

NOTA INFORMATIVA SOBRE AS CONDIÇÕES GERAIS E ESPECIAIS - Vida Segura Plus -

CONTRATO

O Vida Segura Plus é um Contrato de Seguro de Vida celebrado entre o Tomador do Seguro e a GamaLife – Companhia de Seguros de Vida, S.A., comercializado através do Novo Banco, S.A..

Para cada Tomador do Seguro será emitida uma Apólice, documento que titula o Contrato celebrado entre as partes, de onde constam as Condições Particulares acordadas. O Contrato pode ser subscrito por um Segurado, sendo da responsabilidade do Tomador do Seguro o pagamento dos prémios pela sua totalidade.

As declarações prestadas pelo Tomador do Seguro e pelo Segurado, tanto na Proposta de Subscrição, como nos respetivos questionários exigidos, servem de base ao presente Contrato, o qual é incontestável após a sua entrada em vigor. As declarações INTENCIONALMENTE inexatas ou incompletas que alterem a apreciação do risco tornam o Contrato ANULÁVEL, não tendo o Segurado, em caso de má-fé, direito a qualquer restituição de prémios. Sempre que a interpretação do texto o permita, o masculino englobará o feminino e o singular o plural e vice-versa. O Vida Segura Plus rege-se pelas CONDIÇÕES PARTICULARES, pelas CONDIÇÕES GERAIS do Seguro de Vida e pelas CONDIÇÕES ESPECIAIS dos respetivos Seguros Complementares de Invalidez Total e Permanente por Acidente e Doenças Graves.

QUEM É O TOMADOR DO SEGURO?

O Tomador do Seguro é a Entidade que celebra o Contrato com o Segurador, sendo responsável pelo pagamento do prémio;

QUEM É O SEGURADO?

O Segurado é a pessoa sujeita aos riscos, que nos termos acordados, são objeto deste Contrato;

QUEM É O BENEFICIÁRIO?

O Beneficiário é a Entidade a favor da qual é celebrado o Contrato, identificado na proposta de subscrição.

EM QUE CONSISTE O PRÉMIO?

O Prémio é a importância paga pelo Tomador do Seguro ao Segurador como contrapartida das garantias estabelecidas no Contrato.

O QUE É A IDADE ATUARIAL?

A Idade Atuarial - A idade de aniversário do Segurado mais próxima da data de celebração do Contrato de seguro ou da sua renovação, ou seja, se o Segurado, à data da celebração do Contrato de seguro ou da sua renovação, estiver a menos de 6 meses da respetiva data aniversário, considera-se a sua idade real em anos inteiros, acrescida de um ano.

QUAIS AS GARANTIAS DO CONTRATO?

O Vida Segura Plus garante o pagamento do Capital Seguro contratado ao(s) Beneficiário(s) designado(s) no caso de se verificar, no decorrer do prazo de validade do Contrato, as seguintes situações e desde que constem das Condições Particulares:

Seguro Principal

» **Morte do Segurado: pagamento do Capital Seguro ao(s) Beneficiário(s) designado(s).**

Seguros Complementares

» **Invalidez Total e Permanente por Acidente: garante a antecipação total do Capital Seguro numa situação de Invalidez Total e Permanente por Acidente do Segurado.**

» **Doenças Graves do Segurado: garante a antecipação total do Capital Seguro no máximo de 150.000 Euros.**

As coberturas previstas neste Contrato não podem ser determinadas ou causadas por doenças, patologias ou estado de saúde pré-existente à data da celebração do mesmo, caso em que o Segurador fica exonerado da obrigação de pagamento do capital seguro.

EM QUE CONSISTE A INVALIDEZ TOTAL E PERMANENTE POR ACIDENTE?

O Segurado é considerado em estado de Invalidez Total e Permanente por Acidente sempre que, em consequência de um acidente, se encontre totalmente incapaz de exercer a sua profissão ou qualquer outra atividade lucrativa de acordo com os seus conhecimentos e aptidões de forma permanente e irreversível, e além disso, 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.

O reconhecimento da situação de Invalidez Total e Permanente por Acidente (ou do seu grau) deve ser feito com base em sinais médicos objetivos, por um médico do Segurador ou, em caso de divergência com esta, por Tribunal Arbitral ou Judicial, prevalecendo aquele sobre quaisquer pareceres ou decisões da Segurança Social, Caixa Geral de Aposentações ou qualquer outro regime facultativo ou obrigatório que os substitua ou complemente.

Considera-se que a Invalidez Total e Permanente por Acidente só é reconhecida após avaliação por Junta Médica competente para o efeito, reconhecendo o grau de incapacidade acima referido como estando estabelecido de forma permanente e irreversível, isto é, não suscetível de variações futuras nem requerendo reavaliações em data posterior à data em que se realizou a Junta Médica.

Se, na data de efetivação do Contrato, o Segurado sofrer já de algum tipo de invalidez, apenas será considerada a diferença entre o grau de invalidez já existente e aquele que passar a existir.

A Invalidez Total e Permanente por Acidente terá de se verificar no decurso de um ano a contar da data do acidente.

Entende-se por “Acidente” todo o acontecimento súbito, fortuito e anormal devido a força exterior, violenta e estranha à vontade da Segurado e que nesta provoque lesões corporais suscetíveis de constatação médica objetiva.

Não são considerados acidentes:

- Todas as doenças de qualquer natureza, salvo se forem resultado de um acidente coberto;

- As lesões, que pela sua natureza possam ser tratadas como um acidente, cuja origem seja interna e não relacionada com um acidente coberto, tais como hérnias, lombalgias, ciática, as lesões resultantes de “movimentos em falso”, ataques cardíacos independentemente da causa, as doenças cardíacas das coronárias, rutura de aneurisma, embolias cerebrais, hemorragias subaracnóides, as crises de epilepsia e o delírio m tremens;

- A tentativa de suicídio.

São considerados acidentes:

- Sequelas de afogamento;

- Ferimentos sofridos durante o salvamento de pessoas ou bens em risco;

- Intoxicação e queimaduras resultantes da absorção não intencional de substâncias tóxicas ou corrosivas ou libertação accidental de gases ou vapores.

Exclusão de Acidentes ocorridos antes da entrada em vigor do Contrato:

a) Ficam igualmente excluídos todos os casos em que seja verificada a existência de álcool no sangue da Segurado, em grau igual ou superior ao que se encontrar definido na Lei para os condutores de veículos automóveis em Portugal.

b) São excluídas do benefício do seguro, as pessoas que voluntariamente tenham causado o acidente.

EM QUE CONSISTEM AS DOENÇAS GRAVES?

Se o Segurado vier a padecer de uma das Doenças Graves definidas nas alíneas seguintes e desde que indicadas nas Condições Especiais, o Segurador garante a antecipação de 100% do capital garantido pelo Seguro Principal até ao limite máximo de 150.000,00 € cancelando, automaticamente, as respetivas Condições Particulares.

As Doenças Graves (desde que contratadas) ao abrigo do Contrato são: Acidente Vascular Cerebral (AVC); Anemia aplástica; Cancro; Cirurgia das artérias coronárias (duas ou mais); Cirurgia por doença da aorta; Cirurgia válvula cardíaca; Coma; Doença de Alzheimer (antes dos 65 anos); Doença de Parkinson (antes dos 65 anos); Doença hepática terminal; Doença do neurónio motor; Doença pulmonar terminal; Encefalite viral aguda; Enfarte do miocárdio; Esclerose Múltipla (EM); Hepatite viral fulminante; Insuficiência Renal - Doença Renal Terminal; Meningite bacteriana; Paralisia de membros; Perda da audição; Perda da fala; Perda de membros; Perda de visão; Queimaduras graves; Transplante de órgão principal; Traumatismo Craniano Grave; VIH (Infeção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana contraída no exercício de profissão qualificada).

As respetivas definições são as seguintes:

Acidente Vascular Cerebral (AVC).

AVC - resultando em sintomas permanentes. Morte do tecido cerebral devido a um evento cérebro vascular

agudo, causado por isquemia ou hemorragia intracraniana (incluindo hemorragia subaracnoide), ou embolismo de causa extracraniana, com:

- Início súbito de novos sintomas neurológicos, e
- Défices neurológicos recentes no exame clínico.

Os défices neurológicos devem persistir por mais de três meses após a data do diagnóstico. Este diagnóstico deve ser confirmado por médico Neurologista e comprovado por resultados de exames imagiológicos.

Anemia aplástica.

Anemia Aplástica - com insuficiência grave da medula óssea. O diagnóstico definitivo de anemia aplástica, resulta em insuficiência da medula óssea com anemia, neutropenia e trombocitopenia. O tratamento da doença tem que requerer transfusões de sangue e com, pelo menos, um dos seguintes tratamentos:

- Agentes estimulantes da medula;
- Imunossuppressores;
- Transplante da medula óssea.

O diagnóstico deve ser confirmado por médico Hematologista e comprovado por histologia da medula óssea.

Cancro.

Cancro - excluindo estádios iniciais. Qualquer tumor maligno diagnosticado positivamente com confirmação histológica e caracterizado pelo crescimento descontrolado de células malignas e por invasão de tecidos. O diagnóstico deve ser confirmado por médico da especialidade. A não ser que sejam expressamente excluídas, leucemia, linfoma maligno e síndrome mielodisplásica.

Cirurgia das artérias coronárias com enxerto (duas ou mais).

Cirurgia das artérias coronárias com enxerto - para tratamento de doença coronária de múltiplos vasos. A realização de cirurgia cardíaca para corrigir a estenose ou oclusão de duas ou mais artérias coronárias com bypass coronário com enxerto (CABG - Coronary Artery Bypass Graft)). A cirurgia cardíaca com esternotomia completa (divisão vertical do esterno) e procedimentos minimamente invasivos (esternotomia parcial ou toracotomia) estão cobertos. A necessidade de tal cirurgia deve ser comprovada por meio de angiografia coronária e confirmada por médico Cardiologista ou por Cirurgião Cardio-Torácico.

Cirurgia da aorta.

Cirurgia da aorta - incluindo procedimentos minimamente invasivos. A realização de cirurgia para tratamento de estenose, obstrução, aneurisma ou dissecação da aorta. Procedimentos minimamente invasivos, como a cirurgia endovascular, encontram-se cobertos por esta definição. A realização da cirurgia aórtica deve ser confirmada por Cirurgião Cardio-Torácico e sustentada por meio de resultados imagiológicos.

Cirurgia da Válvula Cardíaca.

Cirurgia da válvula cardíaca - incluindo procedimentos minimamente invasivos e com cateter. A realização de cirurgia para substituição ou reparação de anomalias de uma ou mais válvulas do coração. Os seguintes procedimentos estão cobertos por esta definição:

- Substituição ou reparação de válvula cardíaca com esternotomia completa (divisão vertical do esterno), esternotomia parcial ou toracotomia;
- Procedimento de Ross;
- Valvuloplastia por cateterismo;
- Implante Trans-cateter da Válvula Aórtica (IVAT)

A necessidade de tal cirurgia deve ser confirmada por médico Cardiologista ou cirurgião Cardio-Torácico e sustentada por meio de ecocardiograma ou resultados de cateterismo cardíaco.

Coma.

Coma - resultando em sintomas persistentes. Diagnóstico definitivo de um estado de inconsciência, sem reação ou resposta a estímulos externos ou necessidades internas, que:

- Resulta numa escala de 8 ou menos, na escala de coma de Glasgow, persistindo continuamente durante pelo menos 96 horas;
- Necessidade de utilização de sistemas de suporte de vida, e
- Resulta de um défice neurológico persistente que deve ser avaliado decorridos, pelo menos, 30 dias após o início do coma.

O diagnóstico deve ser confirmado por médico Neurologista.

Doença de Alzheimer (antes dos 65 anos).

Doença de Alzheimer (antes dos 65 anos) - requerendo supervisão constante.

Diagnóstico definitivo da doença de Alzheimer evidenciado por todas as características seguintes:

- Perda de capacidade intelectual envolvendo comprometimento das funções de memória e

realização (sequencializar, organizar, abstrair e planear), que resulta numa redução significativa no funcionamento mental e social;

- b) Alterações da personalidade;
- c) Início gradual e contínuo declínio das funções cognitivas;
- d) Ausência de perturbações da consciência;
- e) Resultados neuropsicológicos e neurorradiológicos típicos (por ex. TAC/RMN).

A doença deve necessitar de supervisão constante (24 horas por dia) [antes dos 65 anos]. O diagnóstico e a necessidade de supervisão devem ser confirmados por médico Neurologista.

Doença de Parkinson (antes dos 65 anos).

Doença idiopática de Parkinson (antes dos 65 anos) - resultando na perda permanente das capacidades físicas. Diagnóstico definitivo de doença de Parkinson idiopática primária, evidenciado por, pelo menos, duas das seguintes manifestações clínicas:

- a) Rigidez muscular;
- b) Tremor; e
- c) Bradicinesia (lentidão anormal dos movimentos, lentidão de respostas físicas e mentais).

A doença de Parkinson idiopática (antes dos 65) deve resultar numa total incapacidade para realizar, de forma independente, pelo menos 3 das 6 atividades da vida diária por um período contínuo de pelo menos 3 meses, independentemente do tratamento farmacológico. **As atividades da vida diária compreendem:**

- a) Higiene: a capacidade de ser capaz de lavar-se numa banheira, chuveiro (incluindo entrar e sair da banheira ou chuveiro) ou lavar-se satisfatoriamente por outros meios;
- b) Vestir e Despir: a capacidade para vestir e despir o vestuário, tomando em consideração o vestuário usado habitualmente, incluindo colocar próteses e ortóteses;
- c) Comer / beber: a capacidade de se alimentar quando o alimento (sólidos ou líquidos) foi preparado e disponibiliza, incluindo poder sugar por uma palhinha ou usar outros utensílios adaptados;
- d) Manter a higiene pessoal: a capacidade de manter um nível razoável de higiene, usando a casa de banho ou controlando o funcionamento do intestino e da bexiga;

e) Mobilidade: a capacidade de mover-se dentro do local de residência, em superfícies niveladas.

f) Entrar ou sair da cama: a capacidade de sair da cama para uma cadeira na posição vertical ou cadeira de rodas e vice-versa.

O diagnóstico deve ser confirmado por médico Neurologista.

O implante de um neuro-estimulador para controlar os sintomas através da estimulação cerebral profunda é, independente das atividades da vida diária, abrangido pela presente definição. O implante deve ser determinado como medicamento necessário, por médico Neurologista ou Neurocirurgião.

Doença hepática terminal.

Doença hepática terminal - Child-Pugh Classe B ou C.

Diagnóstico definitivo de doença hepática grave, comprovado por uma pontuação de Child-Pugh de, pelo menos, 7 pontos (escala de Child-Pugh Classe B ou C). A pontuação deve ser calculada utilizando todas as variáveis seguintes:

- a) Níveis de bilirrubina total;
- b) Níveis séricos de albumina;
- c) Gravidade da ascite;
- d) Valores de INR;
- e) Encefalopatia hepática.

O diagnóstico deve ser confirmado por médico Gastrenterologista e através de resultados imagiológicos e analíticos.

Doença do Neurónio Motor.

Doença do Neurónio Motor - resultando numa perda permanente das capacidades físicas. Diagnóstico definitivo de uma das seguintes doenças do neurónio motor:

- a) Esclerose lateral amiotrófica (ELA ou síndrome de Lou Gehrig's);
- b) Esclerose lateral primária (ELP);
- c) Atrofia muscular progressiva (AMP);
- d) Paralisia bulbar progressiva.

