influência de álcool, ingestão de drogas e estupefacientes sem prescrição médica;

d) Sinistros ocorridos quando o veículo se encontre a ser tripulado por pessoa sem habilitação legal para o efeito ou com a habilitação legal suspensa;

e) Os sinistros causados por engenhos explosivos ou incendiários;

f) As prestações que não tenham sido previamente solicitadas ao Serviço de Assistência, ou tenham sido executadas sem o seu acordo prévio, salvo em casos de força maior ou impossibilidade material demonstrada;

g) Se não for possível ao Serviço de Assistência organizar as prestações devidas no âmbito territorial definido, o mesmo reembolsará o Segurado/Pessoa Segura das despesas que tenha efetuado, dentro dos limites definidos por este seguro e das garantias que forem aplicáveis. O processamento de qualquer reembolso obrigará o Segurado/Pessoa Segura a apresentar a respetiva documentação original comprovativa das despesas efetuadas;

h) Sinistros e danos não comprovados pelo Segurador;

i) Ações de salvamento, assistência médica primária e primeiro transporte medicalizado, sempre que existam e possam ser acionados meios públicos para o efeito;

j) As despesas relativas a tratamentos médicos ou de enfermagem continuados.

4. RESOLUÇÃO DE SINISTROS

E condição indispensável para usufruir das garantias deste Contrato que os Segurados/Pessoas Seguras:

a) Contactem imediatamente o Serviço de Assistência, caracterizando a ocorrência e fornecendo todas as informações necessárias para a prestação da assistência solicitada;

b) Sigam as instruções do Serviço de Assistência e tomem as medidas necessárias e possíveis para impedir o agravamento das consequências do sinistro;

c) Obtenham o acordo do Serviço de Assistência antes de assumirem qualquer decisão ou despesa;

d) Satisfaçam, em qualquer altura, os pedidos de informação solicitados pelo Serviço de Assistência, remetendo-lhe prontamente todos os avisos, convocações ou citações que recebam;

e) Recolham e facultem ao Serviço de Assistência os elementos relevantes para a efetivação da responsabilidade de terceiros, quando for o caso.

Contacto telefónico para resolução de Sinistros: 213 86 33 22.

5. SUB ROGAÇÃO

Após pagamento ou prestação dos serviços, o Segurador fica sub-rogado nos correspondentes direitos do Tomador do Seguro, ou Segurados/Pessoas Seguras, contra quaisquer terceiros responsáveis que não sejam também pessoas seguras ao abrigo deste Contrato.

COBERTURA COMPLEMENTAR REDE BEM-ESTAR

1. ÂMBITO DA COBERTURA

Ao abrigo da presente condição especial, quando prevista nas Condições Particulares, fica ainda garantido o acesso direto por parte do(s) Segurado(s)/Pessoa(s) Segura(s), em condições privilegiadas, a prestadores ligados às áreas do bem-estar, lazer e saúde com quem a AdvanceCare tenha celebrado um acordo de parceria, ficando a cargo do(s) Segurado(s)/Pessoa(s) Segura(s) a responsabilidade pela escolha do referido prestador e pelo pagamento dos respetivos honorários ou custos associados aos serviços prestados.

DISPOSIÇÕES FINAIS

Em todos os casos não previstos nestas Condições Especiais, aplicam-se as Condições Gerais do Seguro Principal e/ou a legislação em vigor.