

Novo

 Alteração \*

\* Em caso de alteração, preencher o n.º de apólice e campos a alterar

 Apólice 

 Agente/Mediador 

 Data de Início 

 Gestor de Rede 

 Corretor 

 Venda Cruzada 

 Enquadramento Comercial 
**1 TOMADOR DO SEGURO ( ENTIDADE PATRONAL)**

 N.º Cliente 

 Nome 

 Morada 

 Cód. Postal  -  País Morada 

 Email 

 Tel.  País Contacto Telefónico  N.º Cont. 

 CAE  Descrição 

 Sede Social  Sucursal  País Sede Social \* 

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

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

 Forma Jurídica: Emp. Nome Individual  Emp. Pública  Soc. Unipessoal  Soc. por Quotas  Soc. Anónima  Outra 
**1.2 IDENTIFICAÇÃO DOS SÓCIOS OU ACIONISTAS (com participação no capital ou direitos de voto igual ou superior a 5%)**
**Sócio / Acionista 1**

 Nome 

 Data Nascimento  -  -  NIF  Participação  %

 B. Identidade/C. Cidadão  Data de Validade  -  - 

 Morada 
 N.º  Andar  Código Postal  - 

 Localidade  País Morada 

 Ent. Patronal  Contribuinte N.º (Ent. Patronal) 

 Nacionalidade  País Naturalidade 

 Dupla Nacionalidade: Não  Sim  Qual? 

 Obrigações ou Residência Fiscal noutro(s) país(es) Não  Sim  N.º Contribuinte Estrangeiro 

 Se sim, indique Residência Fiscal 

 Código Postal  -  País 
**ALTOS CARGOS PÚBLICOS (PEP)**

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

 Em caso afirmativo, identifique o cargo 

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

 Em caso afirmativo, identifique o cargo do familiar em causa 

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

 Em caso afirmativo, identifique a relação existente

**1 TOMADOR DO SEGURO (ENTIDADE PATRONAL) (Continuação)**
**Sócio / Acionista 2**

 Nome 

 Data Nascimento  -  -  NIF  Participação  %

 B. Identidade/C. Cidadão  Data de Validade  -  - 

 Morada   
 N.º  Andar  Código Postal  - 

 Localidade  País Morada 

 Ent. Patronal  Contribuinte N.º (Ent. Patronal) 

 Nacionalidade  País Naturalidade 

 Dupla Nacionalidade: Não  Sim  Qual? 

 Obrigações ou Residência Fiscal noutro(s) país(es) Não  Sim  N.º Contribuinte Estrangeiro 

 Se sim, indique Residência Fiscal 

 Código Postal  -  País 
**ALTOS CARGOS PÚBLICOS (PEP)**

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

 Em caso afirmativo, identifique o cargo 

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

 Em caso afirmativo, identifique o cargo do familiar em causa 

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

 Em caso afirmativo, identifique a relação existente 
**Sócio / Acionista 3**

 Nome 

 Data Nascimento  -  -  NIF  Participação  %

 B. Identidade/C. Cidadão  Data de Validade  -  - 

 Morada   
 N.º  Andar  Código Postal  - 

 Localidade  País Morada 

 Ent. Patronal  Contribuinte N.º (Ent. Patronal) 

 Nacionalidade  País Naturalidade 

 Dupla Nacionalidade: Não  Sim  Qual? 

 Obrigações ou Residência Fiscal noutro(s) país(es) Não  Sim  N.º Contribuinte Estrangeiro 

 Se sim, indique Residência Fiscal 

 Código Postal  -  País 
**ALTOS CARGOS PÚBLICOS (PEP)**

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

 Em caso afirmativo, identifique o cargo 

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

 Em caso afirmativo, identifique o cargo do familiar em causa 

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

 Em caso afirmativo, identifique a relação existente

**1 TOMADOR DO SEGURO (ENTIDADE PATRONAL) (Continuação)**

Sócio / Acionista 4

Nome Data Nascimento  -  - NIF Participação  %B. Identidade/C. Cidadão Data de Validade  -  - Morada  N.º  Andar  Código Postal  - Localidade  País Morada Ent. Patronal  Contribuinte N.º (Ent. Patronal) Nacionalidade  País Naturalidade Dupla Nacionalidade: Não  Sim  Qual? Obrigações ou Residência Fiscal noutro(s) país(es) Não  Sim  N.º Contribuinte Estrangeiro Se sim, indique Residência Fiscal Código Postal  -  País **ALTOS CARGOS PÚBLICOS (PEP)**Exerce ou exerceu, durante o último ano, um alto cargo de natureza política ou pública? Não  Sim Em caso afirmativo, identifique o cargo Possui relações de parentesco próximo (cônjuge, pais ou filhos e respetivos cônjuges, ou unidos de facto) com uma pessoa titular de um alto cargo de natureza política ou pública? Não  Sim Em caso afirmativo, identifique o cargo do familiar em causa Possui relações de natureza comercial ou societária, com uma pessoa titular de um alto cargo de natureza política ou pública? Não  Sim Em caso afirmativo, identifique a relação existente **1.3 IDENTIFICAÇÃO DOS TITULARES DOS ÓRGÃOS DE GESTÃO DA PESSOA COLETIVA (Órgãos de Administração ou equivalente)**

Titular de órgão de gestão 1

Nome Data Nascimento  -  - NIF Participação  %B. Identidade/C. Cidadão Data de Validade  -  - Morada  N.º  Andar  Código Postal  - Localidade  País Morada Ent. Patronal  Contribuinte N.º (Ent. Patronal) Nacionalidade  País Naturalidade Dupla Nacionalidade: Não  Sim  Qual? Obrigações ou Residência Fiscal noutro(s) país(es) Não  Sim  N.º Contribuinte Estrangeiro Se sim, indique Residência Fiscal Código Postal  -  País **ALTOS CARGOS PÚBLICOS (PEP)**Exerce ou exerceu, durante o último ano, um alto cargo de natureza política ou pública? Não  Sim Em caso afirmativo, identifique o cargo Possui relações de parentesco próximo (cônjuge, pais ou filhos e respetivos cônjuges, ou unidos de facto) com uma pessoa titular de um alto cargo de natureza política ou pública? Não  Sim Em caso afirmativo, identifique o cargo do familiar em causa Possui relações de natureza comercial ou societária, com uma pessoa titular de um alto cargo de natureza política ou pública? Não  Sim Em caso afirmativo, identifique a relação existente

**1 TOMADOR DO SEGURO (ENTIDADE PATRONAL) (Continuação)**
**Titular de órgão de gestão 2**

 Nome 

 Data Nascimento  -  -  NIF  Participação  %

 B. Identidade/C. Cidadão   Data de Validade  -  - 

 Morada   
 N.º  Andar  Código Postal  - 

 Localidade  País Morada 

 Ent. Patronal  Contribuinte N.º (Ent. Patronal) 

 Nacionalidade  País Naturalidade 

 Dupla Nacionalidade: Não  Sim  Qual? 

 Obrigações ou Residência Fiscal noutro(s) país(es) Não  Sim  N.º Contribuinte Estrangeiro 

 Se sim, indique Residência Fiscal 

 Código Postal  -  País 
**ALTOS CARGOS PÚBLICOS (PEP)**

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

 Em caso afirmativo, identifique o cargo 

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

 Em caso afirmativo, identifique o cargo do familiar em causa 

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

 Em caso afirmativo, identifique a relação existente 
**Titular de órgão de gestão 3**

 Nome 

 Data Nascimento  -  -  NIF  Participação  %

 B. Identidade/C. Cidadão   Data de Validade  -  - 

 Morada   
 N.º  Andar  Código Postal  - 

 Localidade  País Morada 

 Ent. Patronal  Contribuinte N.º (Ent. Patronal) 

 Nacionalidade  País Naturalidade 

 Dupla Nacionalidade: Não  Sim  Qual? 

 Obrigações ou Residência Fiscal noutro(s) país(es) Não  Sim  N.º Contribuinte Estrangeiro 

 Se sim, indique Residência Fiscal 

 Código Postal  -  País 
**ALTOS CARGOS PÚBLICOS (PEP)**

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

 Em caso afirmativo, identifique o cargo 

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

 Em caso afirmativo, identifique o cargo do familiar em causa 

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

 Em caso afirmativo, identifique a relação existente

**1 TOMADOR DO SEGURO (ENTIDADE PATRONAL) (Continuação)**
**Títular de órgão de gestão 4**

 Nome 

 Data Nascimento  -  - 

 NIF 

 Participação  %

 B. Identidade/C. Cidadão 

 Data de Validade  -  - 

 Morada 
 N.º  Andar  Código Postal  - 

 Localidade  País Morada 

 Ent. Patronal 

 Contribuinte N.º (Ent. Patronal) 

 Nacionalidade 

 País Naturalidade 

 Dupla Nacionalidade: Não  Sim  Qual? 

 Obrigações ou Residência Fiscal noutro(s) país(es) Não  Sim  N.º Contribuinte Estrangeiro 

 Se sim, indique Residência Fiscal 

 Código Postal  -  País 
**ALTOS CARGOS PÚBLICOS (PEP)**

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

 Em caso afirmativo, identifique o cargo 

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

 Em caso afirmativo, identifique o cargo do familiar em causa 

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

 Em caso afirmativo, identifique a relação existente 
**Títular de órgão de gestão 5**

 Nome 

 Data Nascimento  -  - 

 NIF 

 Participação  %

 B. Identidade/C. Cidadão 

 Data de Validade  -  - 

 Morada 
 N.º  Andar  Código Postal  - 

 Localidade  País Morada 

 Ent. Patronal 

 Contribuinte N.º (Ent. Patronal) 

 Nacionalidade 

 País Naturalidade 

 Dupla Nacionalidade: Não  Sim  Qual? 