A doença deve resultar numa incapacidade permanente para realizar de forma independente, pelo menos 3 das 6 Atividades da Vida Diária, por um período contínuo de, pelo menos, 3 meses sem possibilidade de recuperação. As atividades da vida diária compreendem:

- a) Higiene: a capacidade de ser capaz de lavar-se numa banheira, chuveiro (incluindo entrar e sair da

banheira ou chuveiro) ou lavar-se satisfatoriamente por outros meios;

b) Vestir e Despir: a capacidade para vestir e despir o vestuário, tomando em consideração o vestuário usado habitualmente, incluindo colocar próteses e ortóteses;

c) Comer / beber: a capacidade de se alimentar quando o alimento (sólidos ou líquidos) foi preparado e disponibiliza, incluindo poder sugar por uma palhinha ou usar outros utensílios adaptados;

d) Manter a higiene pessoal: a capacidade de manter um nível razoável de higiene, usando a casa de banho ou controlando o funcionamento do intestino e da bexiga;

e) Mobilidade: a capacidade de mover-se dentro do local de residência, em superfícies niveladas;

f) Entrar ou sair da cama: a capacidade de sair da cama para uma cadeira na posição vertical ou cadeira de rodas e vice-versa.

O diagnóstico deve ser confirmado por um médico Neurologista e comprovado por estudos de condução nervosa (ECN) e eletromiografia (EMG).

Doença Pulmonar Crónica.

Doença Pulmonar Crónica - resultando em insuficiência respiratória crónica. Diagnóstico definitivo de doença pulmonar terminal que resulta em insuficiência respiratória crónica, comprovada por todos os seguintes critérios:

a) FEV1 (volume expiratório forçado por segundo) sendo menos que 40% do previsto em 2 situações com pelo menos 1 mês de intervalo;

b) Tratamento com oxigenoterapia por, pelo menos, 16 horas por dia durante um período mínimo de três meses;

c) Redução persistente das pressões parciais de oxigénio (PaO₂) abaixo de 55 mmHg (7,3 kPa) na gasimetria arterial, medidas sem a administração de oxigénio.

O diagnóstico deve ser confirmado por médico da especialidade.

Encefalite Viral Aguda.

Encefalite Viral Aguda - resultando em sintomas persistentes. Diagnóstico definitivo de encefalite viral aguda, resultando num défice neurológico persistente documentada por, pelo menos, 3 meses após a data do diagnóstico. O diagnóstico deve ser confirmado por médico Neurologista e baseado em sintomas clínicos

típicos, líquidos cefalorraquidiano ou por resultados de biopsia ao cérebro.

Enfarte do Miocárdio.

Enfarte do Miocárdio. Morte do tecido cardíaco causado por obstrução prolongada do fluxo sanguíneo. O enfarte deve ser evidenciado por aumento e/ou diminuição dos enzimas cardíacos (troponina ou CKMB), para níveis considerados de diagnóstico de enfarte do miocárdio em conjunto com, pelo menos, dois dos seguintes critérios:

a) Sintomas de isquémia (como, dor no peito);

b) Alterações eletrocardiográficas (ECG) recentes e indicativas de isquémia (alterações recentes do segmento ST-T ou bloqueio recente do ramo esquerdo);

c) Desenvolvimento de ondas Q patológicas no ECG. O diagnóstico deve ser confirmado por médico Cardiologista.

Esclerose Múltipla.

Esclerose Múltipla - com sintomas persistentes. O diagnóstico inequívoco de Esclerose Múltipla deve ser confirmado por médico Neurologista e comprovado por todos os seguintes critérios:

a) Atual comprometimento clínico da função motora ou sensitiva, que se manteve constante por um período permanente de, pelo menos, 6 meses;

b) Ressonância magnética (RM) que demonstre, pelo menos, duas lesões de desmielinização do cérebro ou da espinal medula, características da esclerose múltipla.

Hepatite Viral Fulminante.

Hepatite Viral Fulminante - resultando em insuficiência hepática aguda. Diagnóstico definitivo de hepatite viral fulminante, evidenciado por todos os seguintes critérios:

a) Resultados serológicos típicos de hepatite viral aguda;

b) Desenvolvimento de encefalopatia hepática;

c) Diminuição do tamanho do fígado;

d) Aumento nos níveis de bilirrubina;

e) Coagulopatia segundo o International Normalized Ratio (INR) maior que 1,5;

f) Desenvolvimento de insuficiência hepática, dentro do período de 7 dias, após o início dos sintomas;

g) Sem antecedentes de doença hepática.

O diagnóstico deve ser confirmado por médico Gastroenterologista.

Doença Renal Terminal.

Insuficiência renal terminal - com necessidade de diálise permanente. Insuficiência crónica e irreversível da função de ambos os rins, resultando na necessidade de realizar regularmente hemodiálise ou diálise peritoneal ou se tiver sido realizado transplante renal. A diálise deve ser clinicamente necessária e confirmada por médico Nefrologista.

Meningite Bacteriana.

Meningite Bacteriana - resultando em sintomas persistentes. Diagnóstico definitivo de Meningite Bacteriana resultando num défice neurológico persistente confirmado durante, pelo menos, 3 meses, após a data do diagnóstico. O diagnóstico deve ser confirmado por médico Neurologista e suportado pelo crescimento patogénico de bactérias patogénicas da cultura do líquido cefalorraquidiano.

Paralisia dos membros.

Paralisia dos membros - total e irreversível. Perda total e irreversível da função muscular para a totalidade de quaisquer dois membros, como resultado de lesão ou doença do cérebro ou da espinal medula. Define-se "membro" como a totalidade do membro superior ou membro inferior. A paralisia deve estar presente durante mais de 3 meses, deve ser confirmada por médico Neurologista e comprovada por resultados clínicos e de diagnóstico.

Perda da Audição.

Surdez - permanente e irreversível. Diagnóstico definitivo de perda da audição, permanente e irreversível, em ambos os ouvidos, como consequência de doença ou lesão accidental. O diagnóstico deve ser confirmado por um médico Otorrinolaringologista e comprovado por um limiar auditivo médio de mais de 90 dB a 500, 1000 e 2000 hertz no melhor ouvido, utilizando um audiograma tonal.

Perda da Fala.

Perda da Fala - permanente e irreversível. Diagnóstico inequívoco de perda total e irreversível da capacidade de falar, como resultado de lesão física ou de doença. Esta situação deve estar presente por um período ininterrupto de, pelo menos, 6 meses. O diagnóstico deve ser confirmado por um médico Otorrinolaringologista.

Perda de Membros.

Perda de Membros. Diagnóstico definitivo da separação completa de dois ou mais membros, ao nível ou acima do pulso ou articulação do tornozelo, como resultado de uma amputação accidental ou clinicamente necessária. O diagnóstico deve ser confirmado por médico da especialidade.

Perda de Visão.

Perda de Visão – irreversível. Perda da visão profunda de ambos os olhos, resultante de qualquer doença ou trauma que não pode ser corrigida por correção refratária, medicação ou cirurgia. A perda da visão profunda é confirmada por qualquer acuidade visual de 3/60 ou menos (0,05 ou menos na escala decimal) para o melhor olho após correção ou campo visual inferior a 10º de diâmetro no melhor olho, após correção. O diagnóstico deverá ser confirmado por um médico Oftalmologista.

Queimaduras Graves.

Queimaduras do 3º grau - cobrindo 20% da área de superfície corporal. Queimaduras que envolvem a destruição da pele através da sua profundidade total até ao tecido subjacente (queimaduras de 3º grau) e que cobrem pelo menos 20% da superfície corporal, comprovado pelo método "As Regras de Nimes" ou pelo "Gráfico de Lund e Browder". O diagnóstico deverá ser confirmado por um médico da especialidade.

Transplante de Órgão Principal.

Órgão principal, Tecido composto ou Transplante de medula óssea. Transplante de órgãos em que a Segurado é o recetor de aloenxerto ou enxerto autólogo de um ou mais dos seguintes órgãos:

- a) Coração;
- b) Rim;
- c) Fígado (incluindo parte do fígado e transplante do fígado de dador vivo);
- d) Pulmão (incluindo transplante de lobo de dador vivo ou transplante de pulmão único);
- e) Medula óssea (transplante alogénico de células-germinais (estaminais) hematopoiéticas precedida por ablação total da medula óssea);
- f) Intestino delgado;
- g) Pâncreas.

Transplante total ou parcial do rosto, braço, mão e perna (transplante de aloenxerto de tecido composto) também estão cobertos por esta definição. A situação que dá origem ao transplante deve ser considerada

intratável por quaisquer outros meios, e deve ser confirmada pelo médico da especialidade.

Traumatismo Craniano Grave.

Traumatismo Craniano Grave - resultando em perda permanente das capacidades físicas. Diagnóstico definitivo de perturbação da função cerebral, como resultado de lesão traumática craniana. O traumatismo craniano deve resultar numa incapacidade total para a realização de forma independente de, pelo menos, 3 de 6 Atividades de Vida Diária por um período ininterrupto de, pelo menos, 3 meses sem qualquer possibilidade razoável de recuperação.

As Atividades da Vida Diária são:

- Higiene: a capacidade de ser capaz de lavar-se numa banheira, chuveiro (incluindo entrar e sair da banheira ou chuveiro) ou lavar-se satisfatoriamente por outros meios;
- Vestir e Despir: a capacidade para vestir e despir o vestuário, tomando em consideração o vestuário usado habitualmente, incluindo colocar próteses e ortóteses;
- Comer / beber: a capacidade de se alimentar quando o alimento (sólidos ou líquidos) foi preparado e disponibiliza, incluindo poder sugar por uma palhinha ou usar outros utensílios adaptados;
- Manter a higiene pessoal: a capacidade de manter um nível razoável de higiene, usando a casa de banho ou controlando o funcionamento do intestino e da bexiga;
- Mobilidade: a capacidade de mover-se dentro do local de residência, em superfícies niveladas.
- Entrar ou sair da cama: a capacidade de sair da cama para uma cadeira na posição vertical ou cadeira de rodas e vice-versa.

O diagnóstico deve ser confirmado por um médico Neurologista ou por um Neurocirurgião e comprovado por resultados dos exames imagiológicos (TAC ou RM cerebral).

VIH - Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana contraída no exercício de profissão qualificada.

Infecção pelo VIH contraída no exercício de profissão qualificada.

Diagnóstico definitivo de infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), resultante de incidente ocorrido durante o exercício de qualquer atividade profissional qualificada a seguir indicada:

- Médico ou Médico dentista;
- Enfermeira ou parteira;
- Assistente do médico ou do médico dentista;
- Técnico de laboratório ou trabalhador de laboratório;
- Membro do corpo de bombeiros;
- Membros dos serviços de Ambulância;
- Empregada de Hospital ou trabalhador de manutenção do hospital;
- Polícia;
- Guardas prisionais.

A infeção pelo VIH deve ser confirmada por todos os seguintes critérios:

- O incidente terá que ter ocorrido após o início da apólice;
- O incidente deverá ser relatado, investigado e documentado de acordo com as diretivas atuais das entidades competentes (por exemplo, Medicina ocupacional);
- Teste negativo de VIH, realizado dentro do período de 5 dias após o incidente;
- Seroconversão do VIH deve ocorrer no prazo de 12 meses após o incidente;
- O incidente, que causou a infeção, deve ter ocorrido em território Nacional.

O Seguro complementar de Doenças Graves só pode ser subscrito em simultâneo com o complementar de Invalidez Total e Permanente por Acidente.

O Seguro Complementar de Doenças Graves tem um período de carência de 90 dias.

O QUE É NECESSÁRIO PARA SUBSCREVER?

Idade de Subscrição:

- **Mínima: 25 anos;**

- **Máxima: 64 anos.**

A aceitação baseia-se na exatidão das declarações constantes na Proposta de Subscrição, bem como nos questionários médicos, quando os houver.

QUAL O PRAZO PARA A INCONTESTABILIDADE DO CONTRATO?

Decorridos 2 (dois) anos sobre a celebração do Contrato, o Segurador não se pode prevalecer de eventuais omissões ou inexatidões negligentes prestadas pelo Tomador do Seguro ou Segurado na Declaração Inicial do Risco (não aplicável à cobertura

de Invalidez Total e Permanente por Acidente complementar do seguro de vida).

EM QUE CONSISTE A DECLARAÇÃO INICIAL DO RISCO?

O Tomador do Seguro e Segurado estão obrigados no momento em que propõem a adesão ao Seguro, a declararem com inteira veracidade todos os factos ou circunstâncias que permitam a exata apreciação do risco

ou possam influir na aceitação da referida adesão ou na correta determinação do prémio aplicável ou na aceitação das coberturas previstas.

O QUE SUCEDE EM CASO DE OMISSÕES OU INEXATIDÕES DOLOSAS DO TOMADOR DO SEGURO OU DO SEGURADO?

Caso se verifiquem omissões ou inexatidões dolosas na Declaração Inicial do Risco efetuada pelo Tomador do Seguro ou pelo Segurado o Contrato é anulado pelo Segurador mediante o envio de declaração nesse sentido ao Tomador do Seguro, no prazo de três (3) meses a contar do conhecimento do incumprimento. Caso ocorram sinistros, quer antes do Segurador ter tido conhecimento do incumprimento doloso, quer ainda no prazo referido no número anterior, os mesmos não ficam cobertos pelo Contrato. O Segurador tem direito ao prémio devido até ao final do prazo acima referido nos casos em que o dolo do Tomador do Seguro / Segurado tenha o propósito de obter uma vantagem, até ao termo do Contrato.

O QUE SUCEDE EM CASO DE OMISSÕES OU INEXATIDÕES NEGLIGENTES DO TOMADOR DO SEGURO OU DO SEGURADO

Caso se verifiquem omissões ou inexatidões negligentes na Declaração Inicial do Risco efetuada pelo Tomador do Seguro ou pelo Segurado o Segurador pode:

- Propor uma alteração ao Contrato, fixando um prazo, não inferior a catorze (14) dias para o Tomador do Seguro / Segurado se pronunciar;
- Anular o Contrato, caso se comprove que o Segurador em caso algum teria celebrado o Contrato se tivesse conhecido o facto omitido ou declarado inexatamente.

Nestas circunstâncias o Contrato cessa os seus efeitos vinte (20) dias após o envio da proposta de alteração por parte do Segurador, se o Tomador do Seguro / Segurado não concordar com a mesma, ou trinta (30) dias após o envio da declaração de cessação. Ocorrendo a cessação do Contrato, o prémio é devolvido tendo em conta o período de tempo ainda não decorrido até à data de vencimento.

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

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

QUANDO É QUE SE INICIA O CONTRATO?

O presente Contrato tem o seu início às zero horas da data estipulada nas Condições Particulares da Apólice.

QUAL A DURAÇÃO DO CONTRATO?

A duração do Contrato é a indicada nas Condições Particulares. O Contrato é celebrado pelo período de um ano, sendo tacitamente renovado por idênticos períodos, até ao final da anuidade em que o Segurado atinja o limite de permanência no Contrato.

O QUE É NECESSÁRIO PARA ADERIR A ESTE SEGURO?

Para a realização deste seguro as pessoas a segurar deverão preencher na sua totalidade e assinar, conjuntamente com o Tomador do Seguro, a proposta de subscrição do seguro da qual fará constar os elementos relativos à sua identificação civil e fiscal bem como o(s) Beneficiário (s), de acordo com as garantias do Contrato.

Para uma completa apreciação do risco, o Segurador deverá ter em consideração a análise dos Questionários, da Declaração de Saúde ou dos

exames médicos exigidos bem como a atividade profissional e extraprofissional do Segurado (ou dos Segurados, no caso de o seguro ser sobre duas vidas).

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

a) Comunicar a aceitação do Segurado na apólice de seguro sem reservas, que se materialize na imediata emissão do Contrato.

b) Propor a aceitação condicional ou com agravamento do prémio do Segurado na apólice de seguro e/ou com exclusão ou limitação de coberturas.

c) Comunicar a recusa total da Proposta de Seguro.

A proposta referida na alínea b) ou a recusa referida na alínea c) deverão ser comunicadas no prazo de 30 dias a contar da data da receção de todos os elementos que devem acompanhar a Proposta de Subscrição ou que o Segurador tenha solicitado para a sua instrução. Sempre que o Segurador, no uso do direito que lhe assiste, contrapropuser a aceitação com a condição prevista na alínea b), a adesão só se considera em vigor depois do Tomador do Seguro expressar, por escrito, a aceitação da contraproposta.

