

Condições Gerais

+ VIDA
GENERALI

Generali Vida S.A.

Sede: Rua Duque de Palmela, n.º 11 | 1269 - 270 Lisboa
Tel. 213 112 800 | Fax. 213 563 067 | Email: generali@generali.pt | www.generali.pt
Companhia de Seguros fundada em Lisboa em 1990 | Capital Social Euros 9.000.000,00
N.I. Fiscal: 502 403 209 | Matriculada na Conservatória do Reg. Comercial de Lisboa
Linha de Apoio ao Cliente: 213 504 300 | Disponível de 2ª a 6ª das 9h00 às 18h00
Entre as 18h00 e as 9h00 estão activos serviços de Assistência em Viagem e Assistência ao Lar.
Todas as opções do menu telefónico prevêm um atendimento personalizado.

Produto comercializado por:



GENERALI VIDA
Companhia de Seguros, S.A.

ÍNDICE

Cláusula preliminar	03
Cláusula 1.ª - Definições	03
Cláusula 2.ª - Objecto do Contrato	04
Cláusula 3.ª - Âmbito Territorial e Temporal	07
Cláusula 4.ª - Exclusões	07
Cláusula 5.ª - Seguros com Exame Médico	09
Cláusula 6.ª - Dever de Declaração Inicial do Risco	09
Cláusula 7.ª - Incumprimento Doloso do Dever de Declaração Inicial do Risco	10
Cláusula 8.ª - Incumprimento Negligente do Dever de Declaração Inicial do Risco	10
Cláusula 9.ª - Agravamento do Risco	11
Cláusula 10.ª - Informações na Vigência do Contrato	12
Cláusula 11.ª - Início da Cobertura e de Efeitos	12
Cláusula 12.ª - Duração	12
Cláusula 13.ª - Incontestabilidade	12
Cláusula 14.ª - Erro sobre a Idade da Pessoa Segura	12
Cláusula 15.ª - Designação Beneficiária	13
Cláusula 16.ª - Alteração e Revogação da Cláusula Beneficiária	13
Cláusula 17.ª - Pagamento dos Prémios	13
Cláusula 18.ª - Vencimento dos Prémios	14
Cláusula 19.ª - Aviso de Pagamento dos Prémios	14
Cláusula 20.ª - Falta de Pagamento dos Prémios	14
Cláusula 21.ª - Reposição em Vigor do Contrato	14
Cláusula 22.ª - Alteração do Prémio	15
Cláusula 23.ª - Resolução do Contrato	15
Cláusula 24.ª - Transferência de Direitos	16
Cláusula 25.ª - Modificação do Contrato	16
Cláusula 26.ª - Participação nos Resultados	16
Cláusula 27.ª - Resgate e Redução do Contrato	17
Cláusula 28.ª - Documentos que devem Acompanhar o Pedido de Liquidação das Importâncias Seguras	17



Cláusula 29.ª - Liquidação das Importâncias Seguras	18
Cláusula 30.ª - Regime Fiscal	18
Cláusula 31.ª - Pluralidade de Seguros	18
Cláusula 32.ª - Comunicações e Notificações entre as partes	18
Cláusula 33.ª - Lei Aplicável, Reclamações e Arbitragem	18
Cláusula 34.ª - Foro	19

CONDIÇÕES ESPECIAIS

Condição Especial do Seguro Principal Cobertura “Pós-Vida” de Prestação de Serviços ou Reembolso de Despesas de Funeral	20
--	----

Condição Especial Cobertura Complementar de Invalidez Absoluta e Definitiva	23
--	----

Condição Especial Cobertura Complementar de Invalidez Total e Permanente	25
---	----

Condição Especial Cobertura Complementar de Doenças Graves	27
--	----

Condição Especial Cobertura Complementar de Doenças Oncológicas do Foro Ginecológico	33
---	----

Condição Especial Cobertura Complementar de Morte por Acidente	36
--	----

Condição Especial Cobertura Complementar de Morte por Acidente de Circulação	38
---	----

Condição Especial Cobertura Complementar de Reembolso de Despesas Hospitalares em caso de Acidente	39
---	----

Condição Especial Cobertura Complementar de Diária de Hospitalização em caso de Acidente	40
---	----



CONDIÇÕES GERAIS**Cláusula Preliminar**

1. Entre a GENERALI VIDA – Companhia de Seguros S.A., adiante designada por Segurador e o Tomador do Seguro mencionado nas Condições Particulares, estabelece-se um contrato de seguro que se regula pelas presentes Condições Gerais e pelas Condições Particulares, e ainda, se contratadas, pelas Condições Especiais.
2. A individualização do presente contrato é efectuada nas Condições Particulares, com, entre outros, a identificação das partes e do respectivo domicílio, os dados da Pessoa Segura, os dados do representante do Segurador para efeitos dos sinistros e a determinação do prémio ou a fórmula do respectivo cálculo.
3. As Condições Especiais prevêm a cobertura de outros riscos e ou garantias além dos previstos nas presentes Condições Gerais e carecem de ser especificamente identificadas nas Condições Particulares.
4. Sempre que a interpretação do texto o permita, o masculino englobará o feminino e o singular o plural e vice-versa.
5. Por parte do Segurador só o seu Órgão de Gestão, directamente ou por procuração, tem poderes para celebrar, modificar ou resolver contratos, prorrogar vencimentos de prémios, revalidar direitos perdidos ou assumir quaisquer obrigações para com o Tomador.

Cláusula 1.ª - Defenições

Para efeitos do presente contrato entende-se por:

- a) **APÓLICE** - conjunto de Condições identificado na cláusula anterior e na qual é formalizado o contrato de seguro celebrado;
- b) **SEGURADOR** - a entidade legalmente autorizada para a exploração do ramo vida, que subscreve o presente contrato;
- c) **TOMADOR DO SEGURO** - a pessoa ou entidade que contrata com o Segurador, sendo responsável pelo pagamento do prémio;
- d) **SEGURADO/PESSOA SEGURA** - a pessoa titular do interesse seguro e sobre quem impende a eventual materialização dos riscos cobertos;
- e) **BENEFICIÁRIO** - Pessoa, singular ou colectiva, para quem reverte a prestação do Segurador, por efeito da cobertura prevista na Apólice;
- f) **SINISTRO** - a verificação do evento que desencadeia o accionamento da cobertura do risco prevista no contrato, considerando-se como um único sinistro o evento ou série de eventos resultantes de uma mesma causa;
- g) **ACTA ADICIONAL** - Documento que titula eventuais alterações à Apólice, dela passando a fazer parte integrante para todos os efeitos legais e contratuais.
- h) **PRÉMIO** - Preço pago pelo Tomador do Seguro ao Segurador pela contratação do seguro.



- i) **ACIDENTE** - Todo o acontecimento fortuito, súbito e anormal devido a causa exterior, violenta e estranha à vontade da Pessoa segura e que nesta origine lesões corporais susceptíveis de constatação médica objectiva.
- j) **DOENÇA** - Toda e qualquer alteração involuntária do estado de saúde, estranha à vontade da Pessoa segura e não causada por acidente, que se revele por sinais manifestos e seja atestada como tal por autoridade médica competente.
- k) **RESGATE** - Montante entregue ao Tomador do Seguro em caso de cessação antecipada do contrato nas condições em que tal se encontra previsto.
- l) **REDUÇÃO** - Valor do Capital Seguro em caso de cessação antecipada do pagamento de prémios nas condições em que tal se encontra previsto.
- m) **PARTICIPAÇÃO NOS RESULTADOS** - Direito contratualmente previsto do Tomador do Seguro ou da Pessoa Segura de beneficiarem de parte dos resultados técnicos e ou financeiros gerados pelo presente contrato.

Cláusula 2.ª - Objecto do Contrato

Seguro Principal

1. Em caso de morte da Pessoa Segura, durante a vigência do contrato, o Segurador garante:
- a) pela Cobertura Base, o pagamento do capital seguro indicado nas Condições Particulares, em vigor na data em que ocorrer o evento e,

- b) pela Cobertura Pós Vida, a Prestação de Serviços ou Reembolso de Despesas de Funeral, nos termos especificados na Condição Especial do Seguro Principal.

Coberturas Complementares:

2. Ao Seguro Principal está associado um dos seguintes planos de Coberturas Complementares, que se regem pelas respectivas Condições Especiais:

Plano FlexIAD

- Cobertura complementar de Invalidez Absoluta Definitiva;

Plano FlexIAD-Acidental

- Cobertura complementar de Invalidez Absoluta Definitiva;
- Cobertura complementar de Morte por Acidente;
- Cobertura complementar de Morte por Acidente de Circulação;

Plano FlexIAD-Acidental Hospitalar

- Cobertura complementar de Invalidez Absoluta Definitiva;
- Cobertura complementar de Morte por Acidente;
- Cobertura complementar de Morte por Acidente de Circulação;
- Cobertura complementar de Reembolso de despesas de Internamento Hospitalar por Acidente;
- Cobertura complementar de Subsídio Diário por Internamento



Hospitalar por Acidente.

Plano FlexIAD Doenças Graves

- Cobertura complementar de Invalidez Absoluta Definitiva;
- Cobertura complementar de Doenças Graves, com Liberação de Pagamento do Prémios da cobertura de Morte;

Plano FlexIAD Doenças Graves-Acidental

- Cobertura complementar de Invalidez Absoluta Definitiva;
- Cobertura complementar de Doenças Graves, com Liberação de Pagamento do Prémios da cobertura de Morte;
- Cobertura complementar de Morte por Acidente;
- Cobertura complementar de Morte por Acidente de Circulação;

Plano FlexIAD Doenças Graves-Acidental Hospitalar

- Cobertura complementar de Invalidez Absoluta Definitiva;
- Cobertura complementar de Doenças Graves, com Liberação de Pagamento do Prémios da cobertura de Morte;
- Cobertura complementar de Morte por Acidente;
- Cobertura complementar de Morte por Acidente de Circulação;
- Cobertura complementar de Reembolso de despesas de Internamento Hospitalar por Acidente;
- Cobertura complementar de Subsídio Diário por Internamento

Hospitalar por Acidente.

Plano FlexIAD Mulher

- Cobertura complementar de Invalidez Absoluta Definitiva;
- Cobertura complementar de Doenças Oncológicas do foro Ginecológico, com Liberação do Pagamento dos Prémios da cobertura de Morte;

Plano FlexIAD Mulher -Acidental

- Cobertura complementar de Invalidez Absoluta Definitiva;
- Cobertura complementar de Doenças Oncológicas do foro Ginecológico, com Liberação do Pagamento dos Prémios da cobertura de Morte;
- Cobertura complementar de Morte por Acidente;
- Cobertura complementar de Morte por Acidente de Circulação;

Plano FlexIAD Mulher-Acidental Hospitalar

- Cobertura complementar de Invalidez Absoluta Definitiva;
- Cobertura complementar de Doenças Oncológicas do foro Ginecológico, com Liberação do Pagamento dos Prémios da cobertura de Morte;
- Cobertura complementar de Morte por Acidente;
- Cobertura complementar de Morte por Acidente de Circulação;
- Cobertura complementar de Reembolso de despesas de Internamento Hospitalar por Acidente;
- Cobertura complementar de



Subsidio Diário por Internamento Hospitalar por Acidente.

Plano FlexITP

- Cobertura complementar de Invalidez Total e Permanente;

Plano FlexITP-Acidental

- Cobertura complementar de Invalidez Total e Permanente;
- Cobertura complementar de Morte por Acidente;
- Cobertura complementar de Morte por Acidente de Circulação;

Plano FlexITP-Acidental Hospitalar

- Cobertura complementar de Invalidez Total e Permanente;
- Cobertura complementar de Morte por Acidente;
- Cobertura complementar de Morte por Acidente de Circulação;
- Cobertura complementar de Reembolso de despesas de Internamento Hospitalar por Acidente;
- Cobertura complementar de Subsidio Diário por Internamento Hospitalar por Acidente.

Plano FlexITP Doenças Graves

- Cobertura complementar de Invalidez Total e Permanente;
- Cobertura complementar de Doenças Graves, com Liberação de Pagamento do Prémios da cobertura de Morte;

Plano FlexITP Doenças Graves - Acidental

- Cobertura complementar de

Invalidez Total e Permanente;

- Cobertura complementar de Doenças Graves, com Liberação de Pagamento do Prémios da cobertura de Morte;
- Cobertura complementar de Morte por Acidente;
- Cobertura complementar de Morte por Acidente de Circulação;

Plano FlexITP Doenças Graves-Acidental Hospitalar

- Cobertura complementar de Invalidez Total e Permanente;
- Cobertura complementar de Doenças Graves, com Liberação de Pagamento do Prémios da cobertura de Morte;
- Cobertura complementar de Morte por Acidente;
- Cobertura complementar de Morte por Acidente de Circulação;
- Cobertura complementar de Reembolso de despesas de Internamento Hospitalar por Acidente;
- Cobertura complementar de Subsidio Diário por Internamento Hospitalar por Acidente.

Plano FlexITP Mulher

- Cobertura complementar de Invalidez Total e Permanente;
- Cobertura complementar de Doenças Oncológicas do foro Ginecológico, com Liberação do Pagamento dos Prémios da cobertura de Morte;

Plano FlexITP Mulher -Acidental

- Cobertura complementar de



- Invalidez Total e Permanente;**
- Cobertura complementar de Doenças Oncológicas do foro Ginecológico, com Liberação do Pagamento dos Prémios da cobertura de Morte;
- Cobertura complementar de Morte por Acidente;
- Cobertura complementar de Morte por Acidente de Circulação;

Plano FlexITP Mulher-Accidental Hospitalar

- Cobertura complementar de Invalidez Total e Permanente;
 - Cobertura complementar de Doenças Oncológicas do foro Ginecológico, com Liberação do Pagamento dos Prémios da cobertura de Morte;
 - Cobertura complementar de Morte por Acidente;
 - Cobertura complementar de Morte por Acidente de Circulação;
 - Cobertura complementar de Reembolso de despesas de Internamento Hospitalar por Acidente;
 - Cobertura complementar de Subsídio Diário por Internamento Hospitalar por Acidente.
3. Com o pagamento do Capital previsto na garantia em caso de morte do Seguro Principal, cessam todas as coberturas do contrato, ficando o mesmo resolvido para todos os efeitos.

Cláusula 3.ª - Âmbito Territorial e Temporal

1. O Segurador garante a cobertu-

ra dos riscos objecto do presente contrato em qualquer parte do Mundo, excepto quando as Condições Particulares estabeleçam âmbito mais restrito.

2. O presente contrato cobre os riscos designados na apólice ocorridos no período de vigência do contrato nos termos legais e contratuais aplicáveis.

Cláusula 4.ª - Exclusões

1. Não se considera coberto por este contrato o risco de morte ou invalidez da Pessoa Segura, resultante de doença pré-existente, conhecida e não declarada na proposta e de doença ou lesão provocada por:
- a) Acto criminoso, ainda que não consumado, de que o Tomador e/ou a Pessoa Segura e/ou o Beneficiário sejam autores materiais ou morais ou que tenham sido cúmplices;
 - b) Suicídio, sempre que este se verifique no decorrer dos dois primeiros anos de vigência da apólice ou no decorrer dos dois anos que imediatamente se seguirem à data de qualquer revalidação ou aumento de garantias em caso de morte propostos pelo Tomador;
 - c) Factos que sejam consequência de: l) Ofensas corpo-



rais a que a Pessoa Segura tenha dado causa ou que notoriamente tivesse podido evitar; II) Mutilações voluntárias; III) Consumo de álcool que determine uma taxa de alcoolémia igual ou superior a 0,5 gramas por litro de sangue, de drogas ou de estupefacientes não prescritos medicamente;

d) Participação em corridas de velocidade, para veículos de qualquer natureza, providos ou não de motor e quaisquer outras competições ou empreendimentos de carácter temerário;

e) Prática profissional de desportos ou ainda, para amadores, de provas desportivas integradas em campeonatos e respectivos treinos;

f) Prática de boxe, alpinismo, desportos de Inverno, karaté e outras artes marciais, paraquedismo, tauromaquia, caça submarina, caça de animais ferozes e outros desportos análogos na sua perigosidade;

g) Participação activa da pessoa segura em actos de guerra, declarada ou não, guerra civil, actos de terrorismo, revoluções, rebeliões, insurreições, tumultos populares, ou em qualquer operação militar. A chegada da pessoa segura a um país que se encon-

tre em estado de guerra ou similar, será considerada como participação activa nas hostilidades e implica a exclusão da cobertura por qualquer causa.

h) Factos que ocorram após 14 dias, contados desde o início dos actos de guerra, declarada ou não, guerra civil, actos de terrorismo, revoluções, rebeliões, insurreições, tumultos populares, ou de qualquer operação militar, se a pessoa segura já se encontrava no país, ou território em causa, ainda que não tenha participação activa nas referidas hostilidades;

i) Viagem com carácter de expedição ou exploração;

j) Utilização de meios de transporte aéreos, salvo quando a Pessoa Segura for passageiro de avião comercial devidamente autorizado para transporte comum;

l) Transformação ou radiação nuclear causadas pela aceleração artificial das partículas nucleares atómicas, bem como quaisquer contaminações química ou bacteriológica.

2. A cobertura garantida por esta apólice, pode ser extensiva aos casos previstos nas alíneas d), i), e j) mediante convenção especial e pagamento do sobre prémio



que o Segurador venha a estabelecer.

Cláusula 5.ª - Seguros com Exame Médico

1. Nos contratos de seguro cuja aceitação dependa de exames médicos, o Segurador entregará ao candidato, antes da realização daqueles, informação com os seguintes elementos:
 - a) discriminação exaustiva dos exames, testes e análises a realizar;
 - b) entidades onde podem ou devem ser realizados os actos clínicos referidos na alínea anterior;
 - c) se as despesas com tais actos correm ou não por conta e ordem do Segurador e a forma como, se for caso disso, serão posteriormente reembolsadas;
 - d) circunstâncias em que o Segurador, se for caso disso, se reserva o direito de se reembolsar das despesas feitas ou de recusar o reembolso ao candidato;
 - e) entidade à qual devem ser enviados os resultados e/ou relatórios dos actos referidos na alínea a).
2. Por solicitação da Pessoa Segura, o Segurador fornecerá o re-

sultado dos exames médicos que aquele haja efectuado para efeitos da análise do Segurador através de pedido formulado pelo médico assistente da Pessoa Segura, por carta dirigida ao Director Clínico do Segurador.

Cláusula 6.ª - Dever de Declaração Inicial do Risco

1. O Tomador do Seguro ou a Pessoa Segura está obrigado, antes da celebração do contrato, a declarar com exactidão todas as circunstâncias que conheça e razoavelmente deva ter por significativas para a apreciação do risco pelo Segurador.
2. O disposto no número anterior é igualmente aplicável a circunstâncias cuja menção não seja solicitada em questionário eventualmente fornecido pelo Segurador para o efeito.
3. O Segurador que tenha aceite o contrato, salvo havendo dolo do Tomador do Seguro ou da Pessoa Segura com o propósito de obter uma vantagem, não pode prevalecer-se:
 - a) Da omissão de resposta a pergunta do questionário;
 - b) De resposta imprecisa a questão formulada em termos demasiado genéricos;
 - c) De incoerência ou contradi-



ção evidentes nas respostas ao questionário;

- d) De facto que o seu representante, aquando da celebração do contrato, saiba ser inexato ou, tendo sido omitido, conheça;
 - e) De circunstâncias conhecidas do Segurador, em especial quando são públicas e notórias.
4. O Segurador, antes da celebração do contrato, deve esclarecer o eventual Tomador do Seguro ou a Pessoa Segura acerca do dever referido no n.º 1, bem como do regime do seu incumprimento, sob pena de incorrer em responsabilidade civil, nos termos gerais.

Cláusula 7.ª - Incumprimento Doloso do Dever de Declaração Inicial do Risco

- 1. Em caso de incumprimento doloso do dever referido no n.º 1 da cláusula anterior, o contrato é anulável mediante declaração enviada pelo Segurador ao Tomador do Seguro.
- 2. Não tendo ocorrido sinistro, a declaração referida no número anterior deve ser enviada no prazo de três meses a contar do conhecimento daquele incumprimento.
- 3. O Segurador não está obrigado

a cobrir o sinistro que ocorra antes de ter tido conhecimento do incumprimento doloso referido no n.º 1 ou no decurso do prazo previsto no número anterior, seguindo-se o regime geral da anulabilidade.

- 4. O Segurador tem direito ao prémio devido até ao final do prazo referido no n.º 2, salvo se tiver ocorrido dolo ou negligência grosseira do Segurador ou do seu representante.
- 5. Em caso de dolo do Tomador do Seguro ou da Pessoa Segura com o propósito de obter uma vantagem, o prémio é devido até ao termo do contrato.

Cláusula 8.ª - Incumprimento Negligente do Dever de Declaração Inicial do Risco

- 1. Em caso de incumprimento com negligência do dever referido no n.º 1 da cláusula 6.ª, o Segurador pode, mediante declaração a enviar ao Tomador do Seguro, no prazo de três meses a contar do seu conhecimento:
 - a) Propor uma alteração do contrato, fixando um prazo, não inferior a 14 dias, para o envio da aceitação ou, caso a admita, da contraproposta;
 - b) Fazer cessar o contrato, demonstrando que, em caso algum, celebra contratos para a cobertura de riscos relacionados com o facto omitido



ou declarado inexactamente.

2. O contrato cessa os seus efeitos 30 dias após o envio da declaração de cessação ou 20 dias após a recepção pelo Tomador do Seguro da proposta de alteração, caso esta nada responda ou a rejeite.
3. No caso referido no número anterior, o prémio é devolvido pro rata temporis atendendo à cobertura havida.
4. Se, antes da cessação ou da alteração do contrato, ocorrer um sinistro cuja verificação ou consequências tenham sido influenciadas por facto relativamente ao qual tenha havido omissões ou inexactidões negligentes:
 - a) O Segurador cobre o sinistro na proporção da diferença entre o prémio pago e o prémio que seria devido, caso, aquando da celebração do contrato, tivesse conhecido o facto omitido ou declarado inexactamente;
 - b) O Segurador, demonstrando que, em caso algum, teria celebrado o contrato se tivesse conhecido o facto omitido ou declarado inexactamente, não cobre o sinistro e fica apenas vinculado à devolução do prémio.

Cláusula 9.ª - Agravamento do Risco

1. O Tomador do Seguro e as Pessoas Seguradas tem o dever de,

durante a vigência do contrato, no prazo de 8 dias a contar do conhecimento do facto, comunicar ao Segurador todas as circunstâncias susceptíveis de agravar o risco, nomeadamente os factos relacionados com a profissão, a mudança do local do seu exercício, a mudança de domicílio da Pessoa Segura, e o início da prática de qualquer actividade que possa provocar uma alteração do risco.

2. No prazo de 30 dias a contar do momento em que tenha conhecimento do agravamento do risco, o Segurador pode:
 - a) Apresentar ao Tomador do Seguro proposta de modificação do contrato, que este deve aceitar ou recusar em igual prazo, findo o qual se entende aprovada a modificação proposta;
 - b) Resolver o contrato, demonstrando que, em caso algum, celebra contratos que cubram riscos com as características resultantes desse agravamento do risco.

A resolução do contrato prevista na alínea b) do nº anterior deve ser comunicada ao Tomador do Seguro por escrito, ou por outro meio de que fique registo duradouro, com a antecedência mínima de 30 dias relativamente à data em que a mesma produz efeitos.



Cláusula 10.ª - Informações na Vigência do Contrato

1. O Segurador, na vigência do contrato, deve informar o Tomador do Seguro de alterações relativamente a informações prestadas aquando da celebração do contrato, que possam ter influência na sua execução.
2. Aquando do termo de vigência do contrato, o Segurador deve informar o Tomador do Seguro acerca das quantias a que este tenha direito com a cessação do contrato, bem como das diligências ou documentos necessários para o seu recebimento.

Cláusula 11.ª - Início da Cobertura e de Efeitos

1. O presente contrato tem o seu início às zero horas da data estipulada nas Condições Particulares da apólice, com expressa reserva de que, em qualquer hipótese, a cobertura do risco não pode ser outorgada à Pessoa Segura antes das zero horas do dia imediato ao da sua aceitação pelo Segurador.
2. Em caso de seguro individual em que o Tomador do Seguro seja uma pessoa singular, decorridos catorze dias após a recepção da proposta de seguro, devidamente preenchida, bem como de toda a documentação que o Segurador tenha indicado como necessária à realização do contrato, sem que o Segurador tenha notificado o Tomador do Seguro da aceitação, da recusa ou da necessidade de recolher outros esclarecimentos que esta considere essenciais à avaliação do risco, nomeadamente exames médicos, o contrato considera-se concluído nos termos propostos.

Cláusula 12.ª - Duração

1. O Tomador poderá optar por uma das seguintes opções:
 - a) **duração plurianual de, no mínimo 5 anos, com prémios anuais de valor constantes para toda a duração do período fixado nas Condições Particulares.**
 - b) **duração de um ano, renovável por novos períodos de um ano, com prémios anuais de valor crescente, até atingir a duração máxima fixada nas Condições Particulares.**
2. Os efeitos do contrato cessam às 24 horas do último dia do seu prazo.
3. **A prorrogação prevista na alínea b) do n.º 1 não se efectua se qualquer das partes denunciar o contrato com 30 dias de antecedência mínima em relação à data da renovação.**

Cláusula 13.ª - Incontestabilidade

1. O Segurador não se pode prevalecer de omissões ou inexactidões negligentes na declaração inicial do risco decorridos dois anos sobre a celebração do contrato.
2. O disposto no número anterior não é aplicável às coberturas de acidentes e de invalidez complementares de um seguro de vida.

Cláusula 14.ª - Erro sobre a Idade da Pessoa Segura

1. O erro sobre a idade da pessoa se-



gura é causa de anulabilidade do contrato se a idade verdadeira divergir dos limites mínimo e máximo estabelecidos pelo Segurador para a celebração deste tipo de contrato de seguro.

2. Não sendo causa de anulabilidade, em caso de divergência, para mais ou para menos, entre a idade declarada e a verdadeira, a prestação do Segurador reduz-se na proporção do prémio pago ou o Segurador devolve o prémio em excesso, consoante o caso.

Cláusula 15.º - Designação Beneficiária

1. O Tomador do Seguro, ou quem este indique, designa o beneficiário, podendo a designação ser feita na apólice, em declaração escrita posterior recebida pelo Segurador ou em testamento.
2. Salvo estipulação em contrário, por falecimento da Pessoa Segura, o capital seguro é prestado:
 - a) Na falta de designação do beneficiário, aos herdeiros da Pessoa Segura;
 - b) Em caso de pré-morte do beneficiário relativamente à Pessoa Segura, aos herdeiros desta;
 - c) Em caso de pré-morte do beneficiário relativamente à Pessoa Segura, tendo havido renúncia à revogação da designação beneficiária, aos herdeiros da-quele;
 - d) Em caso de morte simultânea da Pessoa Segura e do beneficiário, aos herdeiros deste.

Cláusula 16.º - Alteração e Revogação da Cláusula Beneficiária

1. A pessoa que designa o beneficiário pode a qualquer momento revogar ou alterar a designação, excepto quando tenha expressamente renunciado a esse direito ou tenha havido adesão do beneficiário.
2. Em caso de renúncia à faculdade de revogação ou, no seguro de sobrevivência, tendo havido adesão do beneficiário, o Tomador do Seguro, salvo convenção em contrário, não tem os direitos de resgate, de adiantamento e de redução.
3. O poder de alterar a designação beneficiária cessa no momento em que o beneficiário adquira o direito ao pagamento das importâncias seguras.
4. No caso de a Pessoa Segura ter assinado, juntamente com o Tomador do Seguro, a proposta de seguro de que conste a designação beneficiária ou tendo a Pessoa Segura designado o beneficiário, a alteração da designação beneficiária pelo Tomador do Seguro carece do acordo da Pessoa Segura.
5. A alteração da designação beneficiária feita por Pessoa diversa da Pessoa Segura ou sem o acordo desta deve ser comunicada pelo Segurador à Pessoa Segura.

Cláusula 17.º - Pagamento dos Prémios

1. Os prémios são calculados segundo a tarifa em vigor à data de início do seguro ou da sua renovação e de acordo com a idade actuarial da Pessoa Segura.
2. O prémio é devido pelo Tomador an-



tecipada e anualmente.

3. O pagamento dos prémios para além da data do seu vencimento, só será válido em caso de não ter ocorrido sinistro coberto pelo presente contrato.
4. O Segurador pode facultar o pagamento dos prémios anuais em fracções mensais, trimestrais ou semestrais, desde que o Tomador satisfaça o encargo devido pelo fraccionamento.
5. Os prémios de seguro só podem ser pagos, ao Segurador, em numerário, por cheque bancário, transferência bancária ou vale postal, cartão de crédito ou de débito ou outro meio electrónico de pagamento.
6. O Tomador compromete-se a proceder ao pagamento do prémio nos escritórios do Segurador na localidade da emissão da apólice. Constitui, porém, sempre faculdade do Segurador promover a sua cobrança em local diverso ou utilizar outros meios apropriados que a facilitem.
7. São de conta do Tomador, todos os encargos de natureza fiscal e parafiscal inerentes ao presente contrato, bem como o encargo de cobrança e os demais custos legais ou contratualmente exigíveis.

Cláusula 18.ª - Vencimento dos Prémios

1. Salvo convenção em contrário, o prémio inicial, ou a primeira fracção deste, é devido na data da celebração do contrato.
2. As fracções seguintes do prémio inicial, o prémio de anuidades subsequentes e as sucessivas fracções deste são devidos nas datas estabelecidas nos respectivos avisos.

3. Os prémios correspondente às alterações ao contrato são devidos nas datas indicadas nos respectivos avisos.

Cláusula 19.ª - Aviso de Pagamento dos Prémios

Na vigência do contrato, o Segurador deve avisar por escrito o Tomador do Seguro do montante a pagar, assim como da forma e do lugar de pagamento, com uma antecedência mínima de 30 dias em relação à data em que se vence o prémio, ou fracções deste.

Cláusula 20.ª - Falta de Pagamento dos Prémios

1. A falta de pagamento do prémio na data do respectivo vencimento, impossibilitará o pagamento de qualquer sinistro respeitante às coberturas do presente contrato, ocorrido entre o vencimento e a data da liquidação do prémio.
2. A utilização da faculdade concedida no número anterior não prejudica o direito do Segurador ao prémio correspondente ao período decorrido, acrescido dos respectivos juros moratórios.
3. Estipulando o contrato um benefício irrevogável a favor de terceiro, na falta de pagamento de um prémio, o Segurador interpelá-lo-á, mediante carta registada, para que, no prazo de 30 dias, querendo, possa substituir-se ao Tomador do Seguro no referido pagamento, procedendo ao pagamento do prémio já vencido, desde que esse pagamento seja feito no prazo de 30 dias subsequentes à data de vencimento.

Cláusula 21.ª - Reposição em Vigor do Contrato

1. O Tomador do Seguro tem a faculda-



de de repor em vigor, nas condições originais, o seguro resolvido dentro de um ano a contar da data da resolução, mediante o pagamento dos prémios em atraso correspondentes a todo o período em dívida, sempre que se verifiquem as seguintes condições:

- a) Não tenha ocorrido qualquer sinistro, coberto pelo presente contrato, desde a data da sua resolução, até à data em que se pretende que o mesmo seja repostado em vigor;
 - b) Entrega de declaração comprovativa de não alteração do estado de saúde e profissional da Pessoa Segura, se o pedido do Tomador do Seguro for feito até ao máximo de dois meses após a data de efeito da resolução.
2. O Segurador reserva-se o direito de subordinar a reposição em vigor da apólice a nova avaliação clínica do seu estado de saúde, se já estiverem decorridos mais de dois meses após a data da resolução.

Cláusula 22.ª - Alteração do Prémio

1. O contrato, reger-se-á pela tarifa do Segurador, em vigor na data da sua celebração.
2. A renovação anual, em conformidade com o disposto na alínea b) do n.º 1 da Cláusula 12ª, será feita mediante a aplicação de um novo prémio calculado com base na tarifa constante das Condições Particulares da Apólice.

Cláusula 23.ª - Resolução do Contrato

1. **O contrato pode ser resolvido pelo Tomador do Seguro a todo o tempo, havendo justa causa.**

2. A resolução do contrato produz os seus efeitos às 24 horas do dia em que se verifique.

3. Sempre que o Tomador de Seguro não coincida com a Pessoa Segura, o Segurador deve avisar a Pessoa Segura da resolução do contrato logo que possível, no máximo até 20 dias após a não renovação ou a resolução.

4. A comunicação da resolução do contrato, nos termos previstos nesta cláusula, deve ser efectuada por escrito, ou por outro meio de que fique registado duradouro, com a antecedência mínima de 30 dias relativamente à data em que a mesma produz efeitos.

5. Sem prejuízo do disposto nos números anteriores, o Tomador do Seguro, sendo pessoa singular, pode resolver o contrato sem invocar justa causa, nos 30 (trinta) dias imediatos à data da recepção da apólice.

6. O exercício do direito previsto no n.º anterior determina a resolução com efeito retroactivo, desde a data do início do contrato, tendo o Segurador direito ao prémio pro rata temporis, na medida em que tenha suportado risco até à resolução do contrato e ao montante das despesas razoáveis que tenha efectuado com exames médicos, sempre que este valor seja imputado contratualmente ao Tomador do Seguro.



Cláusula 24.ª - Transferência de Direitos

1. O Tomador pode transferir para outrem os direitos e encargos que nessa qualidade possui, solicitando ao Segurador essa transferência em documento reconhecido por notário. O cessionário aceitá-la-á em documento por si assinado e também reconhecido por notário. Os efeitos daquela transferência produzir-se-ão a partir da data da Acta adicional de aceitação emitida pelo Segurador. Se o Tomador for ao mesmo tempo, a Pessoa Segura, só poderá transferir a sua qualidade de Tomador, continuando porém, como Pessoa Segura.

Cláusula 25.ª - Modificações do Contrato

1. Com ressalva do disposto no nº 1 da Cláusula 16.ª das Condições Gerais, o Tomador do Seguro pode solicitar modificações ao presente contrato, tais como as que digam respeito a prémios, capitais e ou garantias.
2. O Segurador reserva-se o direito de exigir ao Tomador do Seguro documentos comprovativos do estado de saúde da Pessoa Segura e situação profissional antes de aceitar qualquer aumento ou inclusão de garantia.
3. Sem prejuízo de outra data acordada entre as partes, estas modificações tem efeito na data aniversária do contrato consecutiva ao pedido do Tomador do Seguro desde que aceites pelo Segurador. A confirmação desta aceitação é efectuada pelo envio ao Tomador do Seguro de Acta Adicional.
4. Nos termos dos números anteriores, a modificação do contrato de seguro

será sempre efectuada de acordo com as tarifas e bases técnicas em vigor à data da modificação.

Cláusula 26.ª - Participação nos Resultados

1. Os contratos temporários com prémios anuais de valor constante, têm direito a uma participação nos resultados técnicos a partir do primeiro ano de vigência e um prémio anual pago.
2. Para este fim obriga-se o Segurador a alimentar uma Provisão para Participação nos resultados técnicos com um mínimo de 75% do saldo credor da conta de resultados constituída da seguinte forma:

A Crédito:

- a) Prémios líquidos de anulações e estornos.
- b) Outras importâncias recebidas (custo de apólice/acta).
- c) Provisões matemáticas de balanço (início do exercício).
- d) Fundo de Revalorização para distribuir no exercício.
- e) Juros técnicos creditados em Provisões Matemáticas.
- f) Saldo positivo de resseguro cedido.

A Débito:

- a) Capitais sinistrados.
- b) Capitais vencidos.
- c) Rendas processadas.
- d) Resgates processados.

- e) Comissões líquidas de estornos e anulações.
 - f) Despesas de aquisição.
 - g) Provisões matemáticas de balanço (fim do exercício).
 - h) Despesas gerais (limite máximo de 30% dos prémios líquidos de estornos e anulações).
 - i) Saldo negativo do resseguro cedido.
 - j) Lucros de mortalidade distribuídos.
3. O montante e a distribuição da Participação de Resultados obedecem às seguintes regras:
- 3.1. A distribuição da participação anual nos resultados pelos contratos desta modalidade tem lugar após a data de aprovação das contas anuais da Generali Vida S.A.;
- 3.2. A integração do montante correspondente à participação dos resultados em cada contrato será feita pela aquisição de um capital liberado, a adicionar ao capital inicialmente contratado na cobertura Base do Seguro Principal, tendo em conta a idade da Pessoa Segura naquela data e o tempo que falta decorrer até ao final do contrato.
4. Os contratos com duração de um ano, renovável, não tem direito a participação nos resultados.

Cláusula 27.ª - Resgate e Redução do Contrato

O presente contrato não confere direito

a Valor de Resgate nem a Valor de Redução.

Cláusula 28.ª - Documentos que devem Acompanhar o Pedido de Liquidação das Importâncias Seguras

1. São considerados imprescindíveis à análise e pagamento do capital seguro, os seguintes documentos:
 - a) Formulário de Participação de Sinistro (impresso a fornecer pelo Segurador);
 - b) Certidão de Nascimento ou Bilhete de Identidade da Pessoa Segura;
 - c) Documento comprovativo da Identidade e da Identificação Fiscal dos Beneficiários;
 - d) Certificado de óbito da Pessoa Segura;
 - e) Assento de óbito da Pessoa Segura;
 - f) Relatório médico no qual se especifique a causa, antecedentes e circunstâncias em que a morte ocorreu, conforme impresso a fornecer para o efeito pelo Segurador;
 - g) Certidão da escritura de habilitação de herdeiros ou certidão do processo de inventário, se a este houver lugar e desde que determinante para a regularização do benefício.
2. Sem prejuízo do disposto no número anterior, o Segurador reserva-se o direito de solicitar outros documentos que, relacionados com o acontecimento susceptível de provocar o funcionamento das garantias contratuais, concorram para o seu completo esclarecimento.



Cláusula 29.ª - Liquidação das Importâncias Seguras

1. A liquidação das importâncias seguras, será efectuada nos trinta dias subsequentes ao reconhecimento, pelo Segurador, de que a elas existe direito, directamente aos Beneficiários das respectivas garantias, após o envio de todos os documentos necessários à sua regularização especificados na Cláusula anterior e nas respectivas Condições Especiais.
2. As importâncias seguras serão pagas ao Beneficiário designado ou, no caso deste já ter falecido, seguir-se-ão os critérios legais expressamente previstos no regime jurídico do contrato de seguro, no que concerne quer à designação quer à interpretação da cláusula beneficiária.
3. Se o Beneficiário for menor, o Segurador depositará em nome daquele, na Instituição Bancária indicada pelo Representante Legal do menor ou, na falta de indicação, num banco à escolha do Segurador, as importâncias seguras.

Cláusula 30.ª - Regime Fiscal

1. O presente contrato encontra-se abrangido pelo regime fiscal previsto para as apólices e prémios de seguro de vida.
2. Os montantes pagos aos Beneficiários em caso de morte não estão sujeitos a imposto do selo.

Cláusula 31.ª - Pluralidade de Seguros

O Tomador de Seguro ou a Pessoa Segura fica obrigado a participar ao Segurador a existência de outros seguros garantindo o mesmo risco, sob pena de res-

ponder por perdas e danos e, em caso de fraude, da exoneração do Segurador das respectivas prestações.

Cláusula 32.ª - Comunicações e Notificações entre as Partes

1. As comunicações ou notificações do Tomador do Seguro ou da Pessoa Segura previstas nesta apólice consideram-se válidas e eficazes caso sejam efectuadas para a sede social do Segurador ou da sucursal, consoante o caso.
2. São igualmente válidas e plenamente eficazes as comunicações ou notificações feitas, nos termos do número anterior, para o endereço do representante do Segurador não estabelecido em Portugal, relativamente a sinistros abrangidos por esta apólice.
3. As comunicações previstas no presente contrato devem revestir forma escrita ou ser prestadas por outro meio de que fique registo duradouro.
4. O Segurador só está obrigado a enviar as comunicações previstas no presente contrato se o destinatário das mesmas estiver devidamente identificado no contrato, considerando-se validamente efectuadas se remetidas para o respectivo endereço constante da apólice.

Cláusula 33.ª - Lei Aplicável, Reclamação e Arbitragem

1. A lei aplicável a este contrato é a lei Portuguesa.
2. Podem ser apresentadas reclamações no âmbito do presente contrato aos serviços do Segurador identificados no contrato e, bem assim, ao Instituto de Seguros de Portugal (www.isp.pt).



3. Nos litígios surgidos ao abrigo deste contrato pode haver recurso à arbitragem, a efectuar nos termos da lei.

Cláusula 34.ª - Foro

O foro competente para dirimir os litígios emergentes deste contrato é o fixado na lei civil.



CONDIÇÃO ESPECIAL DO SEGURO PRINCIPAL COBERTURA “POS-VIDA” DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS OU REEMBOLSO DE DESPESAS DE FUNERAL

Cláusula 1ª - Objecto da Cobertura

- 1. Em caso de Morte da Pessoa Segura o Segurador garante a prestação do serviço ou o reembolso dos gastos com o sepultamento ou a cremação da Pessoa Segura, no limite do capital seguro especificado nas Condições Particulares.**
- 2. As coberturas deste seguro abrangem a morte da Pessoa Segura em qualquer parte do globo terrestre, sendo o serviço de sepultamento ou cremação restrito ao território Português.**
- 3. O capital seguro desta cobertura será ajustado aos custos da prestação dos serviços a cada período de 5 anos não podendo o eventual aumento ser superior a 10% do capital.**

Cláusula 2ª - Exclusões

São aplicáveis a esta Condição Especial as Exclusões previstas no artigo 4.º das Condições Gerais.

Cláusula 3ª - Solicitação dos Serviços

- 1. Quando da ocorrência do óbito**

a família não terá qualquer trabalho ou despesas pelos serviços descritos no ponto 4 desta Cláusula, devendo entrar em contacto com o Serviço de Assistência 24 horas, através do número de telefone 21 380 81 01.

- 2. Não sendo o Segurador especialista na execução e prestação de serviços de assistência funeral, sepultamento e serviços correlatos, ela os providencia através da Europ Assistance – Serviços de Assistência Personalizados S.A.. A Pessoa Segura aceita, desde já que os serviços garantidos por esta apólice sejam executados pela Europ Assistance e suas sub-contratadas ficando ciente que os mesmos serão prestados dentro das normas legais e regulamentares de cada município onde se realizarem. Ressalta-se que a boa execução dos serviços depende também da colaboração dos familiares da Pessoa Segura, os quais deverão accionar imediatamente o Serviço de Assistência 24 Horas, na eventualidade de óbito da Pessoa Segura, dispondo-se a acompanhar a pessoa indicada para providenciar o funeral, junto a órgãos e repartições públicas, sempre que isto se fizer necessário.**
- 3. Qualquer problema ou irregularidade na execução dos serviços garantidos por esta apólice deverão ser imediatamente comunicados à Pessoa Segura, para as necessárias providências.**

4. Em caso de solicitação de prestação de serviços, o capital seguro será destinado a pagamento dos seguintes serviços:

Sepultura

Urna em madeira de pinho, com escultura, estofada em cetim, lençol de seda e lenço de rosto.

- 1 Palma flores naturais.
- Pagamento de taxas necessárias até 149,60€.
- Depósito na Igreja.
- Certidão de Óbito.
- Anúncio na imprensa até 124,70€.

Cremação

- Urna de cremação em madeira de pinho com escultura simples, com acolchoado em cetim, manto e lenço de rosto.
- Pote para cinzas e respectivo invólucro.
- 1 Palma flores naturais
- Pagamento de taxas necessárias até 149,60€
- Depósito na Igreja
- Certidão Óbito
- Anúncio na imprensa até 124,70€

Serviços Associados

- Automóvel fúnebre no depósito e funeral (transporte do local de falecimento para o local do velório em Portugal Continental), automóvel para voltas (viatura utilizada pela agência para tratamento da documentação inerente ao funeral), conduções e fretes (condução e trabalho do motorista do veículo funerário), preparação do corpo, armações, livro de condolências e serviços técnicos da agência.

5. **Caso proceda a recusa do sinistro após a prestação dos servi-**

ços funerários, o Segurador poderá requerer do Beneficiário o valor correspondente às despesas com o funeral da Pessoa Segura.

Cláusula 4º - Solicitação do Reembolso

1. Em caso de reembolso, o(s) Beneficiário(s) deverá(ão) encaminhar os comprovantes dos gastos com serviço(s) funerário(s) por meio de carta à Companhia.
2. O pedido de reembolso deverá ser acompanhado dos seguintes documentos:
 - a. Certidão de Nascimento ou Bilhete de Identidade da Pessoa Segura;
 - b. Certificado de óbito da Pessoa Segura;
 - c. Assento de óbito da Pessoa Segura;
 - d. Documento comprovativo da Identidade e da Identificação Fiscal da pessoa que efectuou o pagamento das despesas com o funeral;
 - e. Notas fiscais e recibos das despesas com o funeral (originais).
3. O valor a ser reembolsado ao(s) Beneficiário(s) será limitado ao valor do capital seguro vigente na data do evento.
4. **Caso o valor total das despesas for inferior ao capital seguro, a diferença será paga ao(s) Beneficiário(s), independente de quem tiver recebido o reembolso. Neste caso, terão que ser apresentados também os seguintes documentos:**



- a. Escritura de habilitação de herdeiros sempre que a nomeação de Beneficiários no Boletim de Adesão dispuser a favor dos herdeiros legais.
- b. Documento comprovativo da Identidade e da Identificação Fiscal dos Beneficiários;

5. Quando o Segurador recusar um sinistro com base nas condições contratuais do seguro, deverá comunicar o facto ao(s) Beneficiário(s) por escrito, expressando os motivos para a mesma.

6. Em caso de dúvida fundada e justificável será facultada ao Segurador a adopção de medidas que visem à plena elucidação do sinistro, podendo inclusivé solicitar documentos que julgue necessários para a apuração do mesmo.

Cláusula 5º - Pagamento dos Prémios

1. Em virtude do disposto no número 3. da Cláusula 1ª, o prémio desta cobertura poderá ser ajustado em correspondência do eventual aumento do Capital Seguro.



CONDIÇÃO ESPECIAL COBERTURA COMPLEMENTAR DE INVALIDEZ ABSOLUTA E DEFINITIVA

Cláusula 1º - Objecto da cobertura

- 1. Em caso de Invalidez Absoluta e Definitiva da Pessoa Segura durante a vigência da presente Cobertura Complementar, o Segurador garante o pagamento do capital seguro definido nas Condições Particulares.**
- 2. A duração da cobertura é igual ao prazo de pagamento de prémios do Seguro Principal, cessando, porém, aos 65 anos de idade da Pessoa Segura.**
- 3. Para efeito desta cobertura complementar considera-se que a Pessoa Segura se encontra em estado de Invalidez Absoluta e Definitiva quando por consequência de doença ou acidente, fique total e definitivamente incapaz de exercer qualquer actividade remunerada e na obrigação de recorrer à assistência de uma terceira pessoa para efectuar os actos ordinários da vida corrente e ainda:**
 - a) nos casos de patologia psíquica, a situação de invalidez permaneça, ininterruptamente, durante 2 anos;**

b) nos casos de doença, o estado de invalidez se mantenha, ininterruptamente durante os seis meses.

- 4. Com o pagamento do capital previsto na cobertura complementar de Invalidez Absoluta e Definitiva, cessam todas as coberturas do contrato, ficando o mesmo resolvido para todos os efeitos.**

Cláusula 2º - Exclusões

São aplicáveis a esta Condição Especial as Exclusões previstas no artigo 4.º das Condições Gerais.

Cláusula 3ª - Documentos que devem Acompanhar o pedido de Liquidação das Importâncias Seguras

- 1. São considerados imprescindíveis à análise e pagamento do capital seguro, os seguintes documentos:**
 - a) Formulário de Participação de Sinistro conforme impresso a fornecer para o efeito pelo Segurador;**
 - b) Certidão de Nascimento ou Bilhete de Identidade da Pessoa Segura;**
 - c) Documento comprovativo da Identidade e da Identificação Fiscal dos Beneficiários;**
 - d) Relatório médico no qual se especifique a causa, antecedentes, início, natureza, circunstâncias, evolução do estado de invalidez, conforme impresso a fornecer para o efeito pelo Segurador;**
 - e) Declaração da Entidade Patronal ou da Segurança Social onde**



conste a actividade profissional exercida pela Pessoa Segura na data da ocorrência da invalidez.

2. Sem prejuízo do disposto no número anterior, o Segurador reserva-se o direito de solicitar outros documentos que, relacionados com o acontecimento susceptível de provocar o funcionamento das garantias contratuais, concorram para o seu completo esclarecimento.
3. A Pessoa Segura obriga-se a fazer os exames que, para o efeito, se revelem necessários, bem como a entregar os resultados ao Segurador e a autorizar o seu médico assistente a prestar a médico designado pelo Segurador todas as informações necessárias para o mesmo fim.

acordo pelos médicos das partes. Cada uma delas suportará as despesas e honorários do seu médico, as despesas e honorários do perito de desempate serão repartidas igualmente por ambas.



Cláusula 4ª - Liquidação das Importâncias Seguras

1. O pagamento do capital realizar-se-á:
 - **Se a invalidez resultar de acidente, o pagamento do capital será feito nos 30 dias após a sua comprovação e aceitação.**
 - **Se a invalidez resultar de doença, o pagamento do capital será feito nos 30 dias após o termino dos prazos mencionados nas alíneas a) e b) do ponto 3. da Cláusula 1.ª.**
2. Na falta de acordo entre as partes, uma comissão de peritos decidirá o litígio. Esta comissão será constituída por um médico indicado pelo Segurador, por um indicado pelo Tomador, e por um terceiro escolhido de comum

CONDIÇÃO ESPECIAL COBERTURA COMPLEMENTAR DE INVALIDEZ TOTAL E PERMANENTE

Cláusula 1º - Objecto da cobertura

- 1. Em caso de Invalidez Total e Permanente da Pessoa Segura durante a vigência da presente Cobertura Complementar, o Segurador garante o pagamento do capital seguro definido nas Condições Particulares.**
- 2. A duração da cobertura é igual ao prazo de pagamento de prémios do Seguro Principal, cessando, porém, aos 65 anos de idade da Pessoa Segura.**
- 3. Para efeito desta cobertura complementar considera-se que a Pessoa Segura se encontra em estado de Invalidez Total e Permanente quando, por consequência de doença ou acidente e independentemente da sua vontade, fique totalmente incapaz de exercer, com carácter permanente e irreversível, a sua profissão ou qualquer outra actividade lucrativa compatível com as suas capacidades, conhecimentos e aptidões e ainda quando desse estado resultar:
 - a) uma incapacidade funcional permanente de grau igual ou superior a 75% de acordo com a Tabela Nacional de Incapacidades em caso de Invalidez Total e Permanente resultante de acidente;**
 - b) uma perda de ganho de pelo menos 66%, em caso de Invalidez Total e Permanente resultante de doença. Considera-se perda de ganho, a diferença entre o rendimento mensal auferido, pela Pessoa Segura, em situação de plenas faculdades físicas e mentais e de pleno emprego, e o valor atribuído pelo Sistema Nacional de saúde por efeitos de uma Invalidez Total e Permanente.**
 - c) nos casos de patologia psíquica, a situação de invalidez permaneça, ininterruptamente, durante 2 anos;**
 - d) nos casos de doença, o estado de invalidez se mantenha, ininterruptamente durante seis meses.****
- 4. Com o pagamento do Capital previsto na Cobertura Complementar de Invalidez Total e Permanente, cessam todas as coberturas do contrato, ficando o mesmo resolvido para todos os efeitos.**

Cláusula 2º - Exclusões

São aplicáveis a esta Condição Especial as Exclusões previstas no artigo 4.º das Condições Gerais.



Cláusula 3ª - Documentos que devem Acompanhar o Pedido de Liquidação das Importâncias Seguras

1. São considerados imprescindíveis à análise e pagamento do capital seguro, os seguintes documentos:
 - a) Formulário de Participação de Sinistro conforme impresso a fornecer para o efeito pelo Segurador;
 - b) Certidão de Nascimento ou Bilhete de Identidade da Pessoa Segura;
 - c) Documento comprovativo da Identidade e da Identificação Fiscal dos Beneficiários;
 - d) Relatório médico no qual se especifique a causa, antecedentes, início, natureza, circunstâncias, evolução do estado de invalidez, conforme impresso a fornecer para o efeito pelo Segurador;
 - e) Declaração da Entidade Patronal ou da Segurança Social onde conste a actividade profissional exercida pela Pessoa Segura na data da ocorrência da invalidez.
2. Sem prejuízo do disposto no número anterior, o Segurador reserva-se o direito de solicitar outros documentos que, relacionados com o acontecimento susceptível de provocar o funcionamento das garantias contratuais, concorram para o seu completo esclarecimento.
3. A Pessoa Segura obriga-se a fazer os exames que, para o efeito, se revelem necessários, bem como a entregar os resultados ao Segurador e a autorizar o seu médico assistente a

prestar a médico designado pelo Segurador todas as informações necessárias para o mesmo fim.

Cláusula 4ª - Liquidação das Importâncias Seguras

1. O pagamento do capital realizar-se-á:
 - **Se a invalidez resultar de acidente, o pagamento do capital será feito nos 30 dias após a sua comprovação e aceitação.**
 - **Se a invalidez resultar de doença, o pagamento do capital será feito nos 30 dias após o termino dos prazos mencionados nas alíneas c) e d) do ponto 3. da Cláusula 1.ª.**
2. Na falta de acordo entre as partes, uma comissão de peritos decidirá o litígio. Esta comissão será constituída por um médico indicado pelo Segurador, por um indicado pelo Tomador, e por um terceiro escolhido de comum acordo pelos médicos das partes. Cada uma delas suportará as despesas e honorários do seu médico, as despesas e honorários do perito de desempate serão repartidas igualmente por ambas.



**CONDIÇÃO ESPECIAL
COBERTