

Novo
 Alteração

Apólice Agente/Mediador

Data de início Gestor de Rede

Singular Empresa Venda Cruzada

1 TOMADOR DO SEGURO

Nome

Morada

Cód. Postal - País Morada

País Naturalidade Nacionalidade Dupla Nacionalidade: Sim Não

Se Sim, qual(ais):

B. Identidade/C. Cidadão Sexo M F Data Nasc.

Tel. Contrib. N.º Profissão

Ent. Patronal Contrib. N.º (Ent. Patronal)

CAE Descrição

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

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

Forma Jurídica: Emp. Nome Individual Soc. Unipessoal Soc. por Quotas Soc. Anónima Outra

Endereço Eletrónico (E-Mail)

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

ALTOS CARGOS PÚBLICOS (PEP)

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

Em caso afirmativo, identifique o cargo:

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

Em caso afirmativo, identifique o cargo do familiar em causa:

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

Em caso afirmativo, identifique a relação existente:

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

2 SEGURADO/PESSOA SEGURA (Preencher se for diferente do Tomador do Seguro)

Nome

Morada

Cód. Postal - Tel.

Sexo M F Data Nasc. Nacionalidade N.º Cont.

B. Identidade/C. Cidadão Profissão

Ent. Patronal N.º Cont. (Ent. Patronal)

3 SEGUNDO SEGURADO/PESSOA SEGURA (Preencher se existirem dois Segurados/Pessoas Seguras)

Nome

Morada

Cód. Postal - Tel.

Sexo M F Data Nasc. Nacionalidade N.º Cont.

B. Identidade/C. Cidadão Profissão

Ent. Patronal N.º Cont. (Ent. Patronal)

9000-V953-202010-02

4 COBERTURAS, CAPITAL SEGURO E PRÉMIOS

Opção	Base
Capital Seguro	20.000 €
Coberturas	
Morte	✓
Invalidez Absoluta e Definitiva (85%)	✓
Doenças Graves Base	✓
2ª Opinião Médica	✓
Rede Bem-Estar	✓

Periodicidade (A / S / T / M)

Prémio , Euros

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

5 MODALIDADE DE PAGAMENTO

Autorização de Débito Direto SEPA

SEPA Direct Debit Mandate

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

As subscrição desta autorização, está a autorizar o CREDOR a enviar instruções ao seu BANCO para debitar a sua conta e, simultaneamente, a autorizar o seu BANCO a debitar a sua conta, de acordo com as instruções do CREDOR. Os seus direitos incluem a possibilidade de exigir do seu BANCO o reembolso do montante debitado, nos termos e condições acordados com o seu BANCO. O reembolso deve ser solicitado até um prazo de oito semanas, a contar da data do débito na sua conta. Preencha por favor todos os campos assinalados com *.

By signing this mandate form, you authorise the CREDITOR to send instructions to your BANK to debit your account and authorise your BANK as well to debit your account in accordance with the instructions from CREDITOR.

As part of your rights, you are entitled to a refund from your BANK under the terms and conditions of your agreement with your BANK. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited. Please complete all the fields marked *.

Identificador do Devedor

Debtor identification

Nome do(s) Devedor(es) /
Name of the debtor(s) *

Nome de rua e número /
Street name and number *

Código Postal / Postal code* - Cidade / City*

Pais / Country*

Número de conta - IBAN /
Account number - IBAN * BIC SWIFT / SWIFT BIC

Identificador do Credor

Creditor identification

Nome do Credor / **GENERALI SEGUROS, S. A.**
Creditor name

Identificador do Credor /
Creditor identifier

Nome de rua e número / **AV. DA LIBERDADE, 242**
Street name and number

Código Postal / Postal code **1 2 5 0 - 1 4 9** Cidade / City **LISBOA**

Pais / Country **PORTUGAL**

Tipos de pagamento
Type of payments **Pagamento recorrente / Recurrent payment**

Local onde está a assinar Localidade / Location
Location in which you are signing

Data / Date - -

Assinar aqui por favor: Assinatura(s) / Signature(s)* _____
Please sign here

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

6 NOTAS IMPORTANTES

ACEITAÇÃO DO CONTRATO

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

7 BENEFICIÁRIOS

Morte: Herdeiros legais do Segurado/Pessoa Segura Outros*
 Invalidez ou Doença: Segurado(s)/Pessoa(s) Segura(s) em partes iguais Outros*

*Preencher a Minuta de Beneficiários

8 DECLARAÇÃO DE SAÚDE

**Para o(s) Segurado(s)/Pessoa(s) Segura(s) não reformado(s).
 Caso não se enquadre(m) nesta declaração de saúde, preencher o Questionário Clínico.**

Primeiro Segurado/Pessoa Segura

• Tem ou já alguma vez teve restrições na sua capacidade de ganho ou interrupções na sua atividade profissional por doença ou acidente, por um período superior a cinco (5) dias? (se for Mulher, exclui o motivo de gravidez)

Não Sim

• Tem conhecimento de ter alguma doença, deficiência física ou ter contraído uma doença infeto-contagiosa?

Não Sim

• Já sofreu algum acidente, foi submetido ou está aguardar a realização de uma intervenção cirúrgica ou internamento hospitalar?

Não Sim

• Está a aguardar o resultado de testes laboratoriais ou outros exames auxiliares de diagnóstico?

Não Sim

Declarações adicionais sobre o estado de saúde do Segurado/Pessoa Segura (não contemplada nas questões anteriores):

Segundo Segurado/Pessoa Segura

• Tem ou já alguma vez teve restrições na sua capacidade de ganho ou interrupções na sua atividade profissional por doença ou acidente, por um período superior a cinco (5) dias? (se for Mulher, exclui o motivo de gravidez)

Não Sim

• Tem conhecimento de ter alguma doença, deficiência física ou ter contraído uma doença infeto-contagiosa?

Não Sim

• Já sofreu algum acidente, foi submetido ou está aguardar a realização de uma intervenção cirúrgica ou internamento hospitalar?

Não Sim

• Está a aguardar o resultado de testes laboratoriais ou outros exames auxiliares de diagnóstico?

Não Sim

Declarações adicionais sobre o estado de saúde do Segurado/Pessoa Segura (não contemplada nas questões anteriores):

Lido e Aprovado: _____, ____/____/____

 Assinatura do 1.º Segurado/Pessoa Segura
 de acordo com o BI/C.Cidadão

 Assinatura do 2.º Segurado/Pessoa Segura
 de acordo com o BI/C.Cidadão

9 DESLOCAÇÕES

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

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

Primeiro Segurado/Pessoa Segura Sim Não Segundo Segurado/Pessoa Segura Sim Não
Se Sim, onde? _____ Se Sim, onde? _____

10 CONSEQUÊNCIA DE FALTA DE PAGAMENTO DO PRÉMIO

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

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

11 DECLARAÇÕES

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

O Tomador do Seguro e o(s) Segurado(s)/Pessoa(s) Segura(s) DECLARA(M) terem-lhe sido prestadas todas as informações relevantes para a subscrição do presente Contrato, nomeadamente as suas principais características e âmbito das garantias.

DECLARA(M) terem-lhe sido prestadas todas as informações relevantes para a subscrição do presente Contrato, nomeadamente as suas principais características, âmbito das garantias e exclusões e demais esclarecimentos exigíveis nos termos previstos no artigo 18º e 185º do DL n.º 72/2008, de 16 de abril, bem como ter recebido a "Nota Informativa" (Páginas 6 a 7 da Presente Proposta) com um resumo das Condições Gerais e Especiais aplicáveis ao contrato.

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

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

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

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

Lido e aprovado: ____/____/____ (Assinaturas conforme BI/Cartão do Cidadão) (Tomador do Seguro) (1º Segurado/Pessoa Segura) (2º Segurado/Pessoa Segura)

12 INFORMAÇÕES DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO POR PARTE DO AGENTE

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

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

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

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

N.º de Agente: (Assinatura Agente)

13 ANEXAR OS SEGUINTES DOCUMENTOS

- Cópia do Bilhete de Identidade ou do Cartão de Cidadão, ou outro documento equivalente no qual conste a filiação.
- Cópia da carta de condução ou outro documento em que conste a morada completa (por exemplo recibo de Água, Gás ou Eletricidade).
- Cópia da cédula ou cartão profissional ou recibo de remuneração (artigo 3.1.1 da Norma Regulamentar nº 10/2005-R da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões (ASF)).
- Quando o Tomador do Seguro for uma Pessoa Coletiva, o documento comprovativo da identidade do titular do Órgão de Gestão da Pessoa Coletiva, bem como do Titular da Participação no capital e dos direitos da Pessoa Coletiva, se valor for igual ou superior a 25%, caso exista.
- Comprovativo de titularidade do IBAN indicado na Autorização de Débito Direto SEPA.
- Consentimento do titular dos Dados Pessoais (preencher o modelo 5500-433).