E SE EU ESTIVER DE BAIXA?

As pessoas a segurar que, à data do início deste seguro, se encontrem na situação de baixa por doença só serão admitidas no Seguro quando regressarem ao serviço e desde que satisfaçam as Condições de Admissão acima referidas.

POSSO EFETUAR ALTERAÇÕES AO CONTRATO?

As alterações às Condições do Contrato dependem da aceitação recíproca do Tomador do Seguro e do Segurador.

O Segurador reserva-se o direito de, em caso de aumento do valor das garantias, subordinar a aceitação da alteração ao resultado favorável de exames médicos dos Segurados que entenda necessários para o efeito.

As despesas destes exames são de conta do Segurador. As alterações produzem efeito na data aniversária e desde que sejam comunicadas por escrito e recebidas no Segurador com pelo menos 60 dias de antecedência em relação a essa data.

QUAL O VALOR DO CAPITAL SEGURO?

O Capital Seguro é definido pelo Tomador do Seguro e consta nas respetivas Condições Particulares.

O Capital Seguro é atualizado anualmente, na anuidade das Condições Particulares, de acordo com o Índice de Preços no Consumidor (taxa de variação homóloga em novembro do ano anterior à atualização).

A cobertura de Doenças Graves do Segurado tem um capital seguro máximo de 150.000 Euros.

COMO É CALCULADO O PRÉMIO DO CONTRATO?

Em cada anuidade o prémio é calculado de acordo com a idade atuarial do(s) Segurado(s) nesta data e o Capital Seguro. A este valor acrescem os encargos legalmente obrigatórios nomeadamente a respetiva taxa de INEM (Instituto de Emergência Médica).

COMO É EFETUADO O PAGAMENTO DO PRÉMIO?

O prémio, acrescido dos encargos legalmente estabelecidos, é devido pelo Tomador do Seguro antecipada e anualmente e será pago por débito da conta bancária do Tomador do Seguro, sediada no Novo Banco, S.A..

Esta modalidade permite ao Tomador do Seguro o pagamento mensal do prémio. **O prémio mensal é no mínimo de 3€.** O prémio é devido até ao final da anuidade em que ocorre a morte do Segurado ou em que ocorre o pagamento da indemnização por antecipação, no máximo até ao final do prazo estabelecido nas Condições Particulares ou da idade-termo convencionada.

O QUE SUCEDE EM CASO DE FALTA DE PAGAMENTO DO PRÉMIO?

A falta de pagamento do prémio dentro dos 30 dias posteriores ao seu vencimento, concede ao Segurador nos termos legais, a faculdade de proceder à RESOLUÇÃO da Apólice, mediante o envio de uma comunicação dirigida simultaneamente, quando distintos, ao Tomador do Seguro e ao Segurado com pelo menos 8 dias de antecedência, em relação à data efeito.

É POSSÍVEL REPOR UMA APÓLICE EM VIGOR?

O Tomador do Seguro pode repor em vigor, nas condições originais, uma Apólice resolvida por falta de

pagamento, dentro do prazo de seis (6) meses a contar da data da resolução, mediante o pagamento dos prémios em atraso e respetivos juros de mora. O Segurador reserva-se o direito de, neste caso, subordinar a revalidação da Apólice ao resultado favorável de um exame médico do Segurado (ou dos Segurados, no caso do seguro ser sobre duas vidas). As despesas dos exames médicos são por conta do Tomador do Seguro.

O TOMADOR DO SEGURO PODE DENUNCIAR O CONTRATO?

O Tomador do Seguro dispõe do direito de denunciar o seu Contrato, na data aniversária, mediante comunicação enviada ao Segurador com observância do período de aviso prévio de pelo menos 30 dias.

QUEM É O BENEFICIÁRIO DESTES CONTRATOS?

O Segurado tem direito a nomear os Beneficiários, de acordo com as garantias do Contrato, bem como a alterar em qualquer altura a Cláusula Beneficiária até à data em que o Beneficiário adquire o direito às importâncias seguras. Tal alteração só será válida desde que o Segurador tenha recebido a correspondente comunicação escrita, com os elementos de identificação do Beneficiário nomeadamente, o nome completo, a morada, o número de Identificação civil e fiscal.

Em caso de incorreção ou desatualização dos elementos de identificação do Beneficiário que impossibilite o Segurador de determinar a sua identidade, o pagamento da quota-parte pertencente ao Benefício ficará a aguardar a reclamação do interessado. A alteração do Beneficiário dará origem a uma Ata Adicional.

QUANDO É QUE CESSAM AS COBERTURAS DO SEGURO?

a) Por denúncia pelo Segurado ou pelo Tomador do Seguro;

b) O Segurado atinja a idade termo:

» **Morte: 70 anos;**

» **Invalidez Total e Permanente por Acidente e Doenças Graves: 65 anos. Esta cobertura complementar termina quando o Segurado atingir a idade limite.**

c) Por ANULABILIDADE do Contrato de seguro por falsas declarações, omissões ou declarações inexatas ou incompletas sobre o estado de saúde que alterem a apreciação do risco. Se a responsabilidade destas declarações for atribuída ao Segurado será cancelada a cobertura sobre esta pessoa;

d) Por tentativa de suicídio do Segurado para a garantia da Invalidez Total e Permanente por Acidente;

e) Por resolução do Contrato por falta de pagamento do prémio no prazo de 30 dias posteriores ao seu vencimento;

f) Na data termo das Condições Particulares;

g) Pagamento do Capital Seguro relativo às Condições Particulares.

h) Em caso de exercício do direito de livre resolução pelo Tomador do Seguro.

QUAIS SÃO OS RISCOS EXCLUÍDOS EM CASO DE MORTE DO SEGURADO?

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

a) Ato criminoso de que o Beneficiário / Segurado seja autor material ou moral ou de que tenha sido cúmplice;

b) Suicídio, se este se verificar no primeiro ano de adesão à Apólice, ou no decorrer do primeiro ano imediato a qualquer aumento de capital;

c) Sinistros como consequência direta ou indireta de ato intencional do Segurado ou praticado com a sua cumplicidade;

d) Desastres de Aviação, salvo quando o Segurado for passageiro de avião de carreira comercial de transporte de passageiros, devidamente autorizada pela IATA (Associação Internacional do Transporte Aéreo);

e) Ferimentos ou lesões provocadas por participação ativa em atos de sequestro, tumultos, insurreição, motins, rixas, terrorismo ou sabotagem, sempre que o Segurado não tenha atuado em legítima defesa ou na tentativa de salvamento de pessoas ou bens.

f) Revolução, guerra civil e guerra com país estrangeiro declarada ou não;

g) Estado de alcoolismo e ingestão de drogas quando não recomendadas clinicamente;

- h) Ocorrência de riscos nucleares;
- i) Desportos de risco tais como corridas de automóveis, motociclos, caça fora do território Europeu, caça submarina, mergulho, montanhismo, espeleologia, Prática de boxe, qualquer modalidade de luta, "Bungee Jumping", motociclismo, , pilotagem de aeronaves não ligadas a linhas comerciais e em geral todo o tipo de veículos aéreos, alpinismo, viagens de exploração, tauromaquia, treino de feras paraquedismo, voo livre, voo sem motor, asa-delta, ultraligeiro, e em geral, qualquer desporto ou atividade recreativa de carácter notoriamente perigoso.
- j) Sinistros ocasionados por competições, apostas ou tentativas de alcançar recordes e em geral todos os atos notoriamente perigosos que não sejam justificados por qualquer necessidade profissional ou tentativa de salvamento de pessoas.

E EM CASO DE INVALIDEZ TOTAL E PERMANENTE POR ACIDENTE DO SEGURADO?

Os Riscos Excluídos em caso de Invalidez Total e Permanente por Acidente são os mesmos que em caso de morte do Segurado.

E EM CASO DE DOENÇAS GRAVES?

Os Riscos Excluídos em caso de Doenças graves são:

Acidente Vascular Cerebral (AVC).

- a) Acidente isquémico transitório (AIT) e défice neurológico isquémico reversível prolongado (PRIND);
- b) Lesão traumática do tecido cerebral ou dos vasos sanguíneos;
- c) Défices neurológicos devido a hipoxia geral, infeção, doença inflamatória, enxaqueca ou intervenção;
- d) Resultados pouco relevantes, obtidos através de exames imagiológicos (tomografia computadorizada ou ressonância magnética) sem sintomas clínicos claramente relacionados (AVC silencioso);
- e) Morte de tecido do nervo ótico ou retina ou órgão vestibular.

Cancro.

- a) Qualquer tumor histologicamente classificado como pré-maligno, não invasivo ou carcinoma in-situ (incluindo carcinoma ductal e lobular in situ da mama e displasia cervical CIN-1, CIN-2 e CIN-3);
- b) Qualquer cancro da próstata, exceto se classificado histologicamente como Gleason maior que

- 6 ou tendo progredido para, pelo menos, um estadio clínico de T2N0M0 (classificação TNM);
- c) Leucemia linfocítica crónica, exceto se tiver evoluído para um estadio B da classificação de Binet;
- d) Carcinoma basocelular e carcinoma de células escamosas da pele e melanoma maligno, estadio IA (T1aN0M0) a menos que haja evidências de metástases;
- e) Carcinoma papilar da tiroide com menos de 1cm de diâmetro e histologicamente descrito como T1N0M0;
- f) Micro carcinoma papilar da bexiga histologicamente descrito como Ta;
- g) Policitemia vera e trombocitemia essencial;
- h) Gamapatia monoclonal de significado indeterminado;
- i) Linfoma gástrico MALT, se tratável com erradicação de *Helicobacter pylori*;
- j) Tumor do estroma gastrointestinal (GIST) estadio I e II de acordo com AJCC Cancer Staging Manual, sétima edição (2010);
- k) Linfoma cutâneo exceto se requer tratamento com quimioterapia ou radioterapia;
- l) Carcinoma micro invasivo da mama (histologicamente classificado como T1mic) exceto se requer mastectomia, quimioterapia ou radioterapia;
- m) Carcinoma micro invasivo do colo uterino (histologicamente classificado como estadio IA1) exceto se requer histerectomia, quimioterapia ou radioterapia;
- n) Tumores limítrofes ou tumores com baixo potencial de malignidade FIGO estágio I e II.

Cirurgia das artérias coronárias com enxerto (duas ou mais).

- a) Cirurgia bypass para tratar a estenose ou oclusão de uma artéria coronária;
- b) Angioplastia coronária ou colocação de stent.

Cirurgia da aorta.

- a) Cirurgia a quaisquer ramos da aorta torácica ou abdominal (incluindo bypass com enxertos aortofemorais ou aorto-ilíacos);
- b) Cirurgia da aorta relacionada com doença hereditária do tecido conjuntivo (por exemplo, síndrome de Marfan, síndrome de Ehlers-Danloss);
- c) Cirurgia após uma lesão traumática da aorta.

Cirurgia da Válvula Cardíaca.

Clipping da válvula mitral trans-cateter.

Coma.

- a) Coma medicamente induzido.
- b) Qualquer coma devido a lesões autoinfligidas, álcool ou abuso de drogas.

Doença de Alzheimer (antes dos 65 anos).

Outras formas de demência do cérebro devido a distúrbios sistémicos ou a patologia psiquiátrica.

Doença de Parkinson (antes dos 65 anos).

- a) Parkinsonismo secundário (incluindo parkinsonismo induzido por toxina ou drogas);
- b) Tremor essencial; e
- c) Parkinsonismo relacionado com outras patologias ou doenças neuro-degenerativas.

Doença hepática terminal.

Doença hepática grave devido ao consumo de álcool ou uso de drogas (incluindo hepatite B ou C e infeções adquiridas pelo consumo de drogas por via intravenosa).

Doença do Neurónio Motor.

- a) Neuropatia motora multifocal (NMM) e miosite;
- b) Síndrome pós-poliomielite;
- c) Atrofia muscular da coluna vertebral;
- d) Polimiosite e dermatomiosite.

Encefalite Viral Aguda.

- a) Encefalite na presença de VIH;
- b) Encefalite causada por infeção bacteriana ou protozoária;
- c) Encefalomielite miálgica ou paraneoplásica.

Enfarte do Miocárdio.

- a) Síndrome coronária aguda (angina de peito estável ou instável);
- b) Elevações de troponina na ausência de manifestação de doença isquémica do coração (por exemplo miocardite, balonamento apical (apical ballooning), contusão cardíaca, embolismo pulmonar, toxicidade devido ao uso de estupefacientes);
- c) Enfarte do miocárdio com artérias coronárias normais ou causado por vaso espasmos coronários, ponte miocárdica (myocardial bridging) ou abuso de estupefacientes;
- d) Enfarte do miocárdio que ocorre dentro do período de 14 dias após uma angioplastia coronária ou cirurgia de bypass coronário.

Esclerose Múltipla.

- a) Possível esclerose múltipla ou síndromes isoladas, neurologicamente ou radiologicamente sugestivas, mas não um diagnóstico de esclerose múltipla;

- b) Neurite ótica isolada e neuromielite ótica.

Hepatite Viral Fulminante.

- a) Todas as causas não-virais de insuficiência hepática aguda (incluindo paracetamol ou intoxicação por aflatoxinas);
- b) Hepatite viral fulminante associada ao consumo de drogas por via intravenosa.

Doença Renal Terminal.

Insuficiência renal aguda reversível com diálise renal temporária.

Meningite Bacteriana.

Meningite asséptica, viral, parasitária ou não infecciosa.

Paralisia dos membros.

- a) Paralisia devido a automutilação ou distúrbios psicológicos;
- b) Síndrome de Guillain-Barré;
- c) Paralisia intermitente ou hereditária.

Perda da Fala

Perda da fala decorrente de transtornos psiquiátricos.

Perda de Membros.

Perda de membros devido a lesões autoinfligidas.

Queimaduras Graves.

- a) Queimaduras de 3º grau devido a lesões autoinfligidas;
- b) Qualquer queimadura de 1º ou 2º grau.

Transplante de Órgão Principal.

- a) Transplante de outros órgãos, partes do corpo ou tecidos (incluindo córnea e pele);
- b) Transplante de outras células (incluindo células das ilhotas e outras células estaminais exceto hematopoiéticas).

Traumatismo Craniano Grave.

Qualquer traumatismo craniano decorrente de lesões autoinfligidas, álcool ou consumo de drogas.

VIH - Infeção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana contraída no exercício de profissão qualificada.

A infeção pelo VIH resultante de quaisquer outros meios de transmissão, incluindo atividade sexual ou abuso de droga

QUAL O ÂMBITO TERRITORIAL DO CONTRATO?

O âmbito territorial do presente Contrato é extensível a todo o mundo, no entanto as coberturas garantidas ao abrigo da presente Apólice podem ser alvo de restrições em caso de

doença ou acidentes motivados por riscos políticos e riscos de guerra.

EM QUE CONSISTEM OS RISCOS POLÍTICOS E DE GUERRA?

Consideram-se “riscos políticos e riscos de guerra” quaisquer consequências, diretas ou indiretas, de tumultos, revoluções, sequestro, guerra civil ou guerra com país estrangeiro, declarada ou não, insurreição, motins, rixas, terrorismo ou sabotagem conforme definido na legislação penal portuguesa em vigor, qualquer que seja o lugar em que se desenrolem os acontecimentos e quaisquer que sejam os protagonistas.

EXISTEM RESTRIÇÕES NOS CASOS EM QUE O SEGURADO FAÇA PARTE DAS FORÇAS ARMADAS?

Se o Segurado fizer ou vier a fazer parte das forças armadas ou assimiladas - formações paramilitares - voluntária ou obrigatoriamente e entrar em operações de guerra ou em hostilidades de qualquer natureza, ficam suspensas as garantias do Contrato desde a data da declaração de guerra ou, na sua falta, desde o início das hostilidades até seis meses após a sua cessação, exceto no caso de convenção especial e pagamento do respetivo sobre prémio.

