

Novo

 Alteração

 Apólice

 Agente/Mediador

 Data de início

 Gestor de Rede
 Singular Empresa Venda Cruzada Enquadramento Comercial

1 TOMADOR DO SEGURO

 Nome

 Morada

 Cód. Postal - País Morada

 País Naturalidade Nacionalidade Dupla Nacionalidade: Sim Não

 Se Sim, qual(ais):

 B. Identidade/C.Cidadão Sexo: M F Data Nasc. - -

 Tel. Contrib. N.º Profissão

 Ent. Patronal Contrib. N.º (Ent. Patronal)

 CAE Descrição

 N.º 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 Soc. Unipessoal Soc. por Quotas Soc. Anónima Outra

 Email

Nota: No caso em que o prémio anual seja superior a 15.000 €, é necessário preencher a declaração de proveniência e justificação de fundos.

ALTOS CARGOS PÚBLICOS (PEP)

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

 Em caso afirmativo, identifique o cargo:

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

 Em caso afirmativo, identifique o cargo do familiar em causa:

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

 Em caso afirmativo, identifique a relação existente:

* Perguntas de resposta obrigatória nos casos em que o prémio anual seja superior a 15.000,00 €

2 SEGURADO/PESSOA SEGURA (PS1) (Preencher se for diferente do Tomador do Seguro)

 Nome

 Morada

 Cód. Postal - Tel.

 Sexo: M F Data Nasc. - - Nacionalidade Contrib. N.º

 B. Identidade/C.Cidadão Profissão

 Ent. Patronal Contrib. N.º (Ent. Patronal)

 Email
3 SEGUNDO SEGURADO/PESSOA SEGURA (PS2) (Preencher se existirem dois Segurados/Pessoas Seguras)

 Nome

 Morada

 Cód. Postal - Tel.

 Sexo: M F Data Nasc. - - Nacionalidade Contrib. N.º

 B. Identidade/C.Cidadão Profissão

 Ent. Patronal Contrib. N.º (Ent. Patronal)

 Email

7 MODALIDADE DE PAGAMENTO**Autorização de Débito Direto SEPA**
*SEPA Direct Debit Mandate*Referência da autorização (ADD) a completar pelo Credor.
Mandate reference – to be completed by the creditor.

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

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

*By signing this mandate form, you authorise the CREDITOR to send instructions to your BANK to debit your account and authorise your BANK as well to debit your account in accordance with the instructions from CREDITOR.**As part of your rights, you are entitled to a refund from your BANK under the terms and conditions of your agreement with your BANK. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited. Please complete all the fields marked *.***Identificação do Devedor**
*Debtor identification*Nome do(s) Devedor(es) /
*Name of the debtor(s)** Nome de rua e número /
*Street name and number** Código Postal / *Postal code** - Cidade / *City** País / *Country** Número de conta - IBAN /
*Account number - IBAN** BIC SWIFT /
SWIFT BIC **Identificação do Credor**
*Creditor identification*Nome 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, 242Código Postal / *Postal code* 1250 - 149 Cidade / *City* LISBOAPaís / *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.