 Obrigações ou Residência Fiscal noutro(s) país(es) Não  Sim  N.º Contribuinte Estrangeiro 

 Se sim, indique Residência Fiscal 

 Código Postal  -  País 
**ALTOS CARGOS PÚBLICOS (PEP)**

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

 Em caso afirmativo, identifique o cargo 

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

 Em caso afirmativo, identifique o cargo do familiar em causa 

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

 Em caso afirmativo, identifique a relação existente

**2 GRUPO DE PESSOAS A INCLUIR NO SEGURO**

 Todo o pessoal do quadro permanente 

 Todo o pessoal em efetividade de serviço 

 Outras situações 

 N.º de empregados  
**3 DURAÇÃO DO SEGURO**

 Temporário Anual Renovável 
**4 CAPITAIS SEGUROS**
**Opção de Capital** (Assinale a que pretende contratar)

Capital Fixo <input type="checkbox"/>		Capital Variável com base salarial <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 10.000 €	<input type="checkbox"/> 40.000 €	<input type="checkbox"/> 14 meses de salário mensal	
<input type="checkbox"/> 20.000 €	<input type="checkbox"/> 50.000 €	<input type="checkbox"/> 28 meses de salário mensal	
<input type="checkbox"/> 30.000 €	<input type="checkbox"/> Outro Valor _____		

**5 GARANTIAS SEGURAS**

Opções de Plano - Assinalar com "X" a opção escolhida	<input type="checkbox"/> Base	<input type="checkbox"/> Top
---	-------------------------------	------------------------------

Coberturas			
Morte	✓	✓	
Invalidez Absoluta e Definitiva	✓	-	
Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível (IDPAC) <sup>(1)</sup>	-	IDPAC 65% <input type="checkbox"/>	IDPAC 60% <input type="checkbox"/>
Doenças Graves Base	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Morte por Acidente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível por Acidente <sup>(2)</sup>	-	<input type="checkbox"/>	
Assistência a Pessoas	✓	✓	

(1) Subscrição da cobertura de Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível é obrigatória na opção Top, podendo o cliente escolher o grau da mesma.

(2) Grau de Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível por Acidente igual ao grau da Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível selecionado (IDPAC 65% ou 60%).

**6 ENTIDADE RESPONSÁVEL PELO PAGAMENTO DO PRÉMIO**Tomador do Seguro **7 PAGAMENTO DO PRÉMIO**Anual  Semestral  Trimestral  Mensal **8 MODALIDADE DE PAGAMENTO**Autorização de Débito Direto SEPA   
SEPA Direct Debit MandateReferência da autorização (ADD) a completar pelo Credor.  
Mandate reference – to be completed by the creditor.

Ao subscrever esta autorização, está a autorizar o CREDOR a enviar instruções ao seu BANCO para debitar a sua conta e, simultaneamente, a autorizar o seu BANCO a debitar a sua conta, de acordo com as instruções do CREDOR.

Os seus direitos incluem a possibilidade de exigir do seu BANCO o reembolso do montante debitado, nos termos e condições acordados com o seu BANCO. O reembolso deve ser solicitado até um prazo de oito semanas, a contar da data do débito na sua conta. Preencha por favor todos os campos assinalados com \*.

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

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

**Identificação do Devedor**  
Debtor identificationNome do(s) Devedor(es) /  
Name of the debtor(s)\*Nome de rua e número /  
Street name and number\*

Código Postal / Postal code\* - Cidade / City\*

País / Country\*

Número de conta - IBAN /  
Account number - IBAN\*BIC SWIFT /  
SWIFT BIC**Identificação do Credor**  
Creditor identificationNome do Credor /  
Creditor name GENERALI SEGUROS, S.A.Identificação do Credor /  
Creditor identifier PT19108811Nome de rua e número /  
Street name and number AV. DA LIBERDADE, 242

Código Postal / Postal code 1250 - 149 Cidade / City LISBOA

País / Country PORTUGAL

**Tipos de pagamento**  
Type of payments Pagamento recorrente / Recurrent payment **Local onde está a assinar**  
Location in which you are signing Localidade / Location Data / Date**Assinar aqui por favor:**  
Please sign here Assinatura(s) / Signature(s)\*

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

**9 CONSEQUÊNCIA DE FALTA DE PAGAMENTO DO PRÉMIO**

A proposta de seguro considera-se aprovada apenas mediante a emissão das Condições Particulares da Apólice e nos termos que aí se encontrem previstos. A produção de efeitos do contrato e respetivas coberturas, na data início indicada na primeira página, ficará ainda dependente do efetivo pagamento do prémio ou fração inicial por parte do Tomador do Seguro. Face ao acima disposto na eventualidade de o referido prémio ou fração não ser pago, ao Segurador, não ficará vinculada a qualquer obrigação contratual.

**10 DECLARAÇÕES**

O **Tomador do Seguro GARANTE** a exatidão e completude das declarações prestadas na presente Proposta sob pena de incorrer nas consequências previstas nos artigos 25º e 26º do Regime Jurídico do Contrato de Seguro (DL n.º72/2008 de 16 de abril). Nesta conformidade, caso se trate de uma inexatidão ou omissão dolosa, o contrato será anulado e os sinistros recusados. Em caso de inexatidão ou emissão negligente, o contrato será alterado e os sinistros garantidos na proporção da diferença entre o prémio pago e o prémio que seria devido se o facto inexato ou omitido fosse conhecido, sem prejuízo da possibilidade de o Segurador poder anular o contrato caso se prove que em caso algum o teria celebrado se tivesse conhecido o facto omitido ou inexato, salvo se entretanto ocorrer a incontestabilidade do contrato.