O QUE É NECESSÁRIO PARA LIQUIDAR AS IMPORTÂNCIAS SEGURAS EM CASO DE MORTE DO SEGURADO?

A Documentação a entregar ao segurador em caso de sinistro é a seguinte:

- Documento de identificação do Segurado;
- Certidão de óbito do Segurado;
- Quando o óbito for motivado por doença – será necessário apresentar o relatório médico sobre as causas e evolução da mesma, incluindo as datas de diagnóstico, exames e tratamentos efetuados;
- Quando o óbito for motivado por acidente, intervenção de terceiros ou causa desconhecida – será necessário apresentar: cópia autenticada do auto de ocorrência ou de documento de descrição do acidente emitido por entidade competente, cópia do relatório de autópsia médico-legal ou de documento que comprove a sua dispensa e decisão do processo judicial (em caso de intervenção de terceiros). Feita a

participação do sinistro, bem como entregues todos os documentos complementares que eventualmente sejam solicitados pelo Segurador, este, compromete-se a comunicar ao Segurado e/ou ao Beneficiário, no prazo máximo de trinta (30) dias, se considera ou não o mesmo garantido ao abrigo do Contrato.

E EM CASO DE INVALIDEZ TOTAL E PERMANENTE POR ACIDENTE DO SEGURADO?

Em caso de invalidez o Segurado deve enviar ao Segurador um atestado do médico assistente indicando o início, as causas, a natureza e a evolução do estado de incapacidade. Este atestado, de conta do Segurado, deve ser enviado ao Segurador nos 60 dias que se seguirem à constatação da Invalidez Total e Permanente por Acidente. Deve ser junta uma descrição exata da atividade exercida pelo Segurado antes da incapacidade. O facto que justifica a invalidez (a sua causa) terá que se verificar durante a vigência do Contrato e/ou durante o período em que a cobertura esteja em vigor para o Segurado e, simultaneamente, terá que ser denunciado ao Segurador no prazo máximo de 60 dias a contar da data da cessação da cobertura. O Segurador reserva-se o direito de exigir informação complementar e de proceder às investigações que julgar convenientes para a determinação exata do estado do Segurado mandando-o examinar pelos seus médicos se assim o entender. Neste caso, as despesas são de conta do Segurador. O Segurado deve autorizar o seu médico assistente a fornecer, confidencialmente, ao médico representante do Segurador, toda a informação médica respeitante ao sinistro declarado. Na falta de acordo qualquer dos interessados poderá promover a resolução da divergência requerendo a Junta Médica, que funcionará como Tribunal Arbitral.

E EM CASO DE DOENÇA GRAVE DO SEGURADO?

Em caso de Doença Grave, o Beneficiário indicado nas Condições deverá enviar ao Segurador: Atestado médico elaborado pelo médico assistente, após o diagnóstico de Doença Grave, preciso e detalhado, descrevendo a sua história Clínica e mencionando a data dos primeiros sintomas. Este atestado, de conta do Tomador do Seguro ou Segurado, deve ser enviado ao Segurador nos 60 dias que se seguirem ao diagnóstico da doença.

O facto que justifica a doença grave, a sua causa, terá de se verificar durante a vigência do Contrato e/ou durante o período em que a cobertura estiver em vigor para o Segurado e, simultaneamente, terá que ser denunciado ao Segurador no prazo máximo de 90 dias a contar da data de cessação da cobertura.

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

A falta de cumprimento por parte do Beneficiário ou do Segurado ao disposto nas alíneas anteriores bem como a falta de verdade nas informações prestadas ao Segurador implicam a suspensão do direito às importâncias seguras.

Em caso de Doença Grave, a importância será paga 30 dias após o diagnóstico inequívoco da doença.

POSSO EXERCER O DIREITO À LIVRE RESOLUÇÃO?

1 – O Tomador do Seguro tem o direito de resolver livremente o Contrato, sem necessidade de indicação do motivo e sem que possa haver lugar a qualquer pedido de indemnização ou penalização do Tomador do Seguro.

2 – No caso de se tratar de um Contrato à distância relativo a um determinado serviço financeiro a que esteja de alguma forma anexado um outro Contrato à distância relativo a serviços financeiros prestados por um prestador ou por um terceiro com base num acordo com este, o Contrato anexo considera-se automática e simultaneamente resolvido, sem qualquer penalização, desde que o Tomador do Seguro exerça o direito de resolução nos termos previstos no número anterior.

3 - Quando o Contrato for celebrado por uma duração igual ou superior a um (1) ano, o Tomador do Seguro dispõe, para a livre resolução, de um prazo de trinta

(30) dias a contar da data em que for informado da celebração do mesmo.

4 - 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.

5 - O exercício do direito de livre resolução extingue as obrigações e direitos decorrentes do Contrato ou operação, com efeitos a partir da sua celebração.

6 - Nos casos em que o Segurador tenha recebido quaisquer quantias a título de pagamento, fica obrigado a restituí-las ao Tomador do Seguro no prazo de 30 dias contados da receção da notificação da livre resolução.

7 - O consumidor restitui ao prestador quaisquer quantias ou bens dele recebidos no prazo de 30 dias contados do envio da notificação da livre resolução.

8 - O Tomador do Seguro não está obrigado ao pagamento correspondente ao serviço efetivamente prestado antes do termo do prazo de livre resolução.

9 - Excetuam-se os casos em que o Tomador do Seguro tenha pedido o início da execução do Contrato antes do termo do prazo de livre resolução, caso em que o Tomador do Seguro está obrigado a pagar ao Segurador, no mais curto prazo possível, o valor dos serviços efetivamente prestados em montante não superior ao valor proporcional dos mesmos no quadro das operações contratadas.

10 - O pagamento referido no número anterior só pode ser exigido caso o Segurador prove que informou o consumidor do montante a pagar.

QUAL O DOMICÍLIO ASSOCIADO A ESTE CONTRATO?

Para efeitos deste Contrato será considerado domicílio do Tomador do Seguro o indicado nas Condições Particulares e/ou, em caso de mudança, qualquer outro que, em carta registada com aviso de receção, tenha sido comunicado ao Segurador. O Tomador do Seguro que fixar a sua residência fora de Portugal deve designar domicílio em território português para os efeitos do presente Contrato.

O QUE SUCEDE EM CASO DE LITÍGIO?

Em caso de litígio entre o Tomador do Seguro, o Segurado e/ou o Beneficiário e o Segurador no que respeite à verificação dos riscos garantidos pelo

presente Contrato ou à determinação do montante das indemnizações, poderão as partes promover a resolução da divergência requerendo a Junta Médica, que funcionará como Tribunal Arbitral. A Junta Médica será constituída por três médicos, um nomeado por cada uma das partes e o terceiro, que presidirá com voto de desempate, por acordo entre os nomeados pelas partes ou, na falta de acordo, pelo Instituto Nacional de Medicina Legal-Gabinete da área de residência do Segurado.

QUAL O ENQUADRAMENTO LEGAL DO CONTRATO?

O presente Contrato rege-se pela Lei portuguesa. Nos casos omissos no presente Contrato, recorrer-se-á à legislação aplicável. O foro competente para a resolução de qualquer litígio emergente deste Contrato é o definido legalmente.

QUAL É O ENQUADRAMENTO FISCAL DO CONTRATO?

Este Contrato é regido pelos Artigos 12.º do Código do IRS e subalínea ii), alínea a) do n.º 5 do Artigo 1.º do Código de Imposto de Selo, não recaindo sobre o Segurador qualquer ónus ou encargo em consequência da alteração desse regime.

PARTICIPAÇÃO NOS RESULTADOS

Esta Apólice não atribui Participação de Resultados ao Tomador do Seguro ou aos Segurados.

PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS INFORMATIZADOS:

Os dados recolhidos serão processados e armazenados informaticamente e destinam-se à utilização nas relações contratuais com o Segurador e os seus Subcontratados. As omissões, inexatidões e falsidades, quer no que respeita a dados de fornecimento obrigatório, quer facultativo, são da responsabilidade do Tomador do Seguro/Segurado.

ESCLARECIMENTOS:

Qualquer esclarecimento ou reclamação deverá ser comunicada por escrito ao Segurador, através das Agências do Novo Banco, S.A..

CONDIÇÕES GERAIS SEGURO DE VIDA TEMPORÁRIO ANUAL RENOVÁVEL

1. DEFINIÇÕES

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

- a) Segurador: GamaLife – Companhia de Seguros de Vida, S.A.;
- b) Tomador do Seguro: a Entidade que celebra o Contrato com o Segurador, sendo responsável pelo pagamento do prémio;
- c) Segurado: a pessoa sujeita aos riscos, que nos termos acordados, são objeto deste Contrato;
- d) Beneficiário: a Entidade a favor da qual é celebrado o Contrato, identificado na proposta de subscrição.

e) Apólice: documento que titula o Contrato celebrado entre o Tomador do Seguro e o Segurador, de onde constam as respetivas Condições Gerais, Especiais e Particulares acordadas;

f) Prémio: é a importância paga pelo Tomador do Seguro ao Segurador como contrapartida das garantias estabelecidas no Contrato.

g) Proposta de subscrição – documento a preencher e assinar pelo Tomador do Seguro e Segurado, do qual constem os elementos de informação essenciais para a apreciação do risco proposto e que, se aceite, constituirá a base essencial do Contrato.

h) Idade Atuarial - A idade de aniversário do Segurado mais próxima da data de celebração do Contrato de seguro ou da sua renovação, ou seja, se o segurado, à data da celebração do Contrato de seguro ou da sua renovação, estiver a menos de 6 meses da respetiva data aniversário, considera-se a sua idade real em anos inteiros, acrescida de um ano.

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

ARTIGO 2º. GARANTIAS DO CONTRATO

2.1. O Segurador garante, em caso de Morte do Segurado ocorrida durante a vigência do Contrato, o pagamento do Capital Seguro aí indicado ao Beneficiário designado pelo Segurado.

2.2. Para além da cobertura de Morte, quando expressamente previsto nas Condições Particulares da Apólice, poderão igualmente ficar garantidas coberturas complementares nos termos definidos nas Condições Especiais anexas às presentes Condições Gerais da Apólice. Os Seguros Complementares só podem ser subscritos em simultâneo com a cobertura de Morte referida em 2.1. Esta opção é feita no ato da Adesão pelo Segurado e é indicada nas Condições Particulares.

2.3. As coberturas previstas neste Contrato não podem ser determinadas ou causadas por doenças, patologias ou estado de saúde pré-existente à data da celebração do mesmo, caso em que o Segurador fica exonerado da obrigação de pagamento do capital seguro.

ARTIGO 3º. - INCONTESTABILIDADE/ DECLARAÇÃO INICIAL DE RISCO

3.1. Incontestabilidade: Decorridos 2 (dois) anos sobre celebração do Contrato, o Segurador não se pode prevalecer de eventuais omissões ou inexatidões negligentes prestadas pelo Tomador do Seguro ou Segurado na Declaração Inicial do Risco. O disposto no número anterior é unicamente aplicável à cobertura do risco de morte, não sendo, portanto, aplicável à cobertura de Invalidez Total e Permanente por Acidente complementar do seguro de vida.

3.2. Declaração Inicial do Risco: O Tomador do Seguro e Segurado estão obrigados no momento em que propõem a adesão ao Seguro, a declararem com inteira veracidade todos os factos ou circunstâncias que permitam a exata apreciação do risco ou possam influir na aceitação da referida adesão ou na correta determinação do prémio aplicável ou na aceitação das coberturas previstas. A declaração em causa deve incluir os factos e circunstâncias que sejam expressamente solicitados em questionário eventualmente fornecido para o efeito pelo Segurador. As declarações prestadas pelo Tomador do Seguro e Segurado (ou pelos Segurados, no caso de o seguro ser sobre duas vidas), na proposta de subscrição e respetivos questionários exigidos e/ou Declaração de Saúde servem de base ao presente Contrato, o qual é incontestável após a sua entrada em vigor, sem prejuízo do estabelecido nos Artigos infra.

ARTIGO 4º - OMISSÕES OU INEXATIDÕES DOLOSAS DO TOMADOR DO SEGURO OU DO SEGURADO

4.1. Caso se verifiquem omissões ou inexatidões dolosas na Declaração Inicial do Risco efetuada pelo Tomador do Seguro ou pelo Segurado nos termos previstos no número 2 do artigo 3º, o Contrato é anulado pelo Segurador mediante o envio de declaração nesse sentido ao Tomador do Seguro, no prazo de três (3) meses a contar do conhecimento do incumprimento.

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

4.3. Sem prejuízo do disposto nos números anteriores, o Segurador tem direito ao prémio devido até ao final do prazo referido no número 1, ou, nos casos em que o dolo do Tomador do Seguro / Segurado tenha o propósito de obter uma vantagem, até ao termo do Contrato.

ARTIGO 5º. - OMISSÕES OU INEXATIDÕES NEGLIGENTES DO TOMADOR DO SEGURO OU DO SEGURADO

5.1. Caso se verifiquem omissões ou inexatidões negligentes na Declaração Inicial do Risco efetuada pelo Tomador do Seguro ou pelo Segurado nos termos previstos no número 1 do artigo 4º, o Segurador pode:

- a) Propor uma alteração ao Contrato, fixando um prazo, não inferior a catorze (14) dias para o Tomador do Seguro / Segurado se pronunciar;
- b) Anular o Contrato, caso se comprove que o Segurador em caso algum teria celebrado o Contrato se tivesse conhecido o facto omitido ou declarado inexatamente.

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

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

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

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

ARTIGO 6º - INÍCIO, DURAÇÃO DO CONTRATO E EFEITO DA COBERTURA

6.1. O presente Contrato tem o seu início às zero horas da data estipulada nas Condições Particulares da Apólice.

6.2. A cobertura deste Contrato não pode ser outorgada antes das zero horas do dia imediato àquele em que o Segurado preencher as condições de admissão expressas no ponto 5 destas Condições Gerais. A duração do Contrato é a indicada nas Condições Particulares.

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

6.4. O Contrato é celebrado pelo período de um ano, até ao final da anuidade em que o(s) Segurado(s) atinja(m) o limite de permanência no Contrato.

ARTIGO 7º. CONDIÇÕES DE ADMISSÃO E EFETIVAÇÃO DO SEGURO

7.1. Para a realização deste seguro as pessoas a segurar deverão preencher na sua totalidade e assinar, conjuntamente com o Tomador do Seguro, a proposta de subscrição do seguro da qual fará constar os elementos relativos à sua identificação civil e fiscal bem como o Beneficiário, de acordo com as garantias do Contrato.

7.2. Será necessária a apresentação de Exames Médicos para todas as pessoas cujo estado de saúde tenha sofrido qualquer alteração importante devida a Doença ou Acidente ou a qualquer outro facto que influa na apreciação do risco coberto.

7.3. As pessoas a segurar que, à data do início deste seguro, se encontrem na situação de baixa por doença só serão admitidas no Seguro quando regressar ao serviço e desde que satisfaça as Condições de Admissão constantes dos demais números desta cláusula.

7.4. Para uma completa apreciação do risco, o Segurador deverá ter em consideração a análise dos Questionários, da Declaração de Saúde ou dos exames médicos exigidos bem como a atividade profissional e extraprofissional do Segurado (ou dos Segurados, no caso de o seguro ser sobre duas

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

a) Comunicar a aceitação do Segurado na apólice de seguro sem reservas, que se materialize na imediata emissão do Contrato.

b) Propor a aceitação condicional ou com agravamento do prémio do Segurado na apólice de seguro e/ou com exclusão ou limitação de coberturas.

c) Comunicar a recusa total da Proposta de Seguro. A proposta referida na alínea b) ou a recusa referida na alínea c) deverão ser comunicadas no prazo de 30 dias a contar da data da receção de todos os elementos que devem acompanhar a Proposta de Subscrição ou que o Segurador tenha solicitado para a sua instrução. Sempre que o Segurador, no uso do direito que lhe assiste, contrapropuser a aceitação com a condição prevista na alínea b), a adesão só se considera em vigor depois do Tomador do Seguro expressar, por escrito, a aceitação da contraproposta.

