

NOTA INFORMATIVA SOBRE AS CONDIÇÕES GERAIS E ESPECIAIS - VIDA SEGURA 18/25 -

CONTRATO

O VIDA SEGURA 18/25 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.

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 Tomador do Seguro, 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 18/25 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 aniversária, considera-se a sua idade real em anos inteiros, acrescida de um ano.

QUAIS AS GARANTIAS DO CONTRATO?

O VIDA SEGURA 18/25 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 por doença do Segurado.

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 da Seguradora 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 complementa.

Considera-se que a Invalidez Total e Permanente 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 susceptível 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, ao 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 ter-se-á de 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 do 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;
- 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 delírium 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:

- Ficam igualmente excluídos todos os casos em que seja verificada a existência de álcool no sangue do Segurado, em grau igual ou superior ao que se encontrar definido na lei para os condutores de veículos automóveis em Portugal.
- 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, cancelando, automaticamente, as respetivas Condições Particulares.

As Doenças Graves (desde que contratadas) ao abrigo do contrato são:

- Cancro

- Infarto do miocárdio
- Acidente vascular cerebral
- Paralisia de Membros
- Esclerose Múltipla
- Coma
- Traumatismo craniano grave - lesão cerebral traumática
- Perda de membros

As respetivas definições são as seguintes:

Cancro (Excluindo estágios menos avançados)

Qualquer tumor maligno diagnosticado positivamente com confirmação histológica e caracterizado pelo crescimento descontrolado de células malignas e invasão de tecido. O diagnóstico deve ser confirmado por um especialista.

A menos que não especificamente excluído, leucemia, linfoma maligno e síndrome mielodisplásica são cobertos por esta definição.

Infarto do miocárdio (ataque cardíaco).

Um infarto do miocárdio é a morte de tecido cardíaco devido a obstrução prolongada do fluxo sanguíneo. Sob essa definição, o infarto do miocárdio é evidenciado por um aumento e / ou queda de bio marcadores cardíacos (troponina ou CKMB) a níveis considerados diagnósticos de infarto do miocárdio, juntamente com pelo menos dois dos seguintes critérios:

- Sintomas de isquemia (como dor no peito)
- Alterações no eletrocardiograma (ECG) indicativas de nova isquemia (novas alterações ST-T ou novo bloqueio do bruno do pacote esquerdo)
- Desenvolvimento de ondas Q patológicas no ECG

O diagnóstico deve ser confirmado por um consultor cardiologista.

Acidente vascular cerebral (AVC).

Morte de tecido cerebral devido a um evento cerebrovascular agudo causado por trombose intracraniana ou hemorragia (incluindo hemorragia subaracnóidea) ou embolia de fonte extracraniana com:

- Início agudo de novos sintomas neurológicos, e
- Novos défices neurológicos objetivos no exame clínico.

O défice neurológico deve persistir por mais de 3 meses após a data do diagnóstico. O diagnóstico deve ser confirmado por um consultor neurologista e apoiado por achados de imagem.

Paralisia de Membros (Total e irreversível).

Perda total e irreversível da função muscular de todos os 2 membros, como resultado de lesão ou doença da medula espinhal ou cérebro. Membro é definido como o braço completo ou a perna completa. A paralisia deve estar presente por mais de 3 meses, confirmada por um consultor neurologista e apoiada por achados clínicos e de diagnóstico.

Esclerose Múltipla (Resultando em sintomas permanentes).

Diagnóstico definitivo da esclerose múltipla, que deve ser confirmado por um consultor neurologista e apoiado por todos os seguintes critérios:

- Comprometimento clínico atual da função motora ou sensorial, que deve ter persistido por um período contínuo de pelo menos 6 meses
- Ressonância magnética (RM) mostrando pelo menos duas lesões de desmielinização no cérebro ou na medula espinhal, características da esclerose múltipla.

Coma (resultando em sintomas permanentes)

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

- resulta numa pontuação igual ou inferior a 8 na escala de coma de Glasgow durante pelo menos 96 horas,
- requer o uso de sistemas de suporte à vida, e
- resulta num défice neurológico persistente¹ que deve ser avaliado pelo menos 30 dias após o início do coma.

O diagnóstico deve ser confirmado por um consultor neurologista.

Traumatismo craniano grave - lesão cerebral traumática (Resultando em perda permanente de habilidades físicas).

Um diagnóstico definitivo de um distúrbio da função cerebral como resultado de traumatismo craniano na cabeça. O traumatismo craniano

deve resultar em uma incapacidade total de realizar, sozinho, pelo menos 3 de 6 Atividades da Vida Diária por um período contínuo de pelo menos 3 meses, sem hipótese razoável de recuperação.

