

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/PESSOAS SEGURAS (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-V810-201805-02

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*

País / Country*

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

BIC SWIFT /
SWIFT BIC

Identificador do Credor
Creditor identification

Nome do Credor / **SEGURADORAS UNIDAS, 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 **L I S B O A**

País / Country **P O R T U G A L**

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.

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).

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

*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 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.

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 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 inexato 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 inexato, 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 do Instituto de Seguros de Portugal).
- 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

31500-V810-201805-02

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 Mais**, 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 Despesas de Hospitalização Extra Care, Tratamento de Doenças Graves Extra Care, Segunda Opinião Médica e a Assistência à Família. Este seguro poderá ainda garantir uma renda mensal, em caso de Incapacidade Temporária Absoluta para o Trabalho por Doença ou Acidente.

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 seguro da Cobertura Principal, cessando o 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) Assistência à Família

Garante em caso de urgência a assistência técnica e médica aos Segurados/Pessoas Seguras ao Domicílio Seguro em Portugal, nomeadamente:

- Envio de médico ao domicílio;
- Aconselhamento médico;
- Transporte de urgência em ambulância ou táxi;
- Envio de profissional de enfermagem;
- Ajuda domiciliária;
- Adaptação do Domicílio Seguro;
- Informações sobre farmácias de serviço;
- Informações sobre hospitais, clínicas, centros de saúde ou de primeiros socorros e médicos.

Contacto telefónico para acionar esta cobertura: 217 22 55 49.

c) Coberturas Complementares Proteção Extra Care que incluem:

• Doenças Graves Plus

Garante a antecipação de 10.000 € do capital seguro da Cobertura Principal de Morte, em caso de surgir uma das doenças graves abrangidas por esta Cobertura. O Contrato mantém-se em vigor pelo capital remanescente na Cobertura Principal de Morte.

Doenças graves abrangidas:

- a) Cancro;
- b) Neurocirurgia;
- c) Cirurgia "by-pass" das Artérias Coronárias;
- d) Substituição da Válvula Cardíaca;
- e) Transplante de Órgãos.

Período de Carência: cento e oitenta (180) dias

• Despesas de Hospitalização Extra Care

Garante até 150.000 €, o pagamento das despesas efetuadas em Portugal pelo Segurado/Pessoa Segura em regime de prestações convencionadas ou prestações indemnizatórias em consequência de Hospitalização do Segurado/Pessoa Segura numa unidade hospitalar, motivada por doença ou acidente (abrange a extensão a Espanha e Estados Unidos da América (EUA)). **O Segurado/Pessoa Segura deverá requerer pré-autorização através do telefone 707 78 20 50.**

• Tratamento de Doenças Graves Extra Care

Garante até 1.000.000 €, desde que pré-autorizadas pelo Segurador, o pagamento das despesas, no estrangeiro, do Segurado/Pessoa Segura, em regime de prestações convencionadas em consequência de qualquer uma das doenças graves ou Situações Clínicas nomeadamente:

- a) Despesas de internamento em hospital;
- b) Cirurgias e tratamentos realizados em Hospital em regime ambulatório;
- c) Honorários médicos relativos a consultas, tratamentos, cuidados médicos ou cirurgias;
- d) Despesas inerentes à realização dos serviços, tratamentos ou prescrições médicas e cirúrgicas;
- 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

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 da sua inumação em Portugal, de aquisição da urna e das respetivas formalidades administrativas.

Período de Carência: cento e oitenta (180) dias

O Segurado/Pessoa Segura deverá requerer pré-autorização através do telefone 213 22 80 00.

• Segunda Opinião Médica

Em caso de doença grave do Segurado/Pessoa Segura, esta Cobertura Complementar 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.

O Segurado/Pessoa Segura deverá requerer pré-autorização através do telefone 213 22 80 00.

d) Cobertura Complementar Opcional

Incapacidade Temporária Absoluta (ITA)

Garante, em caso de incapacidade temporária absoluta para o trabalho do Segurado/Pessoa Segura, o pagamento do Capital mensal contratado, até que o Segurado/Pessoa Segura volte a trabalhar, até ao limite máximo de doze (12) meses.

Capital mensal contratado: corresponde ao valor que será pago por cada mês de ITA, calculado com base numa das quatro (4) opções definidas nomeadamente, 0,5, 0,75%, 1% e 2% do capital seguro da Cobertura Principal de Morte, definido pelo Segurado/Pessoa Segura.

O capital mensal contratado não pode ultrapassar, em cada momento, 50% do Rendimento Mensal Comprovável.

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.

CAPITAL SEGURO

Estão disponíveis duas (2) opções de capital seguro (75.000 € ou 100.000 €), aplicáveis às Coberturas de Morte e Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível (IDPAC 66%)

PRAZO

Anual renovável até à idade limite de permanência.

QUAIS AS CONDIÇÕES PARA SUBSCREVER?