Responsável pela Identificação

Assinatura

9000-V953-202010-02

A presente Nota Informativa não substitui a leitura das Condições Gerais e Especiais aplicáveis ao presente contrato, constituindo apenas um resumo das mesmas. Para sua maior comodidade, o Segurador disponibiliza ainda, a todo o tempo, no seu sítio da internet em tranquilidade.pt, as Condições Gerais aplicáveis ao seu contrato para consulta ou impressão.

O Contrato

O Seguro de Vida Individual, anual renovável, durante o prazo estipulado nas Condições Particulares do Contrato, designado comercialmente por **Vida Mais - Plano Proteção Base**, garante o pagamento do capital seguro contratado e indicado nas Condições Particulares, ao(s) Beneficiário(s) designado(s), no caso de se verificar uma das situações garantidas no Contrato no decorrer do prazo da Apólice. Paralelamente, este Seguro garante as Coberturas de Segunda Opinião Médica e Rede Bem-Estar.

QUAIS SÃO AS GARANTIAS?

I) Cobertura Principal

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

II) Coberturas Complementares

a) Invalidez Absoluta e Definitiva (IAD) do Segurado/Pessoa Segura por doença ou acidente: Garante a antecipação do capital da Cobertura Principal de Morte, indicado nas Condições Particulares deste Contrato.

Definição de Invalidez Absoluta e Definitiva – quando o Segurado/Pessoa Segura, em consequência de doença ou acidente, apresente cumulativamente e simultaneamente os seguintes requisitos:

- Fique total e definitivamente incapaz de exercer qualquer atividade remunerada;
- Apresente um grau de incapacidade igual ou superior a 85% de acordo com a “Tabela Nacional de Incapacidade por Acidente de Trabalho e Doenças Profissionais” oficialmente em vigor no momento do reconhecimento da invalidez e,
- Fique na obrigação de recorrer à assistência permanente de uma terceira pessoa para efetuar quaisquer atos elementares da vida corrente.

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.

b) Doenças Graves Base: Garante a antecipação do capital seguro por Morte, cessando o Contrato, em caso de surgir uma das seguintes situações:

- i) Cancro invasivo da Mama;
- ii) Cancro do Utero;
- iii) Cancro Colorretal;
- iv) Cancro do Pulmão;
- v) Cancro da Próstata;
- vi) Enfarte do Miocárdio.

Período de carência: Noventa (90) dias.

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

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

Período de carência: Noventa (90) dias.

Contacto telefónico para solicitar pré-autorização:

210 11 44 60.

d) Rede Bem-Estar: Fica garantido o acesso direto por parte do(s) Segurado(s)/Pessoa(s) Segura(s), em condições privilegiadas, a prestadores ligados às áreas do bem-estar, lazer e saúde com quem a AdvanceCare tenha celebrado um acordo de parceria.

QUAIS AS CONDIÇÕES PARA SUBSCREVER?

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

PRAZO

Anual renovável até à idade limite de permanência.

CAPITAL SEGURO

20.000 €, aplicável às coberturas de Morte, Invalidez Absoluta e Definitiva e Doenças Graves Base.

CÁLCULO DO PRÉMIO

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

PAGAMENTO DOS PRÉMIOS

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

QUAIS SÃO AS EXCLUSÕES?

Exclusões comuns a todas as coberturas

- a) Ato doloso de que o Tomador do Seguro, Segurado/Pessoa Segura ou Beneficiário sejam autores materiais ou morais ou de que tenham sido cúmplices e que se traduzam na ativação das coberturas contratadas;
- b) Suicídio do Segurado/Pessoa Segura sempre que este se verifique no decorrer do primeiro ano de adesão à Apólice ou no primeiro ano imediatamente a seguir à data de qualquer aumento do capital seguro ou subscrição de novas garantias;
- c) Participação, como passageiro ou condutor, em corridas de velocidade, para veículos de qualquer natureza, providos ou não de motor e respetivos treinos;
- d) Riscos de aerostação ou de aviação, salvo quando o Segurado/Pessoa Segura for passageiro de avião de carreira comercial de transporte de passageiros, devidamente autorizada pela Comissão Europeia;
- e) Riscos políticos e riscos de guerra, insurreição, motins, rixas, terrorismo ou sabotagem;
- f) Prática 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 desniveis 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) 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;
- 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) Situações pré-existentes à celebração do presente Contrato de seguro – incluindo doença ou sequelas 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.