O **Tomador do Seguro DECLARA** terem-lhe sido prestadas todas as informações relevantes para subscrição do presente Contrato, nomeadamente as suas principais características e âmbito das garantias.

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

**DECLARA** ter tomado conhecimento de que o Segurador deve informar o Beneficiário da existência deste contrato e do seu direito ao Capital Seguro exceto nos casos em que a designação beneficiária seja confidencial ou nos casos em que não tenham sido facultados os elementos suficientes para dar cumprimento aos deveres de informação e comunicação previstos na lei.

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

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

Lido e Aprovado: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Assinaturas:

\_\_\_\_\_  
Assinatura Conforme BI/C.Cidadão  
do Tomador do Seguro

**11 INFORMAÇÕES DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO POR PARTE DO AGENTE**

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

Confirmo ainda ter validado o meio de pagamento utilizado pelo Tomador do Seguro, bem como a titularidade da conta bancária associada ao mesmo:

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

- Titularidade da Conta associada ao meio de pagamento:  Tomador

N.º de Agente:        \_\_\_\_\_

(Assinatura Agente)

**12 ANEXAR OS SEGUINTE DOCUMENTOS**

- Comprovativo de titularidade do IBAN indicado na Autorização de Débito Direto SEPA.
- Documento comprovativo da identidade do titular do Órgão de Gestão da Pessoa Coletiva, bem como do Titular da Participação no capital e dos direitos da Pessoa Coletiva, se valor for igual ou superior a 5%, caso exista.
- Anexar o Registo Central Beneficiários Efetivos (RCBE).

Responsável pela Identificação

Assinatura  
(obrigatória)

**NOTA INFORMATIVA****Vida Empresas Base e Top**

A presente Nota Informativa não substitui a leitura das **Condições Gerais e Especiais aplicáveis ao presente Contrato**, constituindo apenas um resumo das mesmas.

Para sua maior comodidade, o Segurador disponibiliza ainda, a todo o tempo, no seu sítio da internet em [tranquilidade.pt](http://tranquilidade.pt), as **Condições Gerais aplicáveis ao seu contrato para consulta ou impressão**.

**Contrato**

Seguro de Vida Grupo, anual renovável, durante o prazo estipulado nas Condições Particulares do Contrato, designado comercialmente **Vida Empresas, opção Base e Top** garante o pagamento do Capital Seguro contratado e indicado nas Condições Particulares no caso de se verificar uma das situações garantidas no Contrato no decorrer do prazo da Apólice.

Pode ser subscrito por um Tomador do Seguro coletivo para os seus trabalhadores/Pessoas Seguras. Nas Apólices de grupo será emitido um Certificado Individual por Segurado/Pessoa Segura, onde constam as garantias e condições contratadas.

**Quais são as garantias?**

A subscrição do presente contrato pressupõe a seleção de uma das opções disponíveis, com diferentes coberturas complementares associadas, conforme quadro.

Coberturas	Base	Top
Morte	✓	✓
Invalidez Absoluta e Definitiva	✓	-
Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível (IDPAC)	-	IDPAC 65 ou IDPAC 60
Doenças Graves Base	opcional	opcional
Morte por Acidente	opcional	opcional
Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível por Acidente	-	opcional
Assistência a Pessoas	✓	✓

**I) Cobertura Principal**

**Morte:** Garante o pagamento do capital seguro, indicado no Certificado Individual, ao(s) Beneficiário(s) designado(s) em caso de morte por doença ou acidente do Segurado/Pessoa Segura.

**II) Coberturas Complementares**

Para além da cobertura principal de Morte, poderão ainda ficar garantidas as seguintes coberturas complementares se subscritas:

a) **Invalidez Absoluta e Definitiva (IAD)** do Segurado/Pessoa Segura por doença ou acidente: Garante a antecipação do capital da Cobertura Principal de Morte, indicado no Certificado Individual.

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

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

Entende-se por ato elementar da vida corrente:

- Lavar-se, ou seja, efetuar os atos necessários à manutenção de um nível de higiene correto;
- Alimentar-se, ou seja, tomar as refeições preparadas e servidas à mesa;
- Vestir-se e despir-se, tomando em consideração o vestuário usado habitualmente;
- Deslocar-se no local de residência habitual.

b) **Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível (IDPAC 65% ou IDPAC 60%)** do Segurado/Pessoa Segura por doença ou acidente: Garante o pagamento do capital seguro desta cobertura, ao(s) Beneficiário(s) designado(s), indicado no Certificado Individual deste Contrato.

**Definição de Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível** - quando o Segurado/Pessoa Segura esteja totalmente incapaz de exercer a sua profissão ou atividade compatível e simultaneamente apresentar um grau de incapacidade de 65% ou 60%, conforme a opção subscrita pelo Tomador do Seguro e devidamente expressa no Certificado Individual, de acordo com a "Tabela Nacional de Incapacidade por Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais".