ARTIGO 8º - ALTERAÇÃO AO CONTRATO

8.1. As alterações às Condições do Contrato dependem da aceitação recíproca do Tomador do Seguro e do Segurador.

8.2. O Segurador reserva-se o direito de, em caso de aumento do valor das garantias, subordinar a aceitação da alteração ao resultado favorável de exames médicos dos Segurados que entenda necessários para o efeito. As despesas destes exames são de conta do Segurador.

8.3. As alterações produzem efeito na data aniversária e desde que sejam comunicadas por escrito e recebidas no Segurador com pelo menos 60 dias de antecedência em relação a essa data. Entende-se por data aniversária a que consta das Condições Particulares da Apólice.

ARTIGO 9º. CAPITAL SEGURO

9.1. O Capital Seguro para cada Segurado consta das respetivas Condições Particulares.

9.2. O método de cálculo do prémio, assim como a relação entre o respetivo prémio e o Capital Seguro faz parte dos deveres de informação pré-contratuais e consta na respetiva Nota Informativa.

9.3. O Capital Seguro é atualizado anualmente, na anuidade das Condições Particulares, de acordo com o Índice de Preços no Consumidor (taxa de variação

homóloga em novembro do ano anterior à atualização).

ARTIGO 10º. PRÉMIO DO CONTRATO

10.1. Os prémios são calculados em função da idade atuarial do Segurado e do Capital Seguro de acordo com as tarifas em vigor no Segurador para a modalidade contratada, acrescidos dos encargos legalmente obrigatórios.

10.2. Quando se trate de seguros anuais renováveis, os prémios serão calculados na data aniversária da Apólice.

10.3. O método de cálculo do prémio, assim como a relação entre o prémio e o Capital Seguro faz parte das informações pré-contratuais e consta na respetiva Nota Informativa.

10.4. O Valor do prémio inicial é o indicado nas Condições Particulares.

10.5. Os prémios devidos serão calculados de acordo com as tarifas em vigor no Segurador para a modalidade contratada.

ARTIGO 11º. PAGAMENTO DO PRÉMIO

11.1. O prémio, acrescido dos encargos legalmente estabelecidos, é devido pelo Tomador do Seguro antecipadamente e anualmente. De acordo com o estabelecido nas Condições Particulares, o Segurador pode facultar o pagamento do prémio anual em frações desde que o Tomador do Seguro satisfaça o encargo devido pelo fracionamento.

11.2. O prémio, qualquer que seja o fracionamento escolhido, será pago por um dos meios acordados com o Tomador do Seguro.

11.3. O Tomador do Seguro tem o direito de, na data aniversária, alterar o fracionamento do prémio. Esta alteração deve ser comunicada por escrito e recebida no Segurador com pelo menos 60 dias de antecedência em relação à data aniversária.

11.4. O prémio é devido até ao final da anuidade em que ocorre a morte do Segurado ou em que ocorre o pagamento da indemnização por antecipação, no máximo até ao final do prazo estabelecido nas Condições Particulares ou da idade-termo convencionada.

ARTIGO 12º. - FALTA DE PAGAMENTO DO PRÉMIO

12.1. A falta de pagamento do prémio dentro dos 30 dias posteriores ao seu vencimento concede ao Segurador nos termos legais, a faculdade de proceder à RESOLUÇÃO da Apólice, mediante o envio de uma comunicação dirigida simultaneamente, quando distintos, ao Tomador do Seguro e ao Segurado com pelo menos 8 dias de antecedência, em relação à data efeito, sem prejuízo do estabelecido em 15.4.

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

ARTIGO 13º - REPOSIÇÃO DO CONTRATO EM VIGOR

13.1. O Tomador do Seguro pode repor em vigor, nas condições originais, uma Apólice resolvida por falta de pagamento, dentro do prazo de seis (6) meses a contar da data da resolução, mediante o pagamento dos prémios em atraso e respetivos juros de mora.

13.2. O Segurador reserva-se o direito de, neste caso, subordinar a revalidação da Apólice ao resultado favorável de um exame médico do Segurado (ou dos Segurados, no caso do seguro ser sobre duas vidas).

As despesas dos exames médicos são por conta do Tomador do Seguro.

13.3. Qualquer revalidação, solicitada em data posterior ao período indicado, dará origem a uma nova Apólice a qual será efetuada de acordo com as bases técnicas aprovadas oficialmente.

ARTIGO 14º. - DIREITOS E DEVERES DO TOMADOR DO SEGURO E SEGURADO

14.1. É de a responsabilidade do Tomador do Seguro pagar o prémio nos prazos estabelecidos pelo Segurador.

14.2. O Tomador do Seguro dispõe do direito de denunciar o seu Contrato, na data aniversária, com a ressalva do estabelecido em 15.5. e 15.6., mediante comunicação enviada ao Segurador com observância do período de aviso prévio de pelo menos 30 dias.

ARTIGO 15º. BENEFICIÁRIOS

15.1. O Tomador do Seguro tem direito a nomear os Beneficiários, de acordo com as garantias do Contrato, bem como a alterar em qualquer altura a Cláusula Beneficiária até à data em que o Beneficiário adquire o direito às importâncias seguras, sem prejuízo do disposto nos números seguintes. Tal alteração só será válida desde que o Segurador tenha recebido a correspondente comunicação escrita, com os elementos de identificação do Beneficiário nomeadamente, o nome completo, a morada, o número de Identificação civil e fiscal.

Em caso de incorreção ou desatualização dos elementos de identificação do Beneficiário que impossibilite o Segurador de determinar a sua identidade, o pagamento da quota-parte pertencente ao Benefício ficará a aguardar a reclamação do interessado. A alteração do Beneficiário dará origem a uma Ata Adicional.

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

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

15.4. A renúncia do Tomador do Seguro em alterar a Cláusula Beneficiária, assim como a aceitação do Beneficiário, deverão constar de documento escrito, cuja validade depende de efetiva comunicação ao Segurador.

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

15.6. Sendo a Cláusula Beneficiária irrevogável, o Segurador comunicará, simultaneamente, ao Beneficiário e ao Tomador do Seguro a falta de pagamento do prémio e respetivas consequências. A anulação do Contrato por falta de pagamento do prémio, em incumprimento por parte do Tomador do

Seguro, pode ocorrer se o Beneficiário não se substituir no cumprimento dessas obrigações.

15.7. O Beneficiário adquire o direito a ocupar o lugar do Tomador do Seguro, em caso de morte deste, desde que o Tomador do Seguro tenha previamente informado por escrito o Segurador, e o Segurado(s) tenha dado o seu consentimento escrito.

ARTIGO 16º - CESSAÇÃO DAS COBERTURAS

16.1. As coberturas garantidas ao abrigo do presente Contrato cessarão os seus efeitos:

- a) Na data em que se verificar a resolução do Contrato nos termos previstos no artigo 22º;
- b) Na data em que forem pagas as prestações garantidas ao abrigo do presente Contrato;
- c) No termo da anuidade em que o Segurado completar setenta (70) anos de idade ou qualquer outra idade diferente desta, desde que indicada nas Condições Particulares da Apólice;
- d) Na data da resolução, da anulação ou da denúncia deste Contrato.

16.2. Quando ao abrigo do presente Contrato fiquem garantidos dois Segurados (no caso de o seguro ser sobre duas vidas), a ocorrência da morte ou Invalidez de um dos Segurados determina igualmente a cessação automática do Contrato.

ARTIGO 17º RISCOS EXCLUÍDOS

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

- a) Ato criminoso de que o Beneficiário / Segurado seja autor material ou moral ou de que tenha sido cúmplice;
- b) Suicídio, se este se verificar no primeiro ano de adesão à Apólice, ou no decorrer do primeiro ano imediato a qualquer aumento de capital;
- c) Sinistros como consequência direta ou indireta de ato intencional do Segurado ou praticado com a sua cumplicidade;
- d) Desastres de Aviação, salvo quando o Segurado for passageiro de avião de carreira comercial de transporte de passageiros, devidamente autorizada pela IATA (Associação Internacional do Transporte Aéreo);

e) Ferimentos ou lesões provocadas por participação ativa em atos de sequestro, tumultos, insurreição, motins, rixas, terrorismo ou sabotagem, sempre que o segurado não tenha atuado em legítima defesa ou na tentativa de salvamento de pessoas ou bens.

f) Revolução, guerra civil e guerra com país estrangeiro declarada ou não;

g) Estado de alcoolismo e ingestão de drogas quando não recomendadas clinicamente;

h) Ocorrência de riscos nucleares;

i) Desportos de risco tais como corridas de automóveis, motociclos, caça fora do território Europeu, caça submarina, mergulho, montanhismo, espeleologia, Prática de boxe, qualquer modalidade de luta, "Bungee Jumping", motociclismo, , pilotagem de aeronaves não ligadas a linhas comerciais e em geral todo o tipo de veículos aéreos, alpinismo, viagens de exploração, tauromaquia, treino de feras paraquedismo, voo livre, voo sem motor, asa-delta, ultraligeiro, e em geral, qualquer desporto ou atividade recreativa de carácter notoriamente perigoso.

j) Sinistros ocasionados por competições, apostas ou tentativas de alcançar recordes e em geral todos os atos notoriamente perigosos que não sejam justificados por qualquer necessidade profissional ou tentativa de salvamento de pessoas.

ARTIGO 18º - ÂMBITO TERRITORIAL

18.1. O âmbito territorial do presente Contrato é extensível a todo o mundo.

18.2. As coberturas garantidas ao abrigo da presente apólice suspendem-se no caso de deslocação do segurado para países em situação de riscos políticos e riscos de guerra, ficando, neste caso, as coberturas destes riscos sujeitas ao disposto nos números seguintes.

18.2.1. Para efeitos da presente apólice, consideram-se "riscos políticos e riscos de guerra" quaisquer consequências, diretas ou indiretas, de tumultos, revoluções, sequestro, guerra civil ou guerra com país estrangeiro, declarada ou não, insurreição, motins,

rixas, terrorismo ou sabotagem conforme definido na legislação penal portuguesa em vigor, qualquer que seja o lugar em que se desenrolem os acontecimentos e quaisquer que sejam os protagonistas.

18.2.2. Se o Segurado fizer ou vier a fazer parte das forças armadas ou assimiladas – formações paramilitares - voluntária ou obrigatoriamente entrar em operações de guerra ou em hostilidades de qualquer natureza, ficam suspensas as garantias do Contrato desde a data do início da intervenção do segurado nessa operação militar até ao termo dessa intervenção, exceto no caso de convenção especial e pagamento do respetivo sobre prémio.

18.2.3. De igual modo, as consequências dos riscos políticos ou de guerra não serão garantidas se as mesmas se verificarem em territórios ou países em conflito declarado (guerra civil ou com país estrangeiro) ou em relação aos quais as autoridades competentes desaconselham formalmente a deslocação ou estada devido a atividades políticas ou militares exceto no caso de convenção especial e pagamento do respetivo sobre prémio. Para o efeito, considera-se autoridade competente o Ministério dos Negócios Estrangeiros ou uma autoridade similar à do país em que o Tomador do Seguro tem a sua residência habitual.

18.2.4. No caso de o segurado pretender deslocar-se para país em situação de risco político ou de guerra e pretender a manutenção das coberturas deste seguro, deve previamente comunicar ao Segurador a deslocação que pretende efetuar e o período da mesma, devendo o Segurador no prazo de 30 dias responder se recusa a cobertura ou se a aceita e em que condições, valendo a falta de resposta do Segurador por aceitação.

18.2.5. Se após o seu regresso, o segurado se deslocar de novo para o país ou território, a cobertura das consequências associadas aos riscos políticos ou de guerra não ficará garantida pela Apólice, enquanto os referidos países ou territórios se mantiverem na condição de país em guerra ou não recomendado pelas autoridades competentes, exceto no caso de convenção especial e pagamento do respetivo sobre prémio.

18.2.6. Aquando da celebração do Contrato, o Tomador do Seguro e/ou Segurado deverá indicar na

Proposta de Subscrição, o tempo máximo das deslocações que pretende efetuar ao estrangeiro.

18.2.7. As Condições Particulares podem estender as coberturas do Contrato a alguns dos países ou regiões que se enquadrem nos pontos anteriormente referidos, mediante indicação expressa das Condições em que essa extensão de cobertura é aceite pelo Segurador.

18.2.8. As Condições Especiais das coberturas complementares podem estabelecer, quanto a estas, um âmbito territorial mais restrito.

18.3. O Tomador do Seguro tem direito a receber a parte do prémio já pago, calculada em "pró-rata", relativa ao período em que se verificou a suspensão de garantias. A liquidação desta importância será efetuada pelo Segurador junto do Tomador do Seguro através de crédito em conta bancária sedeadada no Novo Banco, S.A..

ARTIGO 19º - LIQUIDAÇÃO DAS IMPORTÂNCIAS SEGURAS

19.1. O pagamento das importâncias seguras será efetuado mediante transferência bancária para a conta indicada pelos Beneficiários ou nos escritórios do Segurador, na localidade da emissão deste Contrato, após entrega, pelo Tomador do Seguro ou Beneficiários, das Condições Particulares, documento de identificação do Segurado documentos comprovativos da qualidade de Beneficiário e Certidão de Óbito do segurado. O Segurador poderá também exigir o atestado médico indicando as causas e evolução da doença que ocasionou o falecimento, bem como solicitar outros documentos elucidativos do óbito, nomeadamente, policiais, judiciais ou hospitalares.

19.2. As importâncias seguras serão pagas ao Beneficiário designado à data da Morte do Segurado ou, no caso de aquele já ter falecido, aos seus herdeiros pela ordem estabelecida para a sucessão legítima nos termos das alíneas a) a e) do n.º 1 do art.º 2133 do Código Civil, se o benefício for irrevogável. Se não houver benefício aceite e o Beneficiário não sobreviver à data do sinistro, o capital será pago aos herdeiros do Segurado e de acordo com as regras atrás descritas.

19.3. Não havendo Beneficiário designado, as importâncias seguras serão pagas segundo as seguintes regras:

a) Na falta de designação do Beneficiário, aos Herdeiros do Segurado;

b) Em caso de premoriência do Beneficiário relativamente ao Segurado, aos herdeiros deste;

c) Em caso de premoriência do Beneficiário relativamente ao Segurado, tendo havido renúncia à revogação da cláusula beneficiária, aos herdeiros daquele.

d) Em caso de comoriência do Segurado e do Beneficiário, aos herdeiros deste.

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

19.5. As diferenças verificadas entre as idades declaradas na Proposta de Subscrição e as constantes do documento de identificação dão lugar a correções das importâncias seguras, de acordo com os prémios pagos, tendo em conta a idade exata e as tarifas em vigor à data da emissão das Condições Particulares.

19.6. Na situação prevista em 19.5., o Segurador não será obrigado à prestação da garantia se provar que nunca teria aceitado a Adesão caso dela tivesse conhecimento no momento da proposta à aceitação da mesma. Nesta circunstância a adesão será considerada anulável, sendo restituído ao Segurador tudo o que houver sido prestado e obrigando-se este a devolver ao Tomador do Seguro, no caso deste último ser o responsável pelo pagamento do prémio, ou aos seus herdeiros, no caso de já ter falecido, todos os prémios pagos, sem juros, deduzidos dos encargos que, comprovadamente, tiver suportado.

ARTIGO 20º - PARTICIPAÇÃO NOS RESULTADOS

Esta modalidade não atribui Participação nos Resultados.

ARTIGO 21º - RESOLUÇÃO DO CONTRATO

21.1. Com a ressalva do estabelecido em 15.4. e 15.5., o presente Contrato poderá ser denunciado pelo Tomador do Seguro, na data aniversária, mediante comunicação enviada ao Segurador com observância do período de aviso prévio de 30 dias.

21.2. O Contrato poderá também ser resolvido pela Segurador nas condições referidas em 12.1.

ARTIGO 22º - LIVRE RESOLUÇÃO

22.1 O Tomador do Seguro tem o direito de resolver livremente o Contrato, sem necessidade de indicação do motivo e sem que possa haver lugar a qualquer pedido de indemnização ou penalização do Tomador do Seguro.

22.2 No caso de se tratar de um Contrato à distância relativo a um determinado serviço financeiro a que esteja de alguma forma anexado um outro Contrato à distância relativo a serviços financeiros prestados por um prestador ou por um terceiro com base num acordo com este, o Contrato anexo considera-se automática e simultaneamente resolvido, sem qualquer penalização, desde que o Tomador do Seguro exerça o direito de resolução nos termos previstos no número anterior.

22.3 Quando o Contrato for celebrado por uma duração igual ou superior a um (1) ano, o Tomador do Seguro dispõe, para a livre resolução, de um prazo de trinta (30) dias a contar da data em que for informado da celebração do mesmo.

22.4 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.

22.5 O exercício do direito de livre resolução extingue as obrigações e direitos decorrentes do Contrato ou operação, com efeitos a partir da sua celebração.

22.6 Nos casos em que o Segurador tenha recebido quaisquer quantias a título de pagamento, fica obrigado a restituí-las ao Tomador do Seguro no prazo de 30 dias contados da receção da notificação da livre resolução.

22.7 O consumidor restitui ao prestador quaisquer quantias ou bens dele recebido no prazo de 30 dias contados do envio da notificação da livre resolução.

22.8 O Tomador do Seguro não está obrigado ao pagamento correspondente ao serviço efetivamente prestado antes do termo do prazo de livre resolução.

22.9 Excetuam-se os casos em que o Tomador do Seguro tenha pedido o início da execução do Contrato antes do termo do prazo de livre resolução, caso no qual que o Tomador do Seguro está obrigado a pagar ao Segurador, no mais curto prazo possível, o valor dos serviços efetivamente prestados em montante não superior ao valor proporcional dos mesmos no quadro das operações contratadas.

22.10 O pagamento referido no número anterior só pode ser exigido caso o Segurador prove que informou o consumidor do montante a pagar.

ARTIGO 23º - DIREITO DE DENÚNCIA

O Direito de Denúncia poderá ser exercido de acordo com a Lei em vigor.

ARTIGO 24º - DOMICÍLIO

Para efeitos deste Contrato será considerado domicílio do Tomador do Seguro o indicado nas Condições Particulares e/ou, em caso de mudança, qualquer outro que, em carta registada com aviso de receção, tenha sido comunicado ao Segurador.

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

ARTIGO 25º. - COMUNICAÇÕES E NOTIFICAÇÕES ENTRE AS PARTES

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

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

ARTIGO 26º - ARBITRAGEM

26.1. Em caso de litígio entre o Tomador do Seguro, o Segurado e/ou o Beneficiário e o Segurador no que respeite à verificação dos riscos garantidos pelo presente Contrato ou à determinação do montante das indemnizações, poderão as partes promover a resolução da divergência requerendo a Junta Médica, que funcionará como Tribunal Arbitral.

26.2. A Junta Médica será constituída por três médicos, um nomeado por cada uma das partes e o terceiro, que presidirá com voto de desempate, por acordo entre os nomeados pelas partes ou, na falta de acordo, pelo

Instituto Nacional de Medicina Legal- Gabinete da área de residência do Segurado.

26.3. O Tribunal Arbitral funcionará de acordo com a Lei n.º 63/2011, de 14 de dezembro, devendo os árbitros designados pelas partes ser obrigatoriamente médicos.

26.4. Havendo lugar ao recurso a uma Junta Médica, o Segurador e o Tomador do Seguro ou Segurado suportarão os honorários e despesas do médico/árbitro que lhes cumpra designar, sendo os do Presidente suportados em partes iguais por ambas as partes. Na falta do Tomador do Seguro ou Segurado, as despesas que lhes caberiam serão suportadas pelos Beneficiários por dedução às importâncias a pagar.

ARTIGO 27º - LEGISLAÇÃO E FORO

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

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

27.3. O foro competente para a resolução de qualquer litígio emergente deste Contrato é o definido legalmente.

CONDIÇÕES ESPECIAIS SEGURO DE INVALIDEZ TOTAL E PERMANENTE POR ACIDENTE COMPLEMENTAR DO SEGURO DE VIDA TEMPORÁRIO ANUAL RENOVÁVEL

Em complemento ao Seguro Principal (Seguro em caso de Morte), conforme acordado e por expressamente referido nas CONDIÇÕES PARTICULARES, pode ser coberto o risco adiante definido nos termos dos respetivos Artigos.

O Seguro Complementar de Invalidez Total e Permanente por Acidente forma um todo com o

Seguro Principal, sem o qual não pode subsistir e esta cobertura rege-se pelas CONDIÇÕES GERAIS do Seguro Principal e complementarmente por estas Condições Especiais.

ARTIGO 1º GARANTIAS

Se um Segurado vier a invalidar-se total e permanentemente em consequência de acidente, ficará garantido por este seguro complementar o pagamento antecipado do capital do Seguro Principal, de acordo com o previsto no artigo 9º das respetivas Condições Gerais. As garantias do Seguro Complementar de Invalidez Total e Permanente são aplicáveis se a Invalidez se verificar antes da data do vencimento do Contrato. O pagamento do capital acima referido implica o cancelamento do respetivo Contrato.

ARTIGO 2º DEFINIÇÃO DE INVALIDEZ TOTAL E PERMANENTE POR ACIDENTE (ITP/A)

2.1. O Segurado é considerado em estado de Invalidez Total e Permanente por Acidente sempre que, em consequência de um Acidente, se encontre totalmente incapaz de exercer a sua profissão ou qualquer outra atividade lucrativa de acordo com os seus conhecimentos e aptidões de forma permanente e irreversível, e além disso, 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.

2.2. O reconhecimento da situação de Invalidez Total e Permanente por Acidente (ou do seu grau) deve ser feito com base em sinais médicos objetivos, por um médico da Segurador ou, em caso de divergência com esta, por Tribunal Arbitral ou Judicial, prevalecendo aquele sobre quaisquer pareceres ou decisões da Segurança Social, Caixa Geral de Aposentações ou qualquer outro regime facultativo ou obrigatório que os substitua ou complemente.

Considera-se que a Invalidez Total e Permanente por Acidente só é reconhecida após avaliação por Junta Médica competente para o efeito, reconhecendo o grau de incapacidade acima referido como estando estabelecido de forma permanente e irreversível, isto é, não suscetível de variações futuras nem requerendo

reavaliações em data posterior à data em que se realizou a Junta Médica.

2.3. Se, na data de efetivação do Contrato, o Segurado sofrer já de algum tipo de invalidez, apenas será considerada a diferença entre o grau de invalidez já existente e aquele que passar a existir.

2.4. A Invalidez Total e Permanente por Acidente terá de se verificar no decurso de um ano a contar da data do acidente.

2.5. Entende-se por “Acidente” todo o acontecimento súbito, fortuito e anormal devido a força exterior, violenta e estranha à vontade da Segurado e que nesta provoque lesões corporais suscetíveis de constatação médica objetiva.

2.5.1. Não são considerados acidentes:

- Todas as doenças de qualquer natureza, salvo se forem resultado de um acidente coberto;
- A lesão, que pela sua natureza possam ser tratadas como um acidente, cuja origem seja interna e não relacionada com um acidente coberto, tais como hérnias, lombalgias, ciática, as lesões resultantes de “movimentos em falso”, ataques cardíacos independentemente da causa, as doenças cardíacas das coronárias, rutura de aneurisma, embolias cerebrais, hemorragias subaracnóides, as crises de epilepsia e o delirium tremens;
- A tentativa de suicídio.

2.5.2. São considerados acidentes:

- Sequelas de afogamento;
- Ferimentos sofridos durante o salvamento de pessoas ou bens em risco;
- Intoxicação e queimaduras resultantes da absorção não intencional de substâncias tóxicas ou corrosivas ou libertação acidental de gases ou vapores.

2.6. Exclusão de Acidentes ocorridos antes da entrada em vigor do Contrato:

- a) **Ficam igualmente excluídos todos os casos em que seja verificada a existência de álcool no sangue da Segurado, em grau igual ou superior ao que se encontrar definido na Lei para os condutores de veículos automóveis em Portugal.**
- b) **São excluídas do benefício do seguro, as pessoas que voluntariamente tenham causado o acidente.**

ARTIGO 3º. - EXIGIBILIDADE DAS IMPORTANCIAS SEGURAS

Feita a participação do sinistro, bem como entregues todos os documentos complementares que eventualmente sejam solicitados pelo Segurador, este, compromete-se a comunicar ao Segurado e/ou ao Beneficiário, no prazo máximo de trinta (30) dias, se considera ou não o mesmo garantido ao abrigo do Contrato.

ARTIGO 4º. - JUSTIFICAÇÃO E RECONHECIMENTO DO DIREITO ÀS IMPORTANCIAS SEGURAS

a) Em caso de invalidez o Segurado deve enviar ao Segurador um atestado do médico assistente indicando o início, as causas, a natureza e a evolução do estado de incapacidade. Este atestado, de conta do Segurado, deve ser enviado ao Segurador nos 60 dias que se seguem à constatação da Invalidez Total e Permanente por Acidente. Deve ser junta uma descrição exata da atividade exercida pelo Segurado antes da incapacidade.

b) O facto que justifica a invalidez (a sua causa) terá que se verificar durante a vigência do Contrato e/ou durante o período em que a cobertura esteja em vigor para o Segurado e, simultaneamente, terá que ser denunciado ao Segurador no prazo máximo de 60 dias a contar da data da cessação da cobertura, quando esta ocorrer nos termos do previsto nas alíneas a), e) e f) do Artigo 5º. Destas Condições Especiais.

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

d) A falta de cumprimento por parte do Beneficiário ou do Segurado ao disposto nas alíneas anteriores bem como a falta de verdade nas informações prestadas ao Segurador implicam a suspensão ou a perda do direito às importâncias seguras.

e) O Segurador comunicará ao Tomador do Seguro e/ou Segurado se aceita ou não a sua pretensão após a receção dos documentos indicados nas alíneas a) e c) dentro dos prazos previstos na Lei para o efeito.

f) Na falta de acordo qualquer dos interessados poderá promover a resolução da divergência requerendo a Junta Médica, que funcionará como Tribunal Arbitral. A Junta Médica será constituída por três médicos, um nomeado por cada uma das partes e o terceiro, que presidirá com voto de desempate, por acordo entre os nomeados pelas partes ou, na falta de acordo, pelo Instituto Nacional de Medicina Legal - Gabinete da área de residência do Segurado. O Tribunal Arbitral funcionará de acordo com a Lei 63/2011, de 14 de dezembro, mas os árbitros designados pelas partes terão obrigatoriamente que ser médicos. Em caso de Junta Médica a funcionar como Tribunal Arbitral, o Segurador e o Tomador do Seguro ou Segurado suportarão os honorários e despesas do médico/árbitro que lhes cumpra designar, sendo os do Presidente suportados em partes iguais por ambas as partes. Na falta do Tomador do Seguro ou Segurado as despesas que lhes caberiam serão suportadas pelos Beneficiários por dedução às importâncias a pagar.

g) Os prémios e sobre prémios do Seguro Principal bem como os prémios relativos ao Seguro Complementar de Invalidez total e permanente por Acidente que eventualmente se vençam no decorrer das discussões devem ser pagos ao Segurador. Se a decisão for no sentido de reconhecer a existência de Invalidez Total e Permanente por Acidente, o Segurador restituirá as quantias recebidas e pagará, se for caso disso, as importâncias devidas acrescidas do juro de 3% ao ano, contado desde o fim do prazo indicado em 3.

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

i) O grau de desvalorização correspondente aos defeitos físicos de que o Segurado já era portador à

data da sua inclusão no Seguro, não concorrerá para a fixação do grau de desvalorização a atribuir ao abrigo desta cobertura.

ARTIGO 5º. - TERMO DA COBERTURA

Para cada Segurado esta cobertura cessa os seus efeitos:

- a) Por extinção da Apólice ou do Contrato do Seguro Principal;
- b) Se o Segurado tentar suicidar-se;
- c) Se o Segurado provocar ou agravar de qualquer maneira a sua invalidez;
- d) Se o Segurado for mobilizado para tomar parte em operações de guerra, policiamento ou em repressões de atos de terrorismo;
- e) Na idade termo da cobertura conforme definido nas Condições Particulares da Apólice;
- f) Se o Contrato for efetuado sobre duas vidas, esta cobertura cessa para o primeiro Segurado que atingir os 65 anos de idade ou qualquer outra idade inferior a esta conforme definido nas Condições Particulares da apólice, ficando em vigor para o outro Segurado enquanto este não atingir as idades termo indicadas.

ARTIGO 6º. - RISCOS EXCLUÍDOS

Os Riscos Excluídos do Seguro Complementar de Invalidez Total e Permanente por Acidente são os mesmos que os apresentados nas CONDIÇÕES GERAIS do Seguro de Vida Temporário Anual Renovável, ou seja, são os seguintes:

- a) Ato criminoso de que o Beneficiário /Segurado seja autor material ou moral ou de que tenha sido cúmplice;
- b) Suicídio, se este se verificar no primeiro ano de adesão à Apólice, ou no decorrer do primeiro ano imediato a qualquer aumento de capital;
- c) Sinistros como consequência direta ou indireta de ato intencional do Segurado ou praticado com a sua cumplicidade;
- d) Desastres de Aviação, salvo quando o Segurado for passageiro de avião de carreira comercial de transporte de passageiros, devidamente autorizada pela IATA (Associação Internacional do Transporte Aéreo);
- e) Ferimentos ou lesões provocadas por participação ativa em atos de sequestro, tumultos,

insurreição, motins, rixas, terrorismo ou sabotagem, sempre que o segurado não tenha atuado em legítima defesa ou na tentativa de salvamento de pessoas ou bens.

- f) Revolução, guerra civil e guerra com país estrangeiro declarada ou não;
- g) Estado de alcoolismo e ingestão de drogas quando não recomendadas clinicamente;
- h) Ocorrência de riscos nucleares;
- i) Desportos de risco tais como corridas de automóveis, motociclos, caça fora do território Europeu, caça submarina, mergulho, montanhismo, espeleologia, Prática de boxe, qualquer modalidade de luta, “bungee Jumping”, motociclismo, , pilotagem de aeronaves não ligadas a linhas comerciais e em geral todo o tipo de veículos aéreos, alpinismo, viagens de exploração, tauromaquia, treino de feras paraquedismo, voo livre, voo sem motor, asa-delta, ultraligeiro, e em geral, qualquer desporto ou atividade recreativa de carácter notoriamente perigoso.
- j) Sinistros ocasionados por competições, apostas ou tentativas de alcançar recordes e em geral todos os atos notoriamente perigosos que não sejam justificados por qualquer necessidade profissional ou tentativa de salvamento de pessoas.
- l) Acidentes que sobrevenham à Segurado em consequência de atos por ela praticados que sejam qualificados como crimes pela Lei, incluindo-se igualmente atos praticados sob a influência de drogas tóxicas, estupefacientes ou substâncias psicotrópicas fora de prescrição médica. Para o exposto, considera-se que a Segurado estava sob o efeito de drogas tóxicas, estupefacientes ou substâncias psicotrópicas sempre que seja identificada a presença de qualquer daquelas substâncias em circulação ou em qualquer líquido orgânico usado para os testes de deteção;

ARTIGO 7º. - DISPOSIÇÕES FINAIS

Em todos os casos não previstos nestas **CONDIÇÕES ESPECIAIS**, aplicam-se as **CONDIÇÕES GERAIS** do Seguro Principal e/ou a legislação em vigor.

