

Novo Ref.ª Externa Apólice Agente/Mediador
 Alteração Data de início Gestor de Rede
Singular Empresa Venda Cruzada Enquadramento Comercial

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)

3500-V809-201805-02

4 COBERTURAS, CAPITAL SEGURO E PRÉMIOS

Opções de Planos - Assinalar com "X" a opção escolhida

<input type="checkbox"/> Essencial	<input type="checkbox"/> Valor	<input type="checkbox"/> Valor Mais
------------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------

Capital Seguro	20.000 €	<input type="checkbox"/> 30.000 €	<input type="checkbox"/> 75.000 €
		<input type="checkbox"/> 50.000 €	<input type="checkbox"/> 100.000 €

Coberturas			
Morte	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Invalidez Absoluta e Definitiva (85%)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível (IDPAC 66%)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Doenças Graves Base	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doenças Graves Plus - Limitado a 10.000 €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- Despesas de Hospitalização Extra Care (até 150.000 € com franquia de 10.000 €) - Tratamento de Doenças Graves Extra Care (até 1.000.000 € no estrangeiro)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2ª Opinião Médica	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Assistência à Família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Incapacidade Temporária Absoluta*: Renda mensal:			Segurados/Pessoas Seguras
- 0,75% do Capital Seguro			1 <input type="checkbox"/>
- 1% do Capital Seguro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
- 1,50% do Capital Seguro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- 2% do Capital Seguro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Capital Mensal contratado não pode ultrapassar 50% do rendimento mensal comprovável do(s) Segurado(s)/Pessoa(s) Segura(s).

Periodicidade (A / S / T / M)*

* No caso do Plano Essencial apenas são aplicáveis as opções Anual e Mensal

Prémio , Euros

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

5 COMPARTICIPAÇÕES

Coberturas Extra Care	Rede	Reembolso
Tratamento de Doenças Graves Extra Care (no estrangeiro)	100%	-
Despesas de Hospitalização Extra Care	90%	55%
Extensão Territorial		
- Espanha e EUA	80%	55%
- Todo o Mundo	-	55%

6 MODALIDADE DE PAGAMENTO

Autorização de Débito Direto SEPA
SEPA Direct Debit Mandate

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

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

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

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 / BIC SWIFT /
Account number - IBAN * SWIFT BIC

Identificador do Credor
Creditor identification

Nome do Credor /
Creditor name SEGURADORAS UNIDAS, S. A.

Identificador do Credor /
Creditor identifier

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

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
Location in which you are signing Localidade / Location

Data / Date - -

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

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

7 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.

PRAZO PARA APRESENTAÇÃO DAS DESPESAS PARA A COBERTURA DE EXTRA CARE

As despesas de saúde realizadas no âmbito de prestações indemnizatórias deverão ser apresentadas a pagamento no prazo máximo de cento e oitenta (180) dias. Quando a despesa for reclamada fora do prazo acima previsto e desde que, em relação ao Segurado/Pessoa Segura e Tomador do Seguro não tenham existido impedimentos objetivos de o fazer no prazo acordado, ao valor da indemnização a pagar serão deduzidas as perdas e os 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 data de apresentação a pagamento.

8 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

9 DECLARAÇÕES DIVERSAS

DECLARAÇÃO PARA INCAPACIDADE TEMPORÁRIA ABSOLUTA

Para o(s) Segurado(s)/Pessoa(s) Segura(s) que tenha(m) subscrito a Cobertura de Incapacidade Temporária e Absoluta.

Declaro(amos) ter conhecimento de que todas as patologias pré-existentes à data de adesão a esta cobertura e toda ou qualquer patologia futura com relação direta ou indireta com as mesmas estão excluídas. Confirmo(amos) estar a desempenhar regularmente, no mínimo de dezasseis (16) horas semanais, uma atividade profissional nos últimos doze (12) meses, sem ter conhecimento de um possível desemprego.

Primeiro Segurado/Pessoa Segura

Não Sim

Segundo Segurado/Pessoa Segura

Não Sim

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Para o(s) Segurado(s)/Pessoa(s) Segura(s) com idade até sessenta (60) anos e Capital Seguro até 50.000,00 euros e não reformado(s).

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

*Aprovação para Incapacidade Temporária Absoluta e Declaração de Saúde

10 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? _____

11 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 ficará sempre dependente do efetivo pagamento do prémio ou fração inicial por parte do Tomador do Seguro.

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

12 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 inexactidão ou omissão dolosa, o contrato será anulado e os sinistros recusados. Em caso de inexactidão ou omissão negligente, o contrato será alterado e os sinistros garantidos na proporção da diferença entre o prémio pago e o prémio que seria devido se o facto inexacto ou omitido fosse conhecido, sem prejuízo da possibilidade de o Segurador poder anular o contrato caso se prove que em caso algum o teria celebrado se tivesse conhecido o facto omitido ou inexacto, salvo se entretanto ocorrer a incontestabilidade do contrato.