**Quais são as garantias? (Continuação)****c) Doenças Graves Base (DGB):**

Garante a antecipação do capital seguro por Morte, cessando o Contrato, em caso de surgir uma das seguintes doenças graves:

- a) Cancro invasivo da Mama;
- b) Cancro do Útero;
- c) Cancro Colorretal;
- d) Cancro do Pulmão;
- e) Cancro da Próstata;
- f) Enfarte do Miocárdio.

**Período de carência: Noventa (90) dias.**

**d) Morte por Acidente (MACID):** Garante o pagamento de um capital adicional igual ao capital seguro da Cobertura Principal de Morte, indicado no Certificado Individual, ao(s) Beneficiário(s) designado(s), numa situação de morte por acidente do Segurado/Pessoa Segura.**e) Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível por Acidente (IDPAC Acid. 65% ou IDPAC Acid. 60%)** do Segurado/Pessoa Segura: Garante a antecipação do capital da Cobertura Principal de Morte, indicado no Certificado Individual.

**Definição de Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível por Acidente** - quando o Segurado/Pessoa Segura esteja totalmente incapaz de exercer a sua profissão ou qualquer outra atividade lucrativa de acordo com os seus conhecimentos e aptidões de forma permanente, e além disso, apresentar um grau de incapacidade de 65% ou 60%, de acordo com a "Tabela Nacional de Incapacidade por Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais" oficialmente em vigor no momento do reconhecimento da invalidez.

**f) Assistência a Pessoas (ASPS2):**

Garante em caso de acidente corporal ou doença dos Segurados/Pessoas Seguras a prestação dos seguintes serviços:

**• Assistência Médica em Portugal**

- Aconselhamento médico;
- Envio de médico ao domicílio;
- Envio de medicamentos ao domicílio;
- Informações sobre farmácias de serviço;
- Envio de um profissional de enfermagem ao domicílio;
- Envio de ambulância;
- Ajuda domiciliária;
- Procura e envio de um profissional de serviços doméstico ao domicílio;
- Marcação de consultas e meios complementares de diagnóstico;
- Check-up;
- Aluguer de material ortopédico;
- Acolhimento e acompanhamento de crianças;
- Baby-sitting;
- Recolha e entrega de roupa para lavar e engomar;
- Transmissão de mensagens.

**• Assistência Médica em Portugal em caso de Internamento Hospitalar**

- Transporte do Segurado/Pessoa Segura;
- Acompanhamento do Segurado/Pessoa Segura pelo Médico Assistente;
- Acompanhamento do Segurado/Pessoa Segura por um familiar ou outro acompanhante;
- Falecimento do Segurado/Pessoa Segura internado;
- Alta (Check-out);
- Alta sob vigilância médica.

**• Assistência em Viagem no Estrangeiro**

Assistência válida para deslocações por período não superior a sessenta (60) dias:

- Despesas médicas, cirúrgicas, farmacêuticas e de hospitalização no estrangeiro;
- Transporte ou repatriamento sanitário em consequência de acidente ou doença súbita no estrangeiro;
- Acompanhamento durante o transporte ou repatriamento sanitário;
- Acompanhamento do Segurado/Pessoa Segura hospitalizado;
- Bilhete de ida e volta para um familiar e respetiva estadia;
- Prolongamento de estadia em hotel;
- Transporte ou repatriamento após morte do Segurado/Pessoa Segura;
- Assistência ao roubo de bagagens no estrangeiro;
- Adiantamento de fundos no estrangeiro;
- Cancelamento e interrupção de viagem;
- Atraso na receção de bagagens;
- Atraso no voo;
- Perda de ligações aéreas;
- Transmissão de mensagens.

**• Assistência a animais domésticos**

- Envio de veterinário ao domicílio incluindo vacinação;
- Envio de transporte urgente para animais;
- Aconselhamento médico telefónico;
- Envio de medicamentos ao domicílio;
- Banhos e tosquiadas;
- Guarda de animais domésticos (cães e gatos);
- Marcação e aviso de consultas;
- Serviço informativo.

**Quais são as garantias? (Continuação)**

- **Assistência no Lar**
  - Serviços técnicos;
  - Serviços de conforto;
  - Serviço informativo 24 horas por dia e 365 dias por ano;
  - Aconselhamento em caso de roubo.

**Quais são as condições para subscrever?**

Coberturas	Idade		
	Subscrição		Permanência
	Mínima	Máxima	Máxima
Morte	18	68	69
Invalidez Absoluta e Definitiva (IAD)	18	68	69
Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível (IDPAC 65% ou IDPAC 60%)	18	68	69
Doenças Graves Base (DGB)	18	66	67
Morte por Acidente (MACID)	18	68	69
Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível por Acidente (IDPAC Acid. 65% ou IDPAC Acid. 60%)	18	68	69
Assistência a Pessoas (ASPS2)	18	68	69

**Prazo**

Anual renovável até à idade limite de permanência.

**Capital Seguro**

O capital seguro garantido ao abrigo do presente Contrato é indicado pelo Tomador do Seguro e poderá corresponder a uma quantia fixa ou capital variável com base salarial mensal.