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

CÁLCULO DOS PRÉMIOS

Os prémios serão calculados de acordo com o capital seguro e a idade atuarial do(s) Segurado(s)/Pessoa(s) Segura(s). 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, trimestral, semestral 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.
- **Proteção Extra Care**
 - a) Doenças ou acidentes pré-existentes;
 - b) Situações relacionadas com gravidez, parto e interrupção da gravidez;
 - c) Doenças ou mal formações congénitas;
 - d) Tratamentos ou cirurgias de carácter 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 refrativo à miopia, astigmatismo e hipermetropia (cirúrgico ou laser);
 - o) Cirurgia para correção da rinosplasia, 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 da prática de esqui e outros desportos de neve, esqui aquático, motonáutica, canoing, equitação;
- u) Prática profissional de desportos;
- v) Prática de desportos motorizados, a título profissional ou amador, pontualmente ou com carácter 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.

● **Doenças Graves Plus**

- a) **Cancro**
 - 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 câncros da pele com exceção dos melanomas malignos;
 - o cancro papilar da bexiga.
- b) **Neurocirurgia**
 - A craniotomia quando a patologia for consequência de lesão traumática.
- c) **Cirurgia "by-pass" das Artérias Coronárias**
 - 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**
 - Cirurgia corretiva de alterações congénitas das válvulas cardíacas.
- e) **Transplante de Órgãos**
 - Em caso 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.
- **Despesas de Hospitalização Extra Care**
 - a) Despesas de natureza particular;
 - b) Enfermagem privativa;
 - c) Despesas com acompanhantes, exceto nos casos de internamento de crianças de idade inferior a doze (12) anos;
 - d) 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;
 - e) Parto, gravidez, interrupção involuntária ou voluntária da gravidez.
- **Tratamento de Doenças Graves Extra Care**
 - 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 que seja objeto de diagnóstico previamente ao termo do período de carência;
 - c) 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;
 - d) 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";
 - e) Despesas com serviços que não sejam clinicamente necessários para o tratamento de qualquer doença grave ou situação clínica garantida pelo Contrato;
 - f) Qualquer doença coronária tratada com técnicas que não requeiram cirurgia;
 - g) Qualquer tipo de cirurgia angioplástica;
 - h) Qualquer doença que tenha sido causada por um Transplante de Órgão, salvo se a referida doença for garantida nos termos previstos do Contrato, ou for consequência necessária do transplante;

i) Despesas incorridas por serviços de hospedagem, enfermagem privativa, cuidados 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;

j) Qualquer tipo de próteses, aparelhos ortopédicos, cintas, ligaduras, muletas, membros ou órgãos artificiais, perucas, equipamentos (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;

k) 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;

l) Síndrome cerebral ou despesas de assistência e vigilância médica derivadas de casos de senilidade ou deterioração cerebral;

m) 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;

n) Despesas incorridas pela utilização de medicina alternativa, mesmo quando tenham sido prescritas de forma específica por um médico;

o) 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;

p) Despesas que não sejam de índole médica, tais como custos de traduções, contactos telefónicos, realizadas pelo Segurado/Pessoa Segura ou pelos seus acompanhantes;

q) Qualquer despesa realizada pelo(s) Segurado(s)/Pessoa(s) Segura(s), fora da Rede de Prestadores internacionais recomendados pelo Administrador/Segurador, ou que não tenha sido objeto de pré-autorização.

● Segunda Opinião Médica

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

b) Serviços não solicitados ao Segurador;

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

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

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

● Assistência à Família

a) Sinistros ocorridos anteriormente ao início da subscrição da Apólice, ainda que as suas consequências se tenham prolongado para além dessa data;

b) Sinistros ocorridos fora da data de validade da Apólice;

c) Sinistros devidos a ações criminais, dolo, suicídio ou tentativa de suicídio;

d) Sinistros em consequência de demência, influência de álcool, ingestão de drogas e estupefacientes sem prescrição médica;

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

f) Sinistros devidos a acontecimentos de guerra, hostilidade entre países, sabotagem, rebelião, atos de terrorismo, tumultos, insurreição, distúrbios laborais, greves, lockouts, atos de vandalismo e demais perturbações da ordem pública;

g) Sinistros em consequência de tremores de terra, erupções vulcânicas, inundações ou quaisquer outros cataclismos;

h) Sinistros devidos ao uso de engenhos explosivos ou incendiários;

i) Sinistros derivados direta ou indiretamente, da desintegração ou fusão do núcleo de átomos, aceleração de partículas e radioatividade;

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

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

l) Sinistros e danos não comprovados pelo Segurador; m) Ações de salvamento, assistência médica primária e primeiro transporte medicalizado, sempre que existam e possam ser acionados meios públicos para o efeito, as despesas relativas a tratamentos médicos ou de enfermagem continuados.

● Incapacidade Temporária Absoluta (ITA)

a) Afeções existentes na data de início das garantias da Apólice;

b) Anomalias congénitas, incapacidades físicas ou mentais existentes na data de 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.

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 sinistros por morte, invalidez ou incapacidade bem como entregues todos os documentos solicitados pelo Segurador, 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.

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 Mais** 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 É A LEI APLICÁVEL AO CONTRATO?

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

AUTORIDADE DE SUPERVISÃO

Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões (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.