CONDIÇÕES ESPECIAIS SEGURO DOENÇAS GRAVES COMPLEMENTAR DO SEGURO DE VIDA TEMPORÁRIO ANUAL RENOVÁVEL

Em complemento ao Seguro Principal (Seguro em caso de Morte), conforme acordado e por expressamente referido nas CONDIÇÕES PARTICULARES, pode ser coberto o risco adiante definido nos termos dos respetivos Artigos.

O Seguro Complementar de “Doenças Graves” só pode ser subscrito em simultâneo com o Seguro Complementar de “Invalidez Absoluta e Definitiva”, formando um todo com o Seguro Principal, sem o qual não pode subsistir e esta cobertura rege-se pelas CONDIÇÕES GERAIS do Seguro Principal - Seguro de Vida Grupo Temporário Anual Renovável e por estas Condições Especiais.

ARTIGO 1º. GARANTIAS

Se o Segurado vier a padecer de uma das Doenças Graves definidas nas alíneas seguintes e desde que indicadas nas Condições Particulares, o Segurador garante a antecipação de 100% do capital garantido pelo Seguro Principal cancelando, automaticamente, o respetivo Contrato.

As garantias do Seguro Complementar de Doenças Graves são aplicáveis se a Doença Grave se verificar antes da data do vencimento do Contrato ou antes do fim da anuidade em que o Segurado atinja os 65 anos de idade.

ARTIGO 2º. DEFINIÇÃO DE DOENÇAS GRAVES

2.1. Acidente Vascular Cerebral (AVC).

AVC - resultando em sintomas permanentes.

Morte do tecido cerebral devido a um evento cérebro vascular agudo, causado por isquemia ou hemorragia intracraniana (incluindo hemorragia subaracnoide), ou embolismo de causa extracraniana, com:

- Início súbito de novos sintomas neurológicos, e
- Défices neurológicos recentes no exame clínico.

Os défices neurológicos devem persistir por mais de três meses após a data do diagnóstico. Este

diagnóstico deve ser confirmado por médico Neurologista e comprovado por resultados de exames imagiológicos.

Excluem-se:

- Acidente isquémico transitório (AIT) e défice neurológico isquémico reversível prolongado (PRIND);
- Lesão traumática do tecido cerebral ou dos vasos sanguíneos;
- Défices neurológicos devido a hipoxia geral, infeção, doença inflamatória, enxaqueca ou intervenção;
- Resultados pouco relevantes, obtidos através de exames imagiológicos (tomografia computadorizada ou ressonância magnética) sem sintomas clínicos claramente relacionados (AVC silencioso);
- Morte de tecido do nervo ótico ou retina ou órgão vestibular.

2.2. Anemia aplástica.

Anemia Aplástica - com insuficiência grave da medula óssea.

O diagnóstico definitivo de anemia aplástica, resulta em insuficiência da medula óssea com anemia, neutropenia e trombocitopenia. O tratamento da doença tem que requerer transfusões de sangue e com, pelo menos, um dos seguintes tratamentos:

- Agentes estimulantes da medula;
- Imunossuppressores;
- Transplante da medula óssea.

O diagnóstico deve ser confirmado por médico Hematologista e comprovado por histologia da medula óssea

2.3. Cancro.

Cancro - excluindo estádios iniciais.

Qualquer tumor maligno diagnosticado positivamente com confirmação histológica e caracterizado pelo crescimento descontrolado de células malignas e por invasão de tecidos. O diagnóstico deve ser confirmado por médico da especialidade.

A não ser que sejam expressamente excluídas, leucemia, linfoma maligno e síndrome mielodisplásica.

Excluem-se:

- Qualquer tumor histologicamente classificado como pré-maligno, não invasivo ou carcinoma in situ (incluindo carcinoma ductal e lobular in situ da mama e displasia cervical CIN-1, CIN-2 e CIN-3);

b) Qualquer cancro da próstata, exceto se classificado histologicamente como Gleason maior que 6 ou tendo progredido para, pelo menos, um estágio clínico de T2N0M0 (classificação TNM);

c) Leucemia linfocítica crónica, exceto se tiver evoluído para um estágio B da classificação de Binet;

d) Carcinoma basocelular e carcinoma de células escamosas da pele e melanoma maligno, estágio IA (T1aN0M0) a menos que haja evidências de metástases;

e) Carcinoma papilar da tireoide com menos de 1cm de diâmetro e histologicamente descrito como T1N0M0;

f) Micro carcinoma papilar da bexiga histologicamente descrito como está;

g) Policitemia vera e trombocitemia essencial;

h) Gamapatia monoclonal de significado indeterminado;

i) Linfoma gástrico MALT, se tratável com erradicação de *Helicobacter pylori*;

j) Tumor do estroma gastrointestinal (GIST) estágio I e II de acordo com AJCC Cancer Staging Manual, sétima edição (2010);

k) Linfoma cutâneo exceto se requer tratamento com quimioterapia ou radioterapia;

l) Carcinoma micro invasivo da mama (histologicamente classificado como T1mic) exceto se requer mastectomia, quimioterapia ou radioterapia;

m) Carcinoma micro invasivo do colo uterino (histologicamente classificado como estágio IA1) exceto se requer histerectomia, quimioterapia ou radioterapia;

n) Tumores limítrofes ou tumores com baixo potencial de malignidade FIGO estágio I e II.

2.4. Cirurgia das artérias coronárias com enxerto (duas ou mais).

Cirurgia das artérias coronárias com enxerto - para tratamento de doença coronária de múltiplos vasos.

A realização de cirurgia cardíaca para corrigir a estenose ou oclusão de duas ou mais artérias coronárias com bypass coronário com enxerto (CABG - Coronary Artery Bypass Graft). A cirurgia cardíaca com esternotomia completa (divisão vertical do esterno) e procedimentos minimamente invasivos (esternotomia parcial ou toracotomia) estão cobertos.

A necessidade de tal cirurgia deve ser comprovada por meio de angiografia coronária e confirmada por médico Cardiologista ou por Cirurgião Cardio-torácico.

Excluem-se:

a) Cirurgia bypass para tratar a estenose ou oclusão de uma artéria coronária;

b) Angioplastia coronária ou colocação de stent.

2.5. Cirurgia da aorta.

Cirurgia da aorta - incluindo procedimentos minimamente invasivos.

A realização de cirurgia para tratamento de estenose, obstrução, aneurisma ou dissecação da aorta. Procedimentos minimamente invasivos, como a cirurgia endovascular, encontram-se cobertos por esta definição. A realização da cirurgia aórtica deve ser confirmada por Cirurgião Cardio-torácico e sustentada por meio de resultados imagiológicos.

Excluem-se:

a) Cirurgia a quaisquer ramos da aorta torácica ou abdominal (incluindo bypass com enxertos aortofemorais ou aorto-iliacos);

b) Cirurgia da aorta relacionada com doença hereditária do tecido conjuntivo (por exemplo, síndrome de Marfan, síndrome de Ehlers-Danloss);

c) Cirurgia após uma lesão traumática da aorta.

2.6. Cirurgia da Válvula Cardíaca.

Cirurgia da válvula cardíaca - incluindo procedimentos minimamente invasivos e com cateter.

A realização de cirurgia para substituição ou reparação de anomalias de uma ou mais válvulas do coração. Os seguintes procedimentos estão cobertos por esta definição:

a) Substituição ou reparação de válvula cardíaca com esternotomia completa (divisão vertical do esterno), esternotomia parcial ou toracotomia;

b) Procedimento de Ross;

c) Valvuloplastia por cateterismo;

d) Implante Trans-cateter da Válvula Aórtica (IVAT)

A necessidade de tal cirurgia deve ser confirmada por médico Cardiologista ou cirurgião Cardio-torácico e sustentada por meio de ecocardiograma ou resultados de cateterismo cardíaco.

Excluem-se:

Clipping da válvula mitral trans-cateter

2.7. Coma.

Coma - resultando em sintomas persistentes.

Diagnóstico definitivo de um estado de inconsciência, sem reação ou resposta a estímulos externos ou necessidades internas, que:

- resulta numa escala de 8 ou menos, na escala de coma de Glasgow, persistindo continuamente durante pelo menos 96 horas;
- necessidade de utilização de sistemas de suporte de vida, e
- resulta de um défice neurológico persistente que deve ser avaliado decorridos, pelo menos, 30 dias após o início do coma.

O diagnóstico deve ser confirmado por médico Neurologista.

Excluem-se:

- Coma medicamente induzido.**
- Qualquer coma devido a lesões autoinfligidas, álcool ou abuso de drogas.**

2.8. Doença de Alzheimer (antes dos 65 anos).

Doença de Alzheimer (antes dos 65 anos) - requerendo supervisão constante.

Diagnóstico definitivo da doença de Alzheimer evidenciado por todas as características seguintes:

- Perda de capacidade intelectual envolvendo comprometimento das funções de memória e realização (sequencializar, organizar, abstrair e planear), que resulta numa redução significativa no funcionamento mental e social;
- Alterações da personalidade;
- Início gradual e contínuo declínio das funções cognitivas;
- Ausência de perturbações da consciência;
- Resultados neuropsicológicos e neurorradiológicos típicos (por ex. TAC/RMN).

A doença deve necessitar de supervisão constante (24 horas por dia) [antes dos 65 anos]. O diagnóstico e a necessidade de supervisão devem ser confirmados por médico Neurologista.

Excluem-se:

Outras formas de demência do cérebro devido a distúrbios sistémicos ou a patologia psiquiátrica.

2.9. Doença de Parkinson (antes dos 65 anos).

Doença idiopática de Parkinson (antes dos 65 anos) - resultando na perda permanente das capacidades físicas.

Diagnóstico definitivo de doença de Parkinson idiopática primária, evidenciado por, pelo menos, duas das seguintes manifestações clínicas:

- Rigidez muscular;
- Tremor; e
- Bradíinesia (lentidão anormal dos movimentos, lentidão de respostas físicas e mentais).

A doença de Parkinson idiopática (antes dos 65) deve resultar numa total incapacidade para realizar, de forma independente, pelo menos 3 das 6 atividades da vida diária por um período contínuo de pelo menos 3 meses, independentemente do tratamento farmacológico.

As atividades da vida diária compreendem:

- Higiene: a capacidade de ser capaz de lavar-se numa banheira, chuveiro (incluindo entrar e sair da banheira ou chuveiro) ou lavar-se satisfatoriamente por outros meios;
- Vestir e Despir: a capacidade para vestir e despir o vestuário, tomando em consideração o vestuário usado habitualmente, incluindo colocar próteses e ortóteses;
- Comer / beber: a capacidade de se alimentar quando o alimento (sólidos ou líquidos) foi preparado e disponibiliza, incluindo poder sugar por uma palhinha ou usar outros utensílios adaptados;
- Manter a higiene pessoal: a capacidade de manter um nível razoável de higiene, usando a casa de banho ou controlando o funcionamento do intestino e da bexiga;
- Mobilidade: a capacidade de mover-se dentro do local de residência, em superfícies niveladas.
- Entrar ou sair da cama: a capacidade de sair da cama para uma cadeira na posição vertical ou cadeira de rodas e vice-versa.

O diagnóstico deve ser confirmado por médico Neurologista.

O implante de um neuro-estimulador para controlar os sintomas através da estimulação cerebral profunda é, independente das atividades da vida diária, abrangido pela presente definição.

O implante deve ser determinado como medicamente necessário, por médico Neurologista ou Neurocirurgião.

Excluem-se:

- Parkinsonismo secundário (incluindo parkinsonismo induzido por toxina ou drogas);**
- Tremor essencial; e**
- Parkinsonismo relacionado com outras patologias ou doenças neuro-degenerativas.**

2.10. Doença hepática terminal.

Doença hepática terminal - Child-Pugh Classe B ou C.

Diagnóstico definitivo de doença hepática grave, comprovado por uma pontuação de Child-Pugh de, pelo menos, 7 pontos (escala de Child-Pugh Classe B ou C). A pontuação deve ser calculada utilizando todas as variáveis seguintes:

- Níveis de bilirrubina total;
- Níveis séricos de albumina;
- Gravidade da ascite;
- Valores de INR;
- Encefalopatia hepática.

O diagnóstico deve ser confirmado por médico Gastroenterologista e através de resultados imagiológicos e analíticos.

Excluem-se:

Doença hepática grave devido ao consumo de álcool ou uso de drogas (incluindo hepatite B ou C e infeções adquiridas pelo consumo de drogas por via intravenosa).

2.11. Doença do Neurónio Motor.

Doença do Neurónio Motor - resultando numa perda permanente das capacidades físicas.

Diagnóstico definitivo de uma das seguintes doenças do neurónio motor:

- Esclerose lateral amiotrófica (ELA ou síndrome de Lou Gehrig's);
- Esclerose lateral primária (ELP);
- Atrofia muscular progressiva (AMP);
- Paralisia bulbar progressiva.

A doença deve resultar numa incapacidade permanente para realizar de forma independente, pelo menos 3 das 6 Atividades da Vida Diária, por um período contínuo de, pelo menos, 3 meses sem possibilidade de recuperação.

As atividades da vida diária compreendem:

- Higiene: a capacidade de ser capaz de lavar-se numa banheira, chuveiro (incluindo entrar e sair da banheira ou chuveiro) ou lavar-se satisfatoriamente por outros meios;
- Vestir e Despir: a capacidade para vestir e despir o vestuário, tomando em consideração o vestuário usado habitualmente, incluindo colocar próteses e ortóteses;
- Comer / beber: a capacidade de se alimentar quando o alimento (sólidos ou líquidos) foi preparado e

disponibiliza, incluindo poder sugar por uma palhinha ou usar outros utensílios adaptados;

d) Manter a higiene pessoal: a capacidade de manter um nível razoável de higiene, usando a casa de banho ou controlando o funcionamento do intestino e da bexiga;

e) Mobilidade: a capacidade de mover-se dentro do local de residência, em superfícies niveladas;

f) Entrar ou sair da cama: a capacidade de sair da cama para uma cadeira na posição vertical ou cadeira de rodas e vice-versa.

O diagnóstico deve ser confirmado por um médico Neurologista e comprovado por estudos de condução nervosa (ECN) e eletromiografia (EMG).

Excluem-se:

- Neuropatia motora multifocal (NMM) e miosite;**
- Síndrome pós-poliomielite;**
- Atrofia muscular da coluna vertebral;**
- Polimiosite e dermatomiosite.**

2.12. Doença Pulmonar Crónica.

Doença Pulmonar Crónica - resultando em insuficiência respiratória crónica.

Diagnóstico definitivo de doença pulmonar terminal que resulta em insuficiência respiratória crónica, comprovada por todos os seguintes critérios:

- FEV1 (volume expiratório forçado por segundo) sendo menos que 40% do previsto em 2 situações com pelo menos 1 mês de intervalo;
- Tratamento com oxigenoterapia por, pelo menos, 16 horas por dia durante um período mínimo de três meses;
- Redução persistente das pressões parciais de oxigénio (PaO₂) abaixo de 55 mmHg (7,3 kPa) na gasimetria arterial, medidas sem a administração de oxigénio.

O diagnóstico deve ser confirmado por médico da especialidade.

2.13. Encefalite Viral Aguda.

Encefalite Viral Aguda - resultando em sintomas persistentes

Diagnóstico definitivo de encefalite viral aguda, resultando num défice neurológico persistente documentada por, pelo menos, 3 meses após a data do diagnóstico. O diagnóstico deve ser confirmado por médico Neurologista e baseado em sintomas clínicos típicos, líquidos cefalorraquidiano ou por resultados de biopsia ao cérebro.

Excluem-se:

- a) **Encefalite na presença de VIH;**
- b) **Encefalite causada por infeção bacteriana ou protozoária;**
- c) **Encefalomielite miálgica ou paraneoplásica.**

2.14. Enfarte do Miocárdio.

Enfarte do Miocárdio.

Morte do tecido cardíaco causado por obstrução prolongada do fluxo sanguíneo. O enfarte deve ser evidenciado por aumento e/ou diminuição dos enzimas cardíacos (troponina ou CKMB), para níveis considerados de diagnóstico de enfarte do miocárdio em conjunto com, pelo menos, dois dos seguintes critérios:

- a) Sintomas de isquémia (como, dor no peito);
 - b) Alterações eletrocardiográficas (ECG) recentes e indicativas de isquémia (alterações recentes do segmento ST-T ou bloqueio recente do ramo esquerdo);
 - c) Desenvolvimento de ondas Q patológicas no ECG.
- O diagnóstico deve ser confirmado por médico Cardiologista.

Excluem-se:

- a) **Síndrome coronária aguda (angina de peito estável ou instável);**
- b) **Elevações de troponina na ausência de manifestação de doença isquémica do coração (por exemplo miocardite, balonamento apical (apical ballooning), contusão cardíaca, embolismo pulmonar, toxicidade devido ao uso de estupefacientes);**
- c) **Enfarte do miocárdio com artérias coronárias normais ou causado por vaso espasmos coronários, ponte miocárdica (myocardial bridging) ou abuso de estupefacientes;**
- d) **Enfarte do miocárdio que ocorre dentro do período de 14 dias após uma angioplastia coronária ou cirurgia de bypass coronário.**

2.15. Esclerose Múltipla.

Esclerose Múltipla - com sintomas persistentes.

O diagnóstico inequívoco de Esclerose Múltipla deve ser confirmado por médico Neurologista e comprovado por todos os seguintes critérios:

- a) Atual comprometimento clínico da função motora ou sensitiva, que se manteve constante por um período permanente de, pelo menos, 6 meses;

b) Ressonância magnética (RM) que demonstre, pelo menos, duas lesões de desmielinização do cérebro ou da espinal medula, características da esclerose múltipla.

Excluem-se:

a) **Possível esclerose múltipla ou síndromes isoladas, neurologicamente ou radiologicamente sugestivas, mas não um diagnóstico de esclerose múltipla;**

b) **Neurite ótica isolada e neuromielite ótica.**

2.16. Hepatite Viral Fulminante.

Hepatite Viral Fulminante - resultando em insuficiência hepática aguda.

Diagnóstico definitivo de hepatite viral fulminante, evidenciado por todos os seguintes critérios:

- a) Resultados serológicos típicos de hepatite viral aguda;
- b) Desenvolvimento de encefalopatia hepática;
- c) Diminuição do tamanho do fígado;
- d) Aumento nos níveis de bilirrubina;
- e) Coagulopatia segundo o International Normalized Ratio (INR) maior que 1,5;
- f) Desenvolvimento de insuficiência hepática, dentro do período de 7 dias, após o início dos sintomas;
- g) Sem antecedentes de doença hepática.

O diagnóstico deve ser confirmado por médico Gastroenterologista.

Excluem-se:

a) **Todas as causas não-virais de insuficiência hepática aguda (incluindo paracetamol ou intoxicação por aflatoxinas)**

b) **Hepatite viral fulminante associada ao consumo de drogas por via intravenosa.**

2.17. Doença Renal Terminal.

Insuficiência renal terminal - com necessidade de diálise permanente.

Insuficiência crónica e irreversível da função de ambos os rins, resultando na necessidade de realizar regularmente hemodiálise ou diálise peritoneal ou se tiver sido realizado transplante renal. A diálise deve ser clinicamente necessária e confirmada por médico Nefrologista.

Excluem-se: Insuficiência renal aguda reversível com diálise renal temporária.

2.18. Meningite Bacteriana.

Meningite Bacteriana - resultando em sintomas persistentes.

Diagnóstico definitivo de Meningite Bacteriana resultando num défice neurológico persistente confirmado durante, pelo menos, 3 meses, após a data do diagnóstico. O diagnóstico deve ser confirmado por médico Neurologista e suportado pelo crescimento patogénico de bactérias patogénicas da cultura do líquido cefalorraquidiano.

Excluem-se: Meningite asséptica, viral, parasitária ou não infecciosa.

2.19. Paralisia dos membros.

Paralisia dos membros - total e irreversível.

Perda total e irreversível da função muscular para a totalidade de quaisquer dois membros, como resultado de lesão ou doença do cérebro ou da espinal medula. Define-se "membro" como a totalidade do membro superior ou membro inferior. A paralisia deve estar presente durante mais de 3 meses, deve ser confirmada por médico Neurologista e comprovada por resultados clínicos e de diagnóstico.

Excluem-se:

- a) **Paralisia devido a automutilação ou distúrbios psicológicos;**
- b) **Síndrome de Guillain-Barré;**
- c) **Paralisia intermitente ou hereditária.**

2.20. Perda da Audição.

Surdez - permanente e irreversível.

Diagnóstico definitivo de perda da audição, permanente e irreversível, em ambos os ouvidos, como consequência de doença ou lesão acidental. O diagnóstico deve ser confirmado por um médico Otorrinolaringologista e comprovado por um limiar auditivo médio de mais de 90 dB a 500, 1000 e 2000 hertz no melhor ouvido, utilizando um audiograma tonal.

2.21. Perda da Fala.

Perda da Fala - permanente e irreversível.

Diagnóstico inequívoco de perda total e irreversível da capacidade de falar, como resultado de lesão física ou de doença. Esta situação deve estar presente por um período ininterrupto de, pelo menos, 6 meses. O diagnóstico deve ser confirmado por um médico Otorrinolaringologista.

Excluem-se: Perda da fala decorrente de transtornos psiquiátricos.

2.22. Perda de Membros.

Perda de Membros.

Diagnóstico definitivo da separação completa de dois ou mais membros, ao nível ou acima do pulso ou articulação do tornozelo, como resultado de uma amputação acidental ou clinicamente necessária. O diagnóstico deve ser confirmado por médico da especialidade.

Excluem-se: Perda de membros devido a lesões autoinfligidas.

2.23. Perda de Visão.

Perda de Visão – irreversível.

Perda da visão profunda de ambos os olhos, resultante de qualquer doença ou trauma que não pode ser corrigida por correção refratária, medicação ou cirurgia. A perda da visão profunda é confirmada por qualquer acuidade visual de 3/60 ou menos (0,05 ou menos na escala decimal) para o melhor olho após correção ou campo visual inferior a 10º de diâmetro no melhor olho, após correção. O diagnóstico deverá ser confirmado por um médico Oftalmologista.

2.24. Queimaduras Graves.

Queimaduras do 3º grau - cobrindo 20% da área de superfície corporal.

Queimaduras que envolvem a destruição da pele através da sua profundidade total até ao tecido subjacente (queimaduras de 3º grau) e que cobrem pelo menos 20% da superfície corporal, comprovado pelo método "As Regras de Nimes" ou pelo "Gráfico de Lund e Browder". O diagnóstico deverá ser confirmado por um médico da especialidade.

2.25. Transplante de Órgão Principal.

Órgão principal, Tecido composto ou Transplante de medula óssea.

Transplante de órgãos em que a Segurado é o recetor de aloenxerto ou enxerto autólogo de um ou mais dos seguintes órgãos:

- a) Coração;
- b) Rim;
- c) Fígado (incluindo parte do fígado e transplante do fígado de dador vivo);
- d) Pulmão (incluindo transplante de lobo de dador vivo ou transplante de pulmão único);
- e) Medula óssea (transplante alogénico de células-germinais (estaminais) hematopoiéticas precedida por ablação total da medula óssea);
- f) Intestino delgado;
- g) Pâncreas.

Transplante total ou parcial do rosto, braço, mão e perna (transplante de aloenxerto de tecido composto), também estão cobertos por esta definição. A situação que dá origem ao transplante deve ser considerada intratável por quaisquer outros meios, e deve ser confirmada pelo médico da especialidade.

Excluem-se:

a) Transplante de outros órgãos, partes do corpo ou tecidos (incluindo córnea e pele);

b) Transplante de outras células (incluindo células das ilhotas e outras células estaminais exceto hematopoiéticas)

2.26. Traumatismo Craniano Grave.

Traumatismo Craniano Grave - resultando em perda permanente das capacidades físicas.

Diagnóstico definitivo de perturbação da função cerebral, como resultado de lesão traumática craniana. O traumatismo craniano deve resultar numa incapacidade total para a realização de forma independente de, pelo menos, 3 de 6 Atividades de Vida Diária por um período ininterrupto de, pelo menos, 3 meses sem qualquer possibilidade razoável de recuperação.

As Atividades da Vida Diária são:

a) Higiene: a capacidade de ser capaz de lavar-se numa banheira, chuveiro (incluindo entrar e sair da banheira ou chuveiro) ou lavar-se satisfatoriamente por outros meios;

b) Vestir e Despir: a capacidade para vestir e despir o vestuário, tomando em consideração o vestuário usado habitualmente, incluindo colocar próteses e ortóteses;

c) Comer / beber: a capacidade de se alimentar quando o alimento (sólidos ou líquidos) foi preparado e disponibiliza, incluindo poder sugar por uma palhinha ou usar outros utensílios adaptados;

d) Manter a higiene pessoal: a capacidade de manter um nível razoável de higiene, usando a casa de banho ou controlando o funcionamento do intestino e da bexiga;

e) Mobilidade: a capacidade de mover-se dentro do local de residência, em superfícies niveladas.

f) Entrar ou sair da cama: a capacidade de sair da cama para uma cadeira na posição vertical ou cadeira de rodas e vice-versa.

O diagnóstico deve ser confirmado por um médico Neurologista ou por um Neurocirurgião e comprovado

por resultados dos exames imagiológicos (TAC ou RM cerebral).

Excluem-se: Qualquer traumatismo craniano decorrente de lesões autoinfligidas, álcool ou consumo de drogas.

2.27. VIH - Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana contraída no exercício de profissão qualificada.

Infecção pelo VIH contraída no exercício de profissão qualificada.

Diagnóstico definitivo de infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), resultante de incidente ocorrido durante o exercício de qualquer atividade profissional qualificada a seguir indicada:

- Médico ou Médico dentista;
- Enfermeira ou parteira;
- Assistente do médico ou do médico dentista;
- Técnico de laboratório ou trabalhador de laboratório;
- Membro do corpo de bombeiros;
- Membros dos serviços de Ambulância;
- Empregada de Hospital ou trabalhador de manutenção do hospital;
- Polícia;
- Guardas prisionais.

A infecção pelo VIH deve ser confirmada por todos os seguintes critérios:

- O incidente terá que ter ocorrido após o início da apólice;
- O incidente deverá ser relatado, investigado e documentado de acordo com as diretivas atuais das entidades competentes (por exemplo, Medicina ocupacional);
- Teste negativo de VIH, realizado dentro do período de 5 dias após o incidente;
- Seroconversão do HIV deve ocorrer no prazo de 12 meses após o incidente;
- O incidente, que causou a infecção, deve ter ocorrido em território Nacional

Excluem-se: A infecção pelo VIH resultante de quaisquer outros meios de transmissão, incluindo atividade sexual ou abuso de droga.

ARTIGO 3º PERÍODO DE CARÊNCIA

O pagamento do capital em caso de Doença Grave só será efetuado se a doença se manifestar três

meses após a data de emissão das Condições Particulares.

ARTIGO 4º. JUSTIFICAÇÃO E RECONHECIMENTO DO DIREITO ÀS IMPORTÂNCIAS SEGURAS

4.1. Em caso de Doença Grave, o Beneficiário indicado nas Condições deverá enviar ao Segurador: Atestado médico elaborado pelo médico assistente, após o diagnóstico de Doença Grave, preciso e detalhado, descrevendo a sua história Clínica e mencionando a data dos primeiros sintomas. Este atestado, da responsabilidade do Tomador do Seguro ou Segurado, deve ser enviado ao Segurador nos 60 dias que se seguirem ao diagnóstico da doença.

4.2. O facto que justifica a doença grave, a sua causa, terá de se verificar durante a vigência do Contrato e/ou durante o período em que a cobertura estiver em vigor para o Segurado e, simultaneamente, terá que ser denunciado ao Segurador no prazo máximo de 90 dias a contar da data de cessação da cobertura.

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

4.4. A falta de cumprimento por parte do Beneficiário ou do Segurado ao disposto nas alíneas anteriores bem como a falta de verdade nas informações prestadas ao Segurador implicam a suspensão do direito às importâncias seguras.

4.5. Em caso de Doença Grave, a importância será paga 30 dias após o diagnóstico inequívoco da doença.

4.6. Na falta de acordo entre as partes, o Segurado compromete-se a aceitar a decisão de Junta Médica, constituída pelo médico por si indicado, pelo médico indicado pela Segurador e por um terceiro escolhido entre ambos ou, na falta de acordo quanto a esta designação, pelo que for indicado pelo Presidente do

Tribunal da Relação da área do foro competente. As despesas com os honorários do terceiro médico serão suportadas em partes iguais pelo Segurador e Tomador do Seguro ou Segurado, ou na falta destes pelos Beneficiários, por dedução das importâncias a pagar.

4.7. Na falta de acordo qualquer dos interessados poderá promover a resolução da divergência requerendo a Junta Médica, que funcionará como Tribunal Arbitral. A Junta Médica será constituída por três médicos, um nomeado por cada uma das partes e o terceiro, que presidirá com voto de desempate, por acordo entre os nomeados pelas partes ou, na falta de acordo, pelo Instituto Nacional de Medicina Legal – Gabinete da área de residência do Segurado.

O Tribunal Arbitral funcionará de acordo com a Lei 63/2011, de 14 de dezembro (ou com outro diploma legal que a venha a substituir) mas os árbitros designados pelas partes terão obrigatoriamente que ser médicos.

Em caso de Junta Médica a funcionar como Tribunal Arbitral, o Segurador e o Tomador do Seguro ou Segurado suportarão os honorários e despesas do médico/árbitro que lhes cumpra designar, sendo os do Presidente suportados em partes iguais por ambas as partes. Na falta do Tomador do Seguro ou Segurado as despesas que lhes caberiam serão suportadas pelos Beneficiários por dedução às importâncias a pagar.

4.8. Os prémios e sobre prémios do Seguro Principal bem como os prémios relativos a este Seguro Complementar que eventualmente se vençam no decorrer das discussões devem ser pagos ao Segurador. Se a decisão for no sentido de reconhecer a existência de Doença Grave, o Segurador restituirá as quantias recebidas e pagará, se for caso disso, as importâncias devidas acrescidas do juro de 3% ao ano, contado desde o fim do prazo indicado no Artigo 3º.

Enquanto as divergências não forem solucionadas, os prémios e sobre prémios do Seguro Principal, bem como os prémios relativos ao Seguro Complementar de Doenças Graves que, eventualmente se vençam no decorrer das discussões, devem ser pagos ao Segurador. Se a decisão for contrária ao Segurador, esta restituirá as quantias recebidas.

ARTIGO 5º. TERMO DA COBERTURA

5.1. As coberturas garantidas no Contrato cessam para cada Segurado por anulação da Apólice.

5.2. Se o Contrato for efetuado sobre uma vida, este Seguro Complementar “Doenças Graves” cessa quando o Segurado atingir a idade termo convencionada para essa cobertura.

5.3. Esta cobertura cessa quando o Segurado atingir os 65 anos de idade ou qualquer outra idade inferior a esta conforme definido nas Condições Particulares da apólice.

ARTIGO 6º RISCOS EXCLUÍDOS

Os riscos excluídos do Seguro Complementar de Doenças Graves constam do artigo 2 destas Condições Especiais.

ARTIGO 7º. DISPOSIÇÕES FINAIS

Em todos os casos não previstos nestas CONDIÇÕES ESPECIAIS, aplicam-se as CONDIÇÕES GERAIS do Seguro Principal e/ou a legislação em vigor.