Capital Seguro fixo – 5 opções	Capital Seguro variável com base salarial – 2 opções <sup>(1)</sup>
- 10.000 €    - 40.000 €	- 14 meses de salário mensal
- 20.000 €    - 50.000 €	- 28 meses de salário mensal
- 30.000 €	

(1) O capital máximo garantido para qualquer Segurado/Pessoa Segura não poderá ultrapassar o quádruplo do capital médio seguro para o grupo.

**Cálculo do Prémio**

- Na cobertura principal de Morte e complementares de Invalidez Absoluta e Definitiva, Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível e Doenças Graves Base, os prémios serão calculados de acordo com o capital seguro, a idade atuarial dos Segurados/Pessoas Seguras e o código de atividade económica (CAE) da empresa;
- Nas Coberturas Complementares de Morte por Acidente e Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível por Acidente, o prémio é calculado de acordo com o capital seguro;
- Na Cobertura Complementar de Assistência a Pessoas, o prémio é fixo e oferecido pelo Segurador ao Tomador do Seguro.

Aos prémios acrescem os encargos legais.

Anualmente, na data de renovação da Apólice, os prémios serão ajustados de acordo com os fatores já referidos.

**Pagamento do Prémio**

O prémio é pago antecipadamente pelo Tomador do Seguro por débito em conta.

**Obrigações do Tomador do Seguro**

O Tomador do Seguro deve informar aos Segurados/Pessoas Seguras o seguinte:

- Coberturas contratadas e as suas exclusões;
- Obrigações e os direitos em caso de sinistro;
- Alterações ao Contrato, incluindo a cessação;
- Regime de designação e alteração de Beneficiários.

O Tomador do Seguro responde por eventuais danos causados aos Segurados/Pessoas Seguras decorrentes de incumprimento do dever de informar.

**Quais são as Exclusões?****Exclusões comuns a todas as coberturas**

- a) Ato doloso de que o Tomador do Seguro, Segurado/Pessoa Segura ou Beneficiário sejam autores materiais ou morais ou de que tenham sido cúmplices e que se traduzam na ativação das coberturas contratadas;
- b) Suicídio do Segurado/Pessoa Segura sempre que este se verifique no decorrer do primeiro ano de adesão à Apólice ou no primeiro ano imediatamente a seguir à data de qualquer aumento do capital seguro ou subscrição de novas garantias;
- c) Participação, como passageiro ou condutor, em corridas de velocidade, para veículos de qualquer natureza, providos ou não de motor e respetivos treinos;
- d) Riscos de aerostação ou de aviação, salvo quando o Segurado/Pessoa Segura for passageiro de avião de carreira comercial de transporte de passageiros, devidamente autorizada pela Comissão Europeia;
- e) Riscos políticos e riscos de guerra, insurreição, motins, rixas, terrorismo ou sabotagem;
- f) Prática de desportos a nível profissional ou integrado em campeonatos oficiais e respetivos treinos;
- g) Prática dos seguintes desportos:
  - Alpinismo, escalada e espeleologia;
  - Desportos aéreos, incluindo paraquedismo, voo livre, voo sem motor, parapente, asa-delta, ultra ligeiro, sky diving, sky surfing, base jumping e saltos ou saltos invertidos com mecanismo de suspensão corporal (bungee jumping);
  - Descida em rappel ou slide, descida de correntes originadas por desníveis nos cursos de água;
  - Prática de caça de animais ferozes, tauromaquia, caça submarina e mergulho;
  - Prática de boxe, artes marciais ou qualquer modalidade de luta livre.
- h) Ocorrência de riscos nucleares;
- i) Consumo reiterado de álcool, drogas tóxicas, estupefacientes ou substâncias psicotrópicas não prescritas clinicamente;
- j) Uso de drogas tóxicas, estupefacientes ou substâncias psicotrópicas não prescritas clinicamente;
- k) Em caso de acidente, o Segurado/Pessoa Segura seja responsável pelo mesmo e tenha acusado uma taxa de alcoolemia superior a 0,50 g/l;
- l) Situações pré-existentes à celebração do presente Contrato de seguro - incluindo doença ou sequela de acidente, que tenham sido alvo de investigação clínica e/ou tratamento e que sejam ou que devessem ser do conhecimento do Segurado/Pessoa Segura à data do preenchimento da proposta, bem como as consequências de qualquer lesão provocada por tratamento não relacionado com doença ou acidente coberto por este contrato, salvo o caso em que tenha havido comunicação formal ao Segurador e aceitação deste, mediante as condições que, para o efeito tenham sido estabelecidas.