91000-V953-202010-02

Exclusões das Coberturas Complementares

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

● Invalidez Absoluta e Definitiva (IAD) que resulte:

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

b) De uso de drogas tóxicas, estupefacientes ou substâncias psicotrópicas não prescritas clinicamente;

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

d) De consequência de perturbações psíquicas.

● Doenças Graves Base (DGB)

- Todos os tipos de cancro não invasivo da mama;

- Todos os cancros da mama micro invasivos;

- Todos os tumores benignos da mama;

- Qualquer displasia, hiperplasia atípica ou necrose gorda;

- Carcinomas invasivos da mama ligados a síndromes hereditárias;

- Todos os cancros que sejam histologicamente classificados como pré-malignos e não invasivos ou cancros "in situ";

- As lesões causadas por endometriose;

- Miomas uterinos;

- Pólipos colorrectais malignos minimamente invasivos, tratáveis unicamente por procedimentos endoscópicos;

- Os tumores do tecido gastrointestinal do cólon, reto ou apêndice com baixo potencial maligno;

- Os tumores carcinóides;

- O cancro Colorretal ligado a síndromes hereditárias;

- Qualquer outro cancro do pulmão não classificado como cancro não microcítico do pulmão ou cancro do pulmão de células pequenas;

- O mesotelioma;

- Metástases pulmonares de tumores primitivos, de outras partes do corpo;

- Qualquer cancro da próstata exceto se a classificação histológica apresentar um grau de Gleason maior do que 6;

- Neoplasia intra-epitelial prostática de baixo grau ou alto grau;

- Enfarte do miocárdio silencioso;

- Outras síndromes coronárias agudas;

- Enfarte do miocárdio sem elevação do segmento ST.

● Segunda Opinião Médica

a) Quaisquer serviços solicitados ao Segurador quando o Segurado/Pessoa Segura não sofra de doenças graves abrangidas por esta cobertura;

b) Serviços não solicitados ao Segurador;

c) Quaisquer despesas médicas com honorários e/ou internamentos no estrangeiro;

d) Despesas de transporte e alojamento em Portugal e no estrangeiro;

e) Quaisquer perdas ou danos originados, direta ou indiretamente, pela opinião dos médicos e/ou profissionais consultados.

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

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

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

LIQUIDAÇÃO DAS IMPORTÂNCIAS SEGURAS PELO SEGURADOR

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

QUANDO CESSA O CONTRATO?

- Por morte ou antecipação do capital seguro em caso de invalidez ou doença grave;

- Por falta de pagamento do prémio no prazo de trinta (30) dias posteriores ao seu vencimento;

- Por anulação ou resolução do Contrato;

- No final do prazo contratado, no máximo até à idade limite de permanência.

A cessação das Coberturas Complementares verifica-se ainda nas seguintes condições:

- Por anulação da Cobertura Principal;

- No termo da anuidade em que o Segurado/Pessoa Segura completar sessenta e cinco (65) anos de idade;

- Se o Segurado/Pessoa Segura for mobilizado para fazer parte em operações de guerra, policiamento ou repressões de atos de terrorismo.

COMO EXERCER O DIREITO DE LIVRE RESOLUÇÃO?

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

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

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

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

a) Valor do prémio relativo ao período de tempo já decorrido, na medida em que tenha suportado o risco;

b) Montante das despesas razoáveis que o Segurador tenha efetuado com exames médicos sempre que esses valores sejam imputados contratualmente ao Tomador do Seguro.

PARTICIPAÇÃO NOS RESULTADOS

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

QUAL O ENQUADRAMENTO FISCAL DO CONTRATO?

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

A QUEM SOLICITAR UM PEDIDO DE ESCLARECIMENTO?

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

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

Em caso de divergência com o Segurador, o Tomador do Seguro e/ou Segurado/Pessoa Segura poderão também apresentar reclamações através do 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.

QUAL A LEI APLICÁVEL AO CONTRATO?

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

AUTORIDADE DE SUPERVISÃO

Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões (ASF).