8
QUESTIONÁRIO

PS1	PS2	Especialidade	Descritivo	PS1	PS2	Especialidade	Descritivo	PS1	PS2	Especialidade	Descritivo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Acupuntura Médica	SC000030	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gastroenterologia com cirurgia	SE000110	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurologia	SE000410
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ajudante de Farmácia	ST000270	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gastroenterologia Pediátrica	SE000780	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neuropediatria	SSE00030
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anatomia Patológica	SE000520	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gastroenterologia sem cirurgia	SE000310	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurorradiologia	SE000640
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anestesiologia	SE000030	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Genética Médica	SE000320	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nutricionista	ST000080
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Angiologia e Cirurgia Vascular	SE000050	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Geriatrics	SC000080	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Odontologia (com CE Técnico de Saúde)	SE000590
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Assistente Operacional	ST000020	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gestão dos Serviços de Saúde	SC000090	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oftalmologia com cirurgia	SE000160
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Auxiliar de Enfermeiro	ST000380	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ginecologia Oncológica	SE000790	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oftalmologia sem cirurgia	SE000420
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avaliação do Dano Corporal	SC000050	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ginecologia/Obstetria	SE000040	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oncologia Médica	SE000430
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bacteriologia	ST000490	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hematologia Clínica	SE000330	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oncologia Pediátrica	SE000820
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Biologia Clínica	SE000670	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatologia	SSE000050	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ortopedia	SE000170
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bioquímica Clínica	SE000740	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hidrologia Médica	SC000040	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otorrinolaringologia com cirurgia	SE000180
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cardiologia com Hemodinâmica	SE000231	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Higienista Oral	ST000070	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otorrinolaringologia sem cirurgia	SE000440
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cardiologia de Intervenção	SE000760	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Imunoalergologia	SE000340	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Parteira	ST000110
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cardiologia Pediátrica	SE000240	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Imunohemoterapia	SE000350	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Patologia Clínica	SE000600
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cardiologia sem Hemodinâmica	SE000230	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inspeção Médica	SF000010	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Patologia Experimental	SC000100
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cirurgia Cardiorrástica	SE000060	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Internato Complementar	SI000010	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pediatria	SE000660
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cirurgia Geral	SE000070	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Internato Geral	SI000020	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Planeamento Familiar Médico	SE000190
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cirurgia Maxilo-Facial	SE000010	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Internato Médico	SI000030	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pneumologia	SE000460
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cirurgia Pediátrica	SE000080	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medicina da Dor	SC000060	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Protésico Dental	ST000330
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cirurgia Plástica e Reconstructiva e Estética	SE000020	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medicina da Reprodução	SE000810	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psiquiatria	SE000470
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Codificação Clínica	SC000130	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medicina Dentária	SE000540	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psiquiatria da Infância e da Adolescência	SE000480
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cuidados Intensivos Pediátricos (UCI)	SE000830	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medicina Dentária - Ortodontia	SSE00100	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Radiodiagnóstico	SE000490
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dermato-Venereologia com cirurgia	SE000090	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medicina Dentária - Cirurgia Oral	SE000840	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Radiologia	SE000680
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dermato-Venereologia sem cirurgia	SE000250	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medicina Dentária - Odontopediatria	SSE00090	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Radiologia	SE000200
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dermatopatologia	SE000770	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medicina Dentária - Periodontologia	SE000850	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Radioterapia	SE000210
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dietista	ST000030	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medicina Desportiva com cirurgia	SE000120	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reumatologia	SE000500
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doenças Infecciosas	SE000260	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medicina Desportiva sem cirurgia	SE000360	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Saúde Pública	SE000610
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E.E.G./Neurofisiologia	SSE000010	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medicina do Sono	SC000110	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sexologia Clínica	SE000870
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ecografias (Medicina Geral)	SE000800	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medicina do Trabalho	SE000530	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Técnico Auxiliar de Fisioterapia	ST000360
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eletrofisiologia Cardíaca	SSE000040	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medicina Estética (com CE específica)	SET00010	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Técnico de Análises Clínicas	ST000130
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Emergência Médica - Competência	SE000270	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medicina Farmacêutica	SC000020	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Técnico de Anatomia Patológica, Citológica e Tanatológica	ST000140
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Endocrinologia e Nutrição	SE000280	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medicina Física e de Reabilitação	SE000370	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Técnico de Audiologia	ST000150
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermeiro	ST000040	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medicina Geral e Familiar	SE000550	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Técnico de Cardiologia	ST000160
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermeiro Comunitário	ST000390	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medicina Hiperbárica e Subaquática	SC000070	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Técnico de Cardiopneumologia	ST000170
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermeiro Cuidados Intensivos (UCI)	ST000440	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medicina Intensiva (UCI)	SSE000020	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Técnico de Farmácia	ST000340
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermeiro de Reabilitação	ST000400	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medicina Interna	SE000380	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Técnico de Medicina Nuclear	ST000180
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermeiro de Saúde Infantil e Pediátrica	ST000410	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medicina Legal	SE000560	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Técnico de Neurofisiologia	ST000190
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermeiro de Saúde Materna e Obstétrica	ST000420	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medicina Materno-Fetal	SSE000060	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Técnico de Podologia	ST000120
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermeiro de Saúde Mental e Psiquiátrica	ST000430	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medicina Nuclear	SE000130	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Técnico de Radiologia	ST000200
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermeiro Médico-Cirúrgico (bloco operatório)	ST000451	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medicina Paliativa	SC000120	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Técnico de Radioterapia	ST000210
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermeiro Médico-Cirúrgico (sem bloco operatório)	ST000450	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medicina Tropical	SE000390	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Técnico de Saúde	ST000220
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermeiros de Emergência	ST000470	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medicina Veterinária	ST000600	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Técnico de Saúde Ambiental	ST000230
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estomatologia com cirurgia	SE000100	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Médico não especialista pela Ordem dos Médicos	SE000575	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Técnico Ortopista	ST000090
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estomatologia sem cirurgia	SE000290	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Médicos não especialista (aguarda conclusão internato)	SE000585	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Técnico Psicologia Clínica	ST000350
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Farmacêutico	ST000300	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nefrologia	SE000400	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Terapeuta Ocupacional	ST000260
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Farmacologia Clínica	SE000300	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nefrologia Pediátrica	SSE000070	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Terapia da Fala	ST000250
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Física Médica	SE000700	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neonatologia	SSE000080	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Urologia com cirurgia	SE000220
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fisioterapeuta	ST000060	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurocirurgia	SE000140	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Urologia sem cirurgia	SE000510

9
BENEFICIÁRIOS

Morte: Herdeiros Legais do Segurado/Pessoa Segura Outros*

Invalidez ou Doença: Segurado(s)/Pessoa(s) Segura(s) em partes iguais Outros*

* Preencher a Minuta de Beneficiários.

10
CONSEQUÊNCIA DA FALTA DE PAGAMENTO DO PRÉMIO

Acordados entre as partes os termos e condições em que o contrato vigorará, a produção de efeitos do mesmo e respetivas coberturas ficará sempre dependente do efetivo pagamento do prémio ou fração inicial por parte do Tomador do Seguro.

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

11 DECLARAÇÕES DIVERSAS
DECLARAÇÃO PARA INCAPACIDADE TEMPORÁRIA ABSOLUTA

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

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

Primeiro Segurado/Pessoa Segura Sim Não Segundo Segurado/Pessoa Segura Sim Não

DESLOCAÇÕES

Tem previsto viajar ou residir fora de Portugal por um período superior a 30 (trinta) dias?

Em caso afirmativo, tal facto deve ser comunicado ao Segurador, quando o local de destino não se enquadrar numa das seguintes áreas geográfica: Europa, Canadá, Estados Unidos de América, Japão e Oceânia, sob pena da mesma não ficar coberta.

Primeiro Segurado/Pessoa Segura Sim Não Segundo Segurado/Pessoa Segura Sim Não

Se Sim, onde? _____ Se Sim, onde? _____

Lido e Aprovado: ____ / ____ / ____

Assinatura do 1.º Segurado/Pessoa Segura de
acordo com o BI/C.Cidadão

Assinatura do 2.º Segurado/Pessoa
Segura de acordo com o BI/C.Cidadão

12 DECLARAÇÕES

O Tomador do Seguro e o(s) Segurado(s)/Pessoa(s) Segura(s) GARANTE(M) a exatidão e completude das declarações prestadas na presente Proposta e Questionário Clínico, quando houver lugar ao preenchimento do mesmo, sob pena de incorrer nas consequências previstas nos artigos 25º e 26º do Regime Jurídico do Contrato de Seguro (DL n.º 72/2008, de 16 de abril). Nesta conformidade, caso se trate de uma inexatidão ou omissão dolosa, o contrato será anulado e os sinistros recusados. Em caso de inexatidão ou omissão negligente, o contrato será alterado e os sinistros garantidos na proporção da diferença entre o prémio pago e o prémio que seria devido se o facto inexato ou omitido fosse conhecido, sem prejuízo da possibilidade de o Segurador poder anular o contrato caso se prove que em caso algum o teria celebrado se tivesse conhecido o facto omitido ou inexato, salvo se entretanto ocorrer a incontestabilidade do contrato.

O Tomador do Seguro e o(s) Segurado(s)/Pessoa(s) Segura(s) DECLARA(M) terem-lhe sido prestadas todas as informações relevantes para a subscrição do presente Contrato, nomeadamente as suas principais características e âmbito das garantias.

DECLARA(M) terem-lhe sido prestadas todas as informações relevantes para a subscrição do presente Contrato, nomeadamente as suas principais características, âmbito das garantias e exclusões e demais esclarecimentos exigíveis nos termos previstos no artigo 18º e 185º do DL n.º 72/2008, de 16 de abril, bem como ter recebido a "Nota Informativa" (Páginas 7 a 12 da Presente Proposta) com um resumo das Condições Gerais e Especiais aplicáveis ao contrato.

DECLARA(M) ainda terem-lhe sido explicadas e colocadas à disposição, no ato da celebração do contrato, as Condições Gerais aplicáveis à Apólice de Seguro, que, para sua maior comodidade, se encontram disponíveis, a todo o tempo, para consulta ou impressão em tranquilidade.pt.

DECLARA(M) ter tomado conhecimento de que o Segurador irá informar o Beneficiário designado de forma irrevogável (no caso de ter sido nomeado pelo Tomador do Seguro) da existência deste contrato e do seu direito ao Capital Seguro exceto nos casos em que a designação beneficiária seja confidencial ou nos casos em que não tenham sido facultados os elementos suficientes para dar cumprimento aos deveres de informação e comunicação previstos na lei.

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

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

Declaração autónoma de cedência de autorização de recolha de elementos clínicos

O titular consente expressamente que o Segurador, a AdvanceCare - Gestão de Serviços de Saúde, S.A., ou outros subcontratantes procedam ao tratamento de dados de saúde complementares, em regime de absoluta confidencialidade, recolhidos junto de organismos públicos e empresas especializadas, e autoriza que estas prestem ao médico designado pelo Segurador, as informações e documentos que lhes sejam por estes solicitados no âmbito da autorização agora conferida, mesmo depois de constatado o óbito, tendo em vista a confirmação ou o complemento dos elementos recolhidos necessários à gestão da relação contratual. O titular consente igualmente, de forma expressa, que o Segurador faculte cópia de documento de identificação, quando solicitado.

Lido e Aprovado: ____ / ____ / ____

(Assinaturas conforme BI/Cartão de Cidadão)

(Tomador do Seguro)

(1º Segurado/Pessoa Segura)

(2º Segurado/Pessoa Segura)

13 DADOS PARA MARCAÇÃO DE EXAMES MÉDICOS (QUANDO SOLICITADO PELO SEGURADOR)

Contacto Tel.: (dias úteis entre as 9h00 e as 18h00)

Data pretendida: - -

14 INFORMAÇÕES DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO POR PARTE DO AGENTE

(Apenas quando o contrato for intermediado por um Agente de Seguros com poderes de cobrança e o prémio a pagar for superior a 15.000,00 €)

Confirmando ter validado os dados indicados na presente Proposta pelo Tomador do Seguro e pelo Segurado/Pessoa Segura, mediante a exibição/cópia dos respetivos documentos comprovativos, conforme instruções recebidas pelo Segurador.

Nos casos em que o prémio a pagar seja superior a 15.000,00 €, confirmo ainda ter validado o meio de pagamento utilizado pelo Tomador do Seguro, bem como a titularidade da conta bancária associada ao mesmo:

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

- Titular da Conta associada ao meio de pagamento: ao Tomador do Seguro ao Segurado/Pessoa Segura ao Segundo Segurado/Pessoa Segura

N.º de Agente:

(Assinatura Agente)

15 ANEXAR OS SEGUINTE DOCUMENTOS

- Comprovativo de titularidade do IBAN indicado na Autorização de Débito Direto SEPA.
- Cópia do bilhete de identidade, ou outro documento equivalente no qual conste a filiação.
- Cópia da carta de condução ou outro documento em que conste a morada completa (por exemplo recibo de Água, Gás ou Eletricidade).
- Cópia da cédula ou cartão profissional ou recibo de remuneração (artigo 3.1.1 da Norma Regulamentar n.º 10/2005-R da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões (ASF)).
- Quando o Tomador for uma Pessoa Coletiva, o documento comprovativo da identidade do titular do Órgão de Gestão da Pessoa Coletiva, bem como do Titular da Participação no capital e dos direitos da Pessoa Coletiva, se valor for igual ou superior a 25%, caso exista.

Responsável pela Identificação

Assinatura
(obrigatória)

NOTA INFORMATIVA**Vida Mais - Profissionais de Saúde**

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, as Condições Gerais aplicáveis ao seu contrato para consulta ou impressão.

O Contrato

O Seguro de Vida individual, anual renovável, durante o prazo estipulado nas Condições Particulares do Contrato, designado comercialmente por **Vida Mais – Profissionais de Saúde**, garante o pagamento do capital seguro contratado e indicado nas Condições Particulares, ao(s) Beneficiário(s) designado(s), no caso de se verificar uma das situações garantidas no Contrato no decorrer do prazo da Apólice.

Quais são as garantias?**I) Cobertura Principal**

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

II) Coberturas Complementares

Para além da Cobertura Principal de Morte, poderão ainda ficar garantidas as seguintes Coberturas Complementares se subscritas:

a) Morte por Acidente: Garante o pagamento de um capital adicional em caso de morte por acidente no máximo até ao capital da Cobertura Principal de Morte.

b) Invalidez Absoluta e Definitiva (IAD) do Segurado/Pessoa Segura por doença ou acidente: Garante a antecipação do capital da Cobertura Principal de Morte, indicado nas Condições Particulares deste Contrato.

Definição de Invalidez Absoluta e Definitiva – quando o Segurado/Pessoa Segura, em consequência de doença ou acidente, apresente cumulativamente 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 Acidente 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.

c) Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível (IDPAC 65%) por doença ou acidente: Garante a antecipação do capital desta cobertura definido nas Condições Particulares deste Seguro.

Definição de Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível: Segurado/Pessoa Segura totalmente incapaz de exercer a sua profissão e simultaneamente apresentar um grau de incapacidade de 65%, de acordo com a Tabela Nacional de Incapacidade por Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais.

d) Incapacidade Temporária Absoluta (ITA): Garante o pagamento de uma indemnização sob a forma de prestação mensal, durante o período de incapacidade absoluta do Segurado/Pessoa Segura por doença ou acidente, até ao limite máximo de doze (12) meses ou vinte e quatro meses (24), de acordo com a opção contratada. A prestação mensal contratada corresponde ao valor que será pago por cada mês de ITA, calculado com base numa das quatro (4) opções definidas, nomeadamente, 0,5%, 0,75%, 1% ou 2% do capital seguro da Cobertura Principal de Morte, pelo Segurado/Pessoa Segura.

e) Invalidez Profissional (IP): Garante o pagamento de uma indemnização sob a forma de prestação mensal, enquanto for vivo, até ao mês em que complete sessenta e seis (66) anos de idade.

Definição de IP: Considera-se que existe uma situação de invalidez profissional sempre que, em consequência de acidente ou doença, o Segurado/Pessoa Segura fique total e irreversivelmente impossibilitado de continuar a exercer a profissão ou, quando aplicável, a especialidade clínica, expressamente indicadas nas Condições Particulares e, simultaneamente, apresente uma incapacidade funcional clinicamente comprovada, após completa consolidação, igual ou superior a 45%, determinada com base nos critérios e coeficientes previstos no Anexo I (Tabela Nacional de Incapacidade por Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais) do Decreto-Lei n.º 352/2007, de 23 de outubro, com exceção da aplicação do critério previsto no ponto 5. a), b) e e) das instruções gerais do referido Anexo.

Tratando-se de uma situação de incapacidade do foro psiquiátrico que determine a invalidez profissional, o grau de invalidez funcional a considerar para efeitos da presente garantia terá de ser igual ou superior a 60%.

Período de Carência: 18 meses (540 dias) após o início do Contrato.

f) Exoneração de Pagamento de Prémios: Garante o reembolso da fração do prémio pago pelo Tomador do Seguro durante o período em que o Segurado/Pessoa Segura se encontrar em situação de incapacidade temporária absoluta para o trabalho por acidente ou doença, desemprego involuntário (trabalhadores por conta de outrem) ou hospitalização (trabalhadores por conta própria).

Período de carência: noventa (90) dias

Período de requalificação: seis (6) meses:

O período em que, imediatamente após o último pagamento devido decorrente de um sinistro, não existe direito à prestação do Segurador.

Franquia Relativa:

- trinta (30) dias para situações de incapacidade temporária absoluta e desemprego involuntário;
- sete (7) dias para as situações de hospitalização.

A verificação de um sinistro não desobriga o Segurado/Pessoa Segura de efetuar o pagamento do prémio do Seguro.

Quais são as garantias?(continuação)

Para beneficiar desta cobertura o(s) Segurado(s)/Pessoa(s) Segura(s) deverá(ão) preencher as seguintes condições:

- Desempenhar regularmente, no mínimo de dezasseis (16) horas semanais, uma atividade profissional nos últimos doze (12) meses sem ter conhecimento de um possível desemprego involuntário ou de uma possível hospitalização;
- Ter conhecimento de que estão excluídas todas as patologias pré-existentes à data da adesão a este seguro e toda ou qualquer patologia futura com relação direta ou indireta com as mesmas.
- Ser trabalhador por conta de outrem e com contrato de trabalho vinculado à lei portuguesa para beneficiar da cobertura de desemprego involuntário.

Nota: Se o Contrato for celebrado por duas (2) vidas, a cobertura no máximo cessará os seus efeitos na data em que um dos Segurados/ Pessoas Seguras atinja sessenta e cinco (65) anos de idade, mantendo-se no entanto em vigor para o outro Segurado/Pessoa Segura enquanto este não atingir por sua vez a idade em questão.

Para acionar esta cobertura o Segurado/Pessoa Segura deverá contactar o Segurador através do telefone 217 95 46 66 (custo de uma chamada para a rede fixa nacional).

g) Doenças Graves 27 (DG27):

Garante o pagamento do capital contratado e fixado nas Condições Particulares da Apólice, em caso de surgir uma das seguintes situações:

- a) Acidente Vascular Cerebral (AVC);
- b) Anemia Aplástica;
- c) Cancro;
- d) Cirurgia das artérias coronárias (duas (2) ou mais);
- e) Cirurgia por Doença da Aorta;
- f) Coma;
- g) Doença de Alzheimer;
- h) Doença de Parkinson;
- i) Doença neuronal motora;
- j) Doença Hepática Terminal;
- k) Doença Pulmonar Terminal;
- l) Encefalite;
- m) Enfarte do miocárdio;
- n) Esclerose Múltipla;
- o) Hepatite Viral Fulminante (Insuficiência hepática aguda);
- p) Insuficiência Renal;
- q) Meningite Bacteriana;
- r) Paralisia;
- s) Perda da audição;
- t) Perda da fala;
- u) Perda de membros;
- v) Perda da Visão;
- w) Queimaduras Graves;
- x) Substituição e reparação da Válvula Cardíaca;
- y) Transplante de um Órgão Principal;
- z) Traumatismo craniano grave;
- aa) HIV Ocupacional (prática de profissão clínica).

Período de Carência: Noventa (90) dias.

Período de Sobrevivência: Trinta (30) dias.

Capital Seguro

Capital Mínimo de 50.000 €, aplicável às coberturas de Morte, Invalidez Absoluta e Definitiva (IAD) e Morte por Acidente (MA).

Sempre que o Contrato esteja associado a crédito o capital de Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível (IDPAC 65%) é igual ao capital aplicável à cobertura de Morte.

Nos restantes casos este capital tem o valor mínimo de 10.000 € e valor máximo igual ao do capital aplicável à cobertura de Morte mas limitado a 100.000 €. Pode optar por um capital adicional de 25.000 € ou de 50.000 €, aplicável à Cobertura Complementar de Doenças Graves 27 (DG27).

Quais as condições para subscrever

Idade Coberturas	Subscrição		Permanência Máxima
	Mínima	Máxima	
Morte	18	60	75 (80 anos quando associado a crédito)
Invalidez Profissional (IP), Incapacidade Temporária Absoluta (ITA) e Exoneração de Pagamento de Prémios	18	60	66
Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível (IDPAC 65%)	18 (50 anos se não houver Credor Hipotecário)	60	66
Invalidez Absoluta e Definitiva (IAD)	18	60	75
Restantes Coberturas	18	60	65

Prazo

O prazo da Apólice está definido nas Condições Particulares e no máximo vigorará até à idade limite de permanência.

Cálculo do Prémio

Consoante as garantias contratadas, os prémios são calculados do seguinte modo:

- Na Cobertura Principal de Morte e Coberturas Complementares de Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível 65%, Invalidez Absoluta e Definitiva e Doenças Graves 27: de acordo com o capital seguro e a idade atuarial do(s) Segurado(s)/Pessoa(s) Segura(s).
- Na Cobertura Complementar de Incapacidade Temporária Absoluta: calculado de acordo com o capital mensal contratado e a idade atuarial do(s) Segurado(s)/Pessoa(s) Segura(s).
- Na Cobertura Complementar de Invalidez Profissional: calculado de acordo com o capital mensal contratado e a idade do(s) Segurado(s)/Pessoa(s) Segura(s).
- Na Cobertura Complementar de Exoneração de Pagamento de Prémios, o prémio é fixo e oferecido pelo Segurador ao Tomador do Seguro.
- Na Cobertura Complementar Morte por Acidente: calculado de acordo com o capital seguro da Cobertura Principal de Morte.

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 dos Prémios

O prémio é pago antecipadamente pelo Tomador do Seguro, por débito em conta e pode ser mensal, trimestral, semestral ou anual sendo que não poderá ser inferior a cinco (5) euros por mês, dez (10) euros por trimestre, quinze (15) euros por semestre e vinte (20) euros por ano. Sempre que o prémio tiver valor inferior ao referido, o pagamento do mesmo será devido na fração seguinte.

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

- 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;
- 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;
- Prática de desportos, como passageiro ou condutor, em corridas de velocidade, para veículos de qualquer natureza, providos ou não de motor e respetivos treinos;
- 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;
- Riscos políticos e riscos de guerra, insurreição, motins, rixas, terrorismo ou sabotagem;
- Prática de desportos a nível profissional ou integrado em campeonatos oficiais e respetivos treinos;
- Prática dos seguintes desportos:
 - Alpinismo, escalada e espeleologia;
 - Desportos aéreos, incluindo paraquedismo, voo livre, voo sem motor, parapente, asa-delta, ultra ligeiro, sky diving, sky surfing, base jumping e saltos ou saltos invertidos com mecanismo de suspensão corporal (bungee jumping);
 - Descida em rappel ou slide, descida de correntes originadas por desniveis nos cursos de água;
 - Prática de caça de animais ferozes, tauromaquia, caça submarina e mergulho;
 - Prática de boxe, artes marciais ou qualquer modalidade de luta livre.
- Ocorrência de riscos nucleares;
- Consumo reiterado de álcool, drogas tóxicas, estupefacientes ou substâncias psicotrópicas não prescritas clinicamente;
- Uso de drogas tóxicas, estupefacientes ou substâncias psicotrópicas não prescritas clinicamente;
- 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;
- 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.

Exclusões das Coberturas Complementares

Coberturas Complementares as seguintes:

- **Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível (IDPAC 65%)**
 - Ato do Segurado/Pessoa Segura ou praticado com a sua cumplicidade, bem como a tentativa de suicídio deste;
 - Consequência de perturbações psíquicas.
- **Incapacidade Temporária Absoluta (ITA)**
 - Anomalias congénitas, incapacidades físicas ou mentais existentes à data do início das garantias da Apólice;
 - Intervenção do Segurado/Pessoa Segura em apostas, desafios ou rixas, salvo se, neste último caso, o Segurado/Pessoa Segura tenha atuado em legítima defesa ou na tentativa de salvamento de pessoas ou bens;
 - Afeções provocadas intencionalmente pelo Segurado/Pessoa Segura;
 - Tentativa de Suicídio;
 - Parto, gravidez ou interrupção voluntária ou involuntária de gravidez;
 - Acidentes provocados por condução de veículos a motor pelo Segurado/Pessoa Segura, sem estar legalmente habilitado;
 - Afeções por Psicopatologias de qualquer natureza, bem como doenças sem comprovação clínica;
 - Dores de costas e pescoço ou lombalgias;
 - Tratamentos de estética e cosmética, exceto se diretamente resultantes de qualquer doença ou acidente.

Quais são as Exclusões? (continuação)**• Exoneração de Pagamento de Prémios**

- a) Anomalias congénitas, incapacidades físicas ou mentais existentes à data do início das garantias da Apólice;
- b) Afeções que derivem da intervenção do Segurado/Pessoa Segura em apostas, desafios ou rixas, salvo se, neste último caso, o Segurado/Pessoa Segura tenha atuado em legítima defesa ou na tentativa de salvamento de pessoas ou bens;
- c) Afeções provocadas intencionalmente pelo Segurado/Pessoa Segura;
- d) Tentativa de suicídio;
- e) Parto, gravidez ou interrupção voluntária ou involuntária de gravidez;
- f) Acidentes provocados por condução de veículos a motor pelo Segurado/Pessoa Segura, sem estar legalmente habilitado;
- g) Afeções por Psicopatologias de qualquer natureza, bem como doenças sem comprovação clínica;
- h) Tratamentos de estética e cosmética, exceto se diretamente resultantes de qualquer doença ou acidente;
- i) Dores de costas ou lombalgias.

Em caso de desemprego involuntário ficam excluídas das garantias da presente Cobertura Complementar as situações de desemprego resultantes de:

- a) Caducidade do contrato de trabalho pelo Segurado/Pessoa Segura ter atingido a reforma ou pré-reforma;
- b) Revogação do contrato de trabalho por acordo das partes;
- c) Resolução do contrato de trabalho pelo trabalhador, sem justa causa;
- d) Denúncia do contrato de trabalho, no período experimental, pela entidade patronal ou pelo trabalhador;
- e) Trabalhadores no estrangeiro com contratos de trabalho não vinculados à legislação portuguesa;
- f) Despedimento com justa causa;
- g) Caducidade de contrato de trabalho a termo certo e incerto;
- h) Desemprego resultante de atividade sazonal.

• Morte por Acidente

- a) Resultem de doença;
- b) Sejam consequência de perturbações psíquicas;
- c) Resultem de acidentes e respetivas consequências provocados intencionalmente pelo Segurado/Pessoa Segura ou com a sua cumplicidade, bem como a tentativa de suicídio deste;
- d) Estejam relacionadas com o uso de drogas tóxicas, estupefacientes ou substâncias psicotrópicas não prescritas clinicamente. Considera-se que o Segurado/Pessoa Segura estava sob o efeito de drogas tóxicas, estupefacientes ou substâncias psicotrópicas sempre que seja identificada a presença de qualquer daquelas em circulação no organismo ou em qualquer líquido orgânico para os testes de deteção;
- e) Estejam relacionadas com a prática de ações ou omissões em que o Segurado/Pessoa Segura tenha acusado uma taxa de alcoolemia superior a 0,50 g/l.

• Invalidez Profissional (IP)

- a) Ato do Segurado/Pessoa Segura ou praticado com a sua cumplicidade, bem como a tentativa de suicídio deste;
- b) Perturbações psíquicas.

Para além das situações previstas nas Condições Gerais e Especiais, ficam igualmente excluídas as lesões não consolidadas ou quaisquer doenças de carácter evolutivo cuja manifestação dos primeiros sintomas seja anterior à data de início dos efeitos da presente garantia.

• Doenças Graves 27**a) Acidente Vascular Cerebral (AVC)****Exclusões:**

- Acidentes isquémicos transitórios (TIA);
- Lesões traumáticas do cérebro;
- Déficits neurológicos devido a hipoxia geral, infeção, doença inflamatória ou enxaqueca;
- Enfartes lacunares sem deficit neurológico.

b) Cancro**Exclusões:**

- Os tumores pré-malignos;
- Qualquer etapa de CIN (neoplasia intra-epitelial cervical);
- Tumores não invasivos (cancro in situ);
- Cancro da próstata com estágio 1 (T1a, 1b, 1c);
- Carcinoma basocelular e carcinoma das células escamosas;
- Melanoma maligno estágio IA (T1a, 1b, 1c);
- Qualquer tumor maligno em presença de qualquer vírus da imunodeficiência humana.

c) Cirurgia das artérias coronárias (duas (2) ou mais)**Exclusões:**

- Angioplastia;
- Qualquer outro procedimento intra-arterial;
- Cirurgia por toracotomia mínima.

d) Coma**Exclusões:**

- Coma secundário devido ao abuso de álcool e de drogas não se encontra coberto.

e) Doença de Parkinson**Exclusões:**

- Todas as outras formas de parkinsonismo que não sejam idiopáticas ou primárias.

f) Doença Hepática Terminal**g) Enfarte do miocárdio****Exclusões:**

- Enfarte do miocárdio silencioso;
- Outras síndromes coronárias agudas (por exemplo, angina de peito estável ou instável);
- Enfarte do miocárdio sem elevação do segmento ST, apenas com elevação da Troponina I ou T.

Quais são as exclusões?

h) Paralisia

Exclusões:

- Paralisia devido a Síndrome de Guillain-Barré.

Para além das exclusões aplicadas à Cobertura Principal de Morte são também excluídas as seguintes situações em caso de doença grave resultante de:

- a) Doenças pré-existentes à data de aceitação do seguro;
- b) Todas as doenças secundárias ou tumores associados ao síndrome da imunodeficiência humana adquirida ou com ela correlacionadas;
- c) Os ferimentos ou lesões provocados por atos de sequestro, tumultos, insurreição, motins, rixas, terrorismo ou sabotagem, qualquer que seja o lugar em que se desenrolem os acontecimentos e quaisquer que sejam os protagonistas, desde que o Segurado/Pessoa Segura tome parte ativa, exceto em caso de legítima defesa;
- d) Doença acompanhada de infeção por HIV;
- e) Qualquer doença e/ou intervenção cirúrgica não definida na presente Cobertura Complementar;
- f) O estado de alcoolismo e ingestão de drogas quando não recomendadas clinicamente;
- g) Acidente em que o Segurado/Pessoa Segura se encontre em estado de alcoolismo ou tenha ingerido drogas não recomendadas clinicamente;
- h) Consequência direta ou indireta de acidentes provocados intencionalmente pelo Segurado/Pessoa Segura ou com a sua cumplicidade bem como a tentativa de suicídio deste.

No caso da mesma doença ou acidente, não são cumuláveis as prestações de duas (2) ou mais Coberturas Complementares, com exceção da cobertura de Exoneração do Pagamento de Prémios, que poderá cumular com qualquer das outras.

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

Quando cessa o Contrato?

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

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

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

Como exercer o direito de Livre Resolução?

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

O prazo previsto no ponto anterior conta-se a partir da data de celebração do Contrato, desde que o Tomador do Seguro, nessa data, disponha, em papel ou noutro suporte duradouro, de todas as informações relevantes que tenham de constar da Apólice.

A resolução do Contrato, nos termos acima definidos, deve ser comunicada ao Segurador por escrito, em suporte de papel ou outro meio duradouro disponível e acessível ao Segurador.

A resolução do Contrato, nos termos acima definidos, tem efeito retroativo, tendo porém o Segurador direito ao:

- a) Valor do prémio relativo ao período de tempo já decorrido, na medida em que tenha suportado o risco;
- b) Montante das despesas razoáveis que o Segurador tenha efetuado com exames médicos sempre que esses valores sejam imputados contratualmente ao Tomador do Seguro.

Participação nos Resultados

O presente Contrato não prevê a atribuição de Participação nos Resultados.

Qual o enquadramento fiscal do Contrato?

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

A quem solicitar um pedido de esclarecimento?

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

O Segurador dispõe de uma unidade orgânica responsável pela gestão de reclamações à qual poderão ser dirigidas, por escrito, quaisquer questões relacionadas com o presente Contrato. Em caso de divergência com o Segurador, o Tomador do Seguro e/ou Segurado/Pessoa Segura poderão também apresentar reclamações através do respetivo sítio na internet em www.tranquilidade.pt, no livro de reclamações, recorrer ao Provedor do Cliente nos termos regulamentarmente definidos, bem como solicitar a intervenção da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões (ASF), sem prejuízo ainda da possibilidade do recurso à arbitragem ou aos tribunais, de acordo com as disposições legais em vigor.

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

Qual é a Lei aplicável ao Contrato?

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

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).