As atividades da vida diária são:

- Lavagem - a capacidade de lavar na banheira ou no chuveiro (incluindo entrar e sair da banheira ou chuveiro) ou lavar satisfatoriamente por outros meios.

- Vestir-se e despir-se - a capacidade de vestir, tirar, prender e desapertar todas as roupas e, se necessário, qualquer aparelho, membros artificiais ou outros aparelhos cirúrgicos.

- Alimentar-se - a capacidade de alimentar-se quando os alimentos foram preparados e disponibilizados.

- Manutenção da higiene pessoal - a capacidade de manter um nível satisfatório de higiene pessoal usando o banheiro ou gerenciando as funções intestinais e da bexiga.

- Ficar entre salas - a capacidade de ir de sala em sala em um andar plano. - Entrar e sair da cama - a capacidade de sair da cama em uma cadeira ou cadeira de rodas na posição vertical e voltar novamente.

O diagnóstico deve ser confirmado por um consultor neurologista ou neurocirurgião e apoiado por achados típicos de imagem (tomografia computadorizada ou ressonância magnética do cérebro).

Perda de membros.

Um diagnóstico definitivo da separação completa de dois ou mais membros na articulação do punho ou tornozelo ou acima dela como resultado de um acidente ou amputação medicamente necessária. O diagnóstico deve ser confirmado por um especialista.

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: 18 anos;**
- **Máxima: 24 anos.**
- **Limite de Permanência: 25 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 inexactidões 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 inexactidões 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 do seguro ser sobre duas vidas).

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

- Comunicar a aceitação do Segurado na apólice de seguro sem reservas, que se materialize na imediata emissão do contrato.
- Propor a aceitação condicional ou com agravamento do prémio do Segurado na apólice de seguro e/ou com exclusão ou limitação de coberturas.
- 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, contra propuser 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 de 10.000 Euros.

COMO É CALCULADO O PRÉMIO DO CONTRATO?

O prémio do Contrato é fixo para a totalidade do prazo e é de 3,00 Euros por mês ou 36,00 Euros por ano. Este valor inclui 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.. 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 CONTRATO?

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?

- Por denúncia pelo Segurado ou pelo Tomador do Seguro;

- b) O Segurado atinja a idade termo de 25 anos de idade;
- 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 as 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, espeleologia, 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 Pessoa Segura 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 o 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;

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 mesmo que em caso de morte do Segurado.

E EM CASO DE DOENÇAS GRAVES?

Os Riscos Excluídos em caso de Doenças graves são:

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 de próstata, a menos que classificado histologicamente como tendo um escore de Gleason maior que 6 ou que tenha progredido para pelo menos a classificação clínica TNM T2N0M0.
- c) Leucemia linfocítica crónica, a menos que tenha progredido para pelo menos o estágio Binet Binet.
- d) Carcinoma basocelular e carcinoma espinocelular da pele e estágio de melanoma maligno IA (T1aN0M0), a menos que haja evidência de metástases.
- e) Cancro papilar da tireoide com menos de 1 cm de diâmetro e histologicamente descrito como T1N0M0.
- f) Microcarcinoma papilar da bexiga descrito histologicamente como Ta.
- g) policitemia rubra vera e trombocitemia essencial.
- h) Gamopatia monoclonal de significado indeterminado.
- i) Linfoma MALT gástrico, se a condição puder ser tratada com Helicobacter erradicação.
- j) Tumor estromal gastrointestinal (GIST), estágio I e II, de acordo com o AJCC Cancer Staging Manual, Sétima Edição (2010).
- k) Linfoma cutâneo, a menos que a condição exija tratamento com quimioterapia ou radiação.
- l) Carcinoma microinvasivo da mama (histologicamente classificado como T1mic), a menos que a condição exija mastectomia, quimioterapia ou radiação.
- m) Carcinoma microinvasivo do colo do útero (classificado histologicamente como estágio IA1), a menos que a condição exija histerectomia, quimioterapia ou radiação.

Infarto do miocárdio.

- a) Síndrome coronariana aguda (angina estável ou instável).
- b) Elevações de troponina na ausência de doenças cardíacas isquémicas evidentes (por exemplo, miocardite, balão apical, contusão cardíaca, embolia pulmonar, toxicidade de drogas).
- c) Infarto do miocárdio com artérias coronárias normais ou causado por vasoespasm coronário, ponte miocárdica ou abuso de drogas.
- d) Infarto do miocárdio que ocorre dentro de 14 dias após angioplastia coronária ou cirurgia de ponte de safena.