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

DECLARA(M) ter tomado conhecimento de que o Segurador deve informar o Beneficiário (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)

13 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)

14 ANEXAR OS SEGUINTE 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.

Responsável pela Identificação

Assinatura

3500-V809-201805-02

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 Valor**, 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.

QUAIS SÃO AS GARANTIAS?

I) Cobertura Principal

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

II) Coberturas Complementares

a) Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível (IDPAC 66%) do Segurado/Pessoa Segura por doença ou acidente: Garante a antecipação do capital da Cobertura Principal de Morte, indicado nas Condições Particulares deste Contrato.

Definição de Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível (IDPAC 66%): quando o Segurado/Pessoa Segura esteja totalmente incapaz de exercer a sua profissão ou qualquer outra atividade lucrativa de acordo com os seus conhecimentos e aptidões de forma permanente e simultaneamente apresentar um grau de incapacidade de 66%, de acordo com a "Tabela Nacional de Incapacidade por Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais", oficialmente em vigor no momento do reconhecimento da invalidez.

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

- a) Cancro invasivo da Mama;
- b) Cancro do Útero;
- c) Cancro Colorrectal;
- d) Cancro do Pulmão;
- e) Cancro da Próstata;
- f) 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:

- a) Doenças cancerígenas;
- b) Doenças cardiovasculares;
- c) Transplantes de órgãos;
- d) Doenças neurológicas e neurocirúrgicas, incluindo acidentes cerebrais vasculares;
- e) Insuficiência renal crónica;
- f) Doença de Parkinson (paralis agitante);
- g) Doença de Alzheimer;
- h) Esclerose múltipla;
- i) SIDA e tratamentos derivados da SIDA.

**Contacto telefónico para solicitar pré-autorização:
213 22 80 00.**

QUAIS AS CONDIÇÕES PARA SUBSCREVER?

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

PRAZO

Anual renovável até à idade limite de permanência.

CAPITAL SEGURO

Estão disponíveis duas (2) opções de capital seguro (30.000 € e 50.000 €), aplicáveis às coberturas de Morte, Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível (IDPAC 66%) 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. O pagamento do prémio pode ser mensal ou anual sendo no mínimo de cinco (5) euros por mês. Sempre que o prémio for inferior ao mínimo acima definido, o mesmo será cobrado 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 sequela de acidente, que tenham sido alvo de investigação clínica e/ou tratamento e que sejam ou que devam ser do conhecimento do Segurado/Pessoa Segura à data do preenchimento da proposta, bem como as consequências de qualquer lesão provocada por tratamento não relacionado com doença ou acidente coberto por este Contrato.
- Exclusões das Coberturas Complementares**
Para além das exclusões da Cobertura Principal, aplicam-se às Coberturas Complementares as seguintes:
- **Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível (IDPAC 66%)** que resulte:
 - a) Direta ou indiretamente, de ato do Segurado/Pessoa Segura ou praticado com a sua cumplicidade, bem como a tentativa de suicídio deste;
 - b) De acidente em que o Segurado/Pessoa Segura tenha dado origem ao mesmo e tenha acusado uma taxa de alcoolemia superior a 0,50 g/l, ou tenha ingerido drogas tóxicas, estupefacientes ou substâncias psicotrópicas não prescritas clinicamente;
 - c) De consequência de perturbações psíquicas.
 - **Doenças Graves 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 Colorrectal 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, medicamentos e/ou internamentos no estrangeiro;
- d) Despesas de transporte e alojamento em Portugal e no estrangeiro;
- e) Quaisquer perdas ou danos originados, direta ou indiretamente, pela opinião dos médicos e/ou profissionais consultados.

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

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

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

LIQUIDAÇÃO DAS IMPORTÂNCIAS SEGURAS PELO SEGURADOR

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

QUANDO CESSA O CONTRATO?

- Por morte ou antecipação do capital seguro em caso de invalidez ou doença grave;
- Por falta de pagamento do prémio no prazo de trinta (30) dias posteriores ao seu vencimento;
- Por anulação ou resolução do Contrato;
- No final do prazo contratado, no máximo até à idade limite de permanência.

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

- Por anulação da Cobertura Principal;
- No termo da anuidade em que o Segurado/Pessoa Segura completa sessenta e cinco (65) anos de idade;
- Se o Segurado/Pessoa Segura for mobilizado para fazer parte em operações de guerra, policiamento ou repressões de atos de terrorismo.

COMO EXERCER O DIREITO DE LIVRE RESOLUÇÃO?

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

O prazo previsto no ponto anterior conta-se a partir da data de celebração do Contrato, desde que o Tomador do Seguro, nessa data, disponha, em papel ou noutra 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 Valor** 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 (ASF), sem prejuízo ainda da possibilidade do recurso à arbitragem ou aos tribunais, de acordo com as disposições legais em vigor.

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

A leitura da Nota Informativa não dispensa a consulta das Condições Gerais da Cobertura Principal por Morte e das Condições Especiais das Coberturas Complementares.