**Exclusões das Coberturas Complementares**

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

- **Invalidez Absoluta e Definitiva (IAD) e Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível (IDPAC 65% ou 60%) e Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível por acidente (IDPAC Acid. 65% e IDPAC Acid. 60%) resultantes:**
  - a) Direta ou indiretamente, de ato do Segurado/Pessoa Segura ou praticado com a sua cumplicidade, bem como a tentativa de suicídio deste;
  - b) De acidente em que o Segurado/Pessoa Segura tenha acusado uma taxa de alcoolemia superior a 0,50 g/l ou tenha ingerido drogas tóxicas, estupefacientes ou substâncias psicotrópicas não prescritas clinicamente.
- **Doenças Graves Base**
  - a) Todos os tipos de cancro não invasivo da mama;
  - b) Todos os cancros da mama micro invasivos;
  - c) Todos os tumores benignos da mama;
  - d) Qualquer displasia, hiperplasia atípica ou necrose gorda;
  - e) Carcinomas invasivos da mama ligados a síndromes hereditários;
  - f) Todos os cancros que sejam histologicamente classificados como pré-malignos e não invasivos ou cancros "in situ";
  - g) As lesões causadas por endometriose;
  - h) Miomas uterinos;
  - i) Pólipos colorrectais malignos minimamente invasivos, tratáveis unicamente por procedimentos endoscópicos;
  - j) Os tumores do tecido gastrointestinal do cólon, reto ou apêndice com baixo potencial maligno;
  - k) Os tumores carcinóides;
  - l) O cancro colorretal ligado a síndromes hereditárias;
  - m) Qualquer outro cancro do pulmão não classificado como cancro não microcítico do pulmão ou cancro do pulmão de células pequenas;
  - n) O mesotelioma;
  - o) Metástases pulmonares de tumores primitivos, de outras partes do corpo;
  - p) Qualquer cancro da próstata exceto se a classificação histológica apresentar um grau de Gleason maior do que 6;
  - q) Neoplasia intra-epitelial prostática de baixo grau ou alto grau;
  - r) Enfarte do miocárdio silencioso;
  - s) Outras síndromes coronárias agudas;
  - t) Enfarte do miocárdio sem elevação do segmento ST.
- **Morte por Acidente**
  - a) Resultem de doença;
  - b) Resultem de acidentes e respetivas consequências provocados intencionalmente pelo Segurado/Pessoa Segura ou com a sua cumplicidade, bem como o suicídio deste;
  - c) Estejam relacionadas com a prática de ações ou omissões do Segurado/Pessoa Segura em que este tenha acusado uma taxa de alcoolemia superior a 0,50 g/l ou tenha ingerido drogas tóxicas, estupefacientes ou substâncias psicotrópicas não prescritas clinicamente.
- **Assistência a Pessoas**
  - a) Prestações que não tenham sido solicitadas ao Serviço de Assistência ou que não tenham sido efetuadas com o seu acordo, salvo nos casos de força maior ou impossibilidade demonstrada;
  - b) Ficam sempre excluídas do âmbito da cobertura de Assistência em Viagem ao estrangeiro:
    - Lesões ou tratamentos de doenças já existentes antes do início da viagem;
    - Doença mental ou qualquer doença do foro psiquiátrico;

**Quais são as Exclusões? (continuação)**

- Acidentes resultantes de uma doença ou estado patológico existente antes do início da viagem bem como lesões resultantes de intervenções cirúrgicas ou outros atos médicos não motivados por acidente garantido pelo contrato;
- Suicídio ou a tentativa de suicídio do Segurado/Pessoa Segura e suas consequências, bem como outros atos intencionais praticados pelo Segurado/Pessoa Segura sobre si próprio;
- Atos intencionais, ou seja dolosos, criminosos ou contrários à ordem pública de que o Tomador do Seguro ou o Segurado/Pessoa Segura sejam autores materiais ou morais ou de que sejam cúmplices;
- Ações ou omissões do Segurado/Pessoa Segura influenciada pelo uso de estupefacientes sem prescrição médica, ou bebidas alcoólicas de que resulte grau de alcoolémia igual ou superior àquele que, em caso de condução sob o efeito do álcool, determine que a prática seja de contraordenação de crime;
- Despesas com próteses, óculos e lentes de contacto, bem como, despesas de odontologia;
- Acidentes resultantes da prática desportiva profissional ou amadora federada e respetivos treinos bem como da prática de desportos "especiais" tais como, alpinismo, boxe, karaté e outras artes marciais, tauromaquia, para-quedismo, parapente, asa delta, todos os desportos designados de radicais, espeleologia, pesca e caça submarinas, desportos de Inverno, quaisquer desportos que envolvam veículos motorizados (de 2 rodas ou outros), motonáutica e outros desportos análogos na sua perigosidade;
- Acidentes resultantes da utilização pelo Segurado/Pessoa Segura de veículos motorizados de duas rodas ou moto quatro; Partos e complicações devidas ao estado de gravidez, salvo se imprevisíveis e ocorridos durante os primeiros seis meses;
- Urna e gastos com o enterro ou cerimónia fúnebre;
- Acidentes resultantes de cataclismos da natureza, tais como ventos ciclónicos, terremotos, maremotos, outros fenómenos análogos nos seus efeitos e ainda ação de raio;
- Assaltos, greves, distúrbios laborais, tumultos e quaisquer outras alterações da ordem pública, rebelião, atos de terrorismo e sabotagem ou insurreição;
- Revolução, guerra civil, invasão e guerra declarada ou não contra país estrangeiro, hostilidades entre nações estrangeiras, quer haja ou não declaração de guerra, e atos bélicos provenientes direta ou indiretamente dessas hostilidades;
- Acidentes resultantes da utilização pelo Segurado/Pessoa Segura de aeronaves ou embarcações não pertencentes a linhas ou carreiras comerciais;
- Acidentes resultantes de explosão ou quaisquer outros fenómenos direta ou indiretamente relacionados com a desintegração ou fusão de núcleos de átomos, bem como os efeitos da contaminação radioativa;
- Tratamento em termas ou praias e, em geral, curas de mudança de ares ou de repouso bem como tratamentos estéticos;
- Despesas de medicina preventiva, vacinas ou similares incluindo honorários médicos;
- Despesas de reabilitação e fisioterapia efetuadas sem o acordo da equipa médica do Serviço de Assistência;
- As despesas médicas relativas a tratamentos iniciados no país de residência ou de nacionalidade;
- Despesas médicas, cirúrgicas e de hospitalização em Portugal por doença, independentemente do local ou origem das mesmas, incluindo as efetuadas no decurso da viagem.

**Obrigações do Segurado/Pessoa Segura e/ou Beneficiário em caso de sinistro.**

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

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

**Liquidação das importâncias Seguras pelo Segurador**

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

**Quando cessa o Contrato?**

- Por falta de pagamento do prémio no prazo de trinta (30) dias posteriores ao seu vencimento;
- Por anulação ou resolução do contrato;
- No final do prazo contratado, no máximo até à idade limite de permanência.

### Quando cessa a validade do Certificado Individual de cada Segurado/Pessoa Segura?

Por resolução da Apólice de grupo;

- No termo da anuidade em que o Segurado/Pessoa Segura completa a idade limite de permanência na cobertura de Morte;
  - Em caso de pagamento do capital seguro por morte, invalidez ou doença grave;
  - Na data em que deixar de existir vínculo que liga o Segurado/Pessoa Segura ao Tomador do Seguro e o define como elemento do grupo.
- A cessação das coberturas complementares verifica-se ainda nas seguintes condições:

- Por cessação da cobertura principal;
- No termo da anuidade em que o Segurado/Pessoa Segura completa a idade máxima de permanência na cobertura;
- Se o Segurado/Pessoa Segura for mobilizado para fazer parte em operações de guerra, policiamento ou repressões de atos de terrorismo;
- Por tentativa de suicídio do Segurado/Pessoa Segura

### Como exercer o direito de Livre Resolução?

- Com as ressalvas contratualmente previstas, o presente Contrato poderá ser denunciado pelo Tomador do Seguro, na respetiva data de renovação, mediante prévia comunicação dirigida ao Segurador com uma antecedência mínima de trinta (30) dias.
- O Segurador poderá igualmente resolver o Contrato nos casos previstos na Lei, nomeadamente, em consequência de:
  - a) Falta de pagamento do prémio;
  - b) Burla ou tentativa de burla do Tomador do Seguro e/ou do Segurado/Pessoa Segura, ou ainda do Beneficiário com cumplicidade destes;
  - c) Incumprimento das obrigações contratuais a cargo do Tomador do Seguro e/ou do Segurado/Pessoa Segura essenciais à manutenção do Contrato nos termos em que ele foi aceite.
- Ocorrendo a denúncia ou resolução do Contrato nos termos acima referidos, o Segurador dará conhecimento da mesma ao Beneficiário, quando o benefício seja considerado irrevogável;
- Em caso de denúncia ou resolução do Contrato, os Certificados Individuais na posse do Segurado/Pessoa Segura não constituem prova contratual junto do Segurador;
- Se, na data de resolução da Apólice, o número de Segurados/Pessoas Seguras for reduzido para valores inferiores a três (3), o Contrato poderá ser resolvido podendo as respetivas coberturas passar a ser garantidas por modalidade equivalente em seguros individuais, prevalecendo as condições contratuais e tarifárias da apólice individual.

### Participação nos resultados

O presente Contrato não confere participação nos resultados ao Tomador do Seguro ou Segurado/Pessoa Segura.

### Qual o enquadramento fiscal do contrato?

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

### A quem solicitar um pedido de esclarecimento?

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

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

Em caso de divergência com o Segurador, o Tomador do Seguro e/ou Segurado/Pessoa Segura poderão também apresentar reclamações através do respetivo sítio na internet em [www.tranquilidade.pt](http://www.tranquilidade.pt), no livro de reclamações, recorrer ao Provedor do Cliente nos termos regulamentarmente definidos, bem como solicitar a intervenção da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões (ASF), sem prejuízo ainda da possibilidade do recurso à arbitragem ou aos tribunais, de acordo com as disposições legais em vigor.

Para mais informações sobre o processo de gestão de reclamações em vigor no Segurador, nomeadamente, ponto de receção das reclamações, conteúdo mínimo, prazos de resposta e identificação do Provedor do Cliente designado, o Tomador do Seguro e/ou Segurado/Pessoa Segura deverá consultar a "Política de Tratamento de Cliente" disponibilizada no respetivo sítio na internet em [www.tranquilidade.pt](http://www.tranquilidade.pt).

### Qual a Lei aplicável ao contrato?

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

Ao presente contrato aplica-se o regime fiscal em vigor de acordo com as regras ali estabelecidas.

### Autoridade de supervisão

Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões ([www.asf.com.pt](http://www.asf.com.pt)).

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