Acidente vascular cerebral.

- a) Ataque Isquémico Transitório (AIT) e Défice Neurológico Isquémico Reversível Prolongado (PRIND).
- b) Traumatismo no tecido cerebral ou vasos sanguíneos.
- c) Défices neurológicos devido a hipoxia geral, infeção, doença inflamatória, enxaqueca ou intervenção médica.
- d) Achados acidentais de imagem (tomografia computadorizada ou ressonância magnética) sem sintomas clínicos claramente relacionados (acidente vascular cerebral silencioso).
- e) Morte de tecido do nervo ótico ou retina ou órgão vestibular.

Paralisia de Membros.

- a) Paralisia devido a danos pessoais ou distúrbios psicológicos.
- b) A síndrome de Guillain-Barré.
- c) Paralisia periódica ou hereditária.

Esclerose Múltipla.

- a) Possível esclerose múltipla e síndromes isoladas neurologicamente ou radiologicamente sugestivas, mas não diagnósticas de esclerose múltipla.
- b) Neurite ótica isolada e neuromielite ótica.

Coma.

- a) Coma induzido clinicamente.
- b) Qualquer coma devido a lesão autoinfligida, uso de álcool ou drogas.

Traumatismo craniano grave.

Qualquer traumatismo craniano grave causado por lesão autoinfligida, uso de álcool ou drogas.

Perda de membros.

Perda de membros devido a lesão autoinfligida.

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 Segurado. 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 - Excetuem-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 Artigo 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.

CONDIÇÕES GERAIS

SEGURO DE VIDA TEMPORÁRIO ANUAL RENOVÁVEL

1. DEFINIÇÕES

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

- Segurador: GamaLife – Companhia de Seguros de Vida, S.A.;
- Tomador do Seguro: a Entidade que celebra o Contrato com o Segurador, sendo responsável pelo pagamento do prémio;
- Segurado: a pessoa sujeita aos riscos, que nos termos acordados, são objeto deste Contrato;
- Beneficiário: a Entidade a favor da qual é celebrado o Contrato, identificado na proposta de subscrição.
- 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;
- Prémio: é a importância paga pelo Tomador do Seguro ao Segurador como contrapartida das garantias estabelecidas no Contrato.
- Proposta de subscrição – documento a preencher e assinar pelo Tomador de 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.
- 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 aniversária, 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 do 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:

- 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.

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 do 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, contra propuser 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

O Capital Seguro para cada Segurado é de 10.000 (dez mil) Euros.

ARTIGO 10º. PRÉMIO DO CONTRATO

O valor do prémio do Contrato é fixo para a totalidade do prazo e é de 3,00 Euros por mês ou 36,00 euros por ano. Este valor inclui os encargos legalmente obrigatórios nomeadamente a respetiva taxa de INEM (Instituto de Emergência Médica).

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 mensais.

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 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 da 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

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 vinte e cinco (25) anos de idade.
- d) Na data da resolução, da anulação ou da denuncia deste 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, espeleologia, 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 e 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 à seguradora a deslocação que pretende efetuar e o período da mesma, devendo a seguradora no prazo de 30 dias responder se recusa a cobertura ou se a aceita e em que condições, valendo a falta de resposta da seguradora 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 de 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 sedada no NOVO BANCO.

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.

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 caberem 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 ou antes do fim da anuidade em que o Segurado atinja os 25 anos de idade. 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 Seguradora 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 complementa.

Considera-se que a Invalidez Total e Permanente 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 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 do 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 delírium 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 accidental 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 do 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 seguirem 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 31/86 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 correrá 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) No termo da anuidade em que o Segurado completar vinte e cinco (25) anos de idade.

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:

- Ato criminoso de que o Beneficiário /Segurado seja autor material ou moral ou de que tenha sido cúmplice;
- Suicídio, se este se verificar no primeiro ano de adesão à Apólice, ou no decorrer do primeiro ano imediato a qualquer aumento de capital;
- Sinistros como consequência direta ou indireta de ato intencional do Segurado ou praticado com a sua cumplicidade;
- 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);
- 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.
- Revolução, guerra civil e guerra com país estrangeiro declarada ou não;
- Estado de alcoolismo e ingestão de drogas quando não recomendadas clinicamente;
- Ocorrência de riscos nucleares;
- 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, espeleologia, 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.
- 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.
- Acidentes que sobrevenham à Pessoa Segura 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 o 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 Total e Permanente por Acidente", 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 25 anos de idade.

ARTIGO 2º. DEFINIÇÃO DE DOENÇAS GRAVES.

2.1. Cancro (Excluindo estágios menos avançados)

Qualquer tumor maligno diagnosticado positivamente com confirmação histológica e caracterizado pelo crescimento descontrolado de células malignas e invasão de tecido. O diagnóstico deve ser confirmado por um especialista.

A menos que não especificamente excluído, leucemia, linfoma maligno e síndrome mielodisplásica são cobertos por esta definição.

Para a definição acima, o seguinte não é coberto:

- 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)
- Qualquer Cancro de próstata, a menos que classificado histologicamente como tendo um escore de Gleason maior que 6 ou que tenha progredido para pelo menos a classificação clínica TNM T2N0M0.
- Leucemia linfocítica crónica, a menos que tenha progredido para pelo menos o estágio Binet Binet
- Carcinoma basocelular e carcinoma espinocelular da pele e estágio de melanoma maligno IA (T1aN0M0), a menos que haja evidência de metástases
- Cancro papilar da tireoide com menos de 1 cm de diâmetro e histologicamente descrito como T1N0M0
- Microcarcinoma papilar da bexiga descrito histologicamente como Ta
- policitemia rubra vera e trombocitemia essencial
- Gamopatia monoclonal de significado indeterminado
- Linfoma MALT gástrico, se a condição puder ser tratada com Helicobacter erradicação
- Tumor estromal gastrointestinal (GIST), estágio I e II, de acordo com o AJCC Cancer Staging Manual, Sétima Edição (2010)
- Linfoma cutâneo, a menos que a condição exija tratamento com quimioterapia ou radiação
- Carcinoma microinvasivo da mama (histologicamente classificado como T1mic), a menos que a condição exija mastectomia, quimioterapia ou radiação
- Carcinoma microinvasivo do colo do útero (classificado histologicamente como estágio IA1), a menos que a condição exija histerectomia, quimioterapia ou radiação.

2.2. Infarto do miocárdio (ataque cardíaco).

Um infarto do miocárdio é a morte de tecido cardíaco devido a obstrução prolongada do fluxo sanguíneo. Sob essa definição, o infarto do miocárdio é evidenciado por um aumento e / ou queda de biomarcadores cardíacos (troponina ou CKMB) a níveis considerados diagnósticos de infarto do miocárdio, juntamente com pelo menos dois dos seguintes critérios:

- Sintomas de isquemia (como dor no peito)
- Alterações no eletrocardiograma (ECG) indicativas de nova isquemia (novas alterações ST-T ou novo bloqueio do brunch do pacote esquerdo)
- Desenvolvimento de ondas Q patológicas no ECG

O diagnóstico deve ser confirmado por um consultor cardiologista.

Para a definição acima, o seguinte não é coberto:

- Síndrome coronariana aguda (angina estável ou instável)
- Elevações de troponina na ausência de doenças cardíacas isquémicas evidentes (por exemplo, miocardite, balão apical, contusão cardíaca, embolia pulmonar, toxicidade de drogas)
- Infarto do miocárdio com artérias coronárias normais ou causado por vasoespasmos coronários, ponte miocárdica ou abuso de drogas
- Infarto do miocárdio que ocorre dentro de 14 dias após angioplastia coronária ou cirurgia de ponte de safena

2.3. Acidente vascular cerebral (AVC).

Morte de tecido cerebral devido a um evento cerebrovascular agudo causado por trombose intracraniana ou hemorragia (incluindo hemorragia subaracnóidea) ou embolia de fonte extracraniana com:

- Início agudo de novos sintomas neurológicos, e
- Novos défices neurológicos objetivos¹ no exame clínico.

O défice neurológico deve persistir por mais de 3 meses após a data do diagnóstico. O diagnóstico deve ser confirmado por um consultor neurologista e apoiado por achados de imagem.

Para a definição acima, o seguinte não é coberto:

- Ataque Isquémico Transitório (AIT) e Déficit Neurológico Isquémico Reversível Prolongado (PRIND);
- Traumatismo no tecido cerebral ou vasos sanguíneos;
- Défices neurológicos devido a hipóxia geral, infecção, doença inflamatória, enxaqueca ou intervenção médica;
- Achados acidentais de imagem (tomografia computadorizada ou ressonância magnética) sem sintomas clínicos claramente relacionados (acidente vascular cerebral silencioso);
- Morte de tecido do nervo ótico ou retina ou órgão vestibular.

Nota: (1) Para a definição acima, o seguinte não é coberto:

- Uma anormalidade observada em exames de TC ou RM ou outras técnicas de imagem sem sintomas clínicos relacionados definidos
- Sinais neurológicos que ocorrem sem anormalidade sintomática, p. reflexos rápidos sem outros sintomas
- Sintomas de origem psicológica ou psiquiátrica

2.4. Paralisia de Membros (Total e irreversível).

Perda total e irreversível da função muscular de todos os 2 membros, como resultado de lesão ou doença da medula espinhal ou cérebro. Membro é definido como o braço completo ou a perna completa. A paralisia deve estar presente por mais de 3 meses, confirmada por um consultor neurologista e apoiada por achados clínicos e de diagnóstico.

Para a definição acima, o seguinte não é coberto:

- Paralisia devido a danos pessoais ou distúrbios psicológicos
- A síndrome de Guillain-Barré
- Paralisia periódica ou hereditária

2.5. Esclerose Múltipla (Resultando em sintomas permanentes).

Diagnóstico definitivo da esclerose múltipla, que deve ser confirmado por um consultor neurologista e apoiado por todos os seguintes critérios:

- Comprometimento clínico atual da função motora ou sensorial, que deve ter persistido por um período contínuo de pelo menos 6 meses
- Ressonância magnética (RM) mostrando pelo menos duas lesões de desmielinização no cérebro ou na medula espinhal, características da esclerose múltipla.

Para a definição acima, o seguinte não é coberto:

- Possível esclerose múltipla e síndromes isoladas neurologicamente ou radiologicamente sugestivas, mas não diagnósticas de esclerose múltipla
- Neurite ótica isolada e neuromielite ótica

2.6. Coma (resultando em sintomas permanentes)

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

- resulta numa pontuação igual ou inferior a 8 na escala de coma de Glasgow durante pelo menos 96 horas,
- requer o uso de sistemas de suporte à vida, e
- resulta num défice neurológico persistente¹ que deve ser avaliado pelo menos 30 dias após o início do coma.

O diagnóstico deve ser confirmado por um consultor neurologista.

Para a definição acima, o seguinte não é coberto:

- Coma induzido clinicamente
- Qualquer coma devido a lesão autoinfligida, uso de álcool ou drogas

2.7. Traumatismo craniano grave - lesão cerebral traumática (Resultando em perda permanente de habilidades físicas).

Um diagnóstico definitivo de um distúrbio da função cerebral como resultado de traumatismo craniano na cabeça. O traumatismo craniano deve resultar em uma incapacidade total de realizar, sozinho, pelo menos 3

de 6 Atividades da Vida Diária por um período contínuo de pelo menos 3 meses, sem hipótese razoável de recuperação.

As atividades da vida diária são:

- Lavagem - a capacidade de lavar na banheira ou no chuveiro (incluindo entrar e sair da banheira ou chuveiro) ou lavar satisfatoriamente por outros meios.
 - Vestir-se e despir-se - a capacidade de vestir, tirar, prender e desapertar todas as roupas e, se necessário, qualquer aparelho, membros artificiais ou outros aparelhos cirúrgicos.
 - Alimentar-se - a capacidade de alimentar-se quando os alimentos foram preparados e disponibilizados.
 - Manutenção da higiene pessoal - a capacidade de manter um nível satisfatório de higiene pessoal usando o banheiro ou gerenciando as funções intestinais e da bexiga.
 - Ficar entre salas - a capacidade de ir de sala em sala em um andar plano.
 - Entrar e sair da cama - a capacidade de sair da cama em uma cadeira ou cadeira de rodas na posição vertical e voltar novamente.
- O diagnóstico deve ser confirmado por um consultor neurologista ou neurocirurgião e apoiado por achados típicos de imagem (tomografia computadorizada ou ressonância magnética do cérebro).

Para a definição acima, o seguinte não é coberto:

- Qualquer traumatismo craniano grave causado por lesão autoinfligida, uso de álcool ou drogas

2.8. Perda de membros.

Um diagnóstico definitivo da separação completa de dois ou mais membros na articulação do punho ou tornozelo ou acima dela como resultado de um acidente ou amputação medicamente necessária. O diagnóstico deve ser confirmado por um especialista.

Para a definição acima, o seguinte não é coberto:

- Perda de membros devido a lesão autoinfligida.

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, de conta 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 Seguradora 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. No termo da anuidade em que o Segurado completar vinte e cinco (25) anos de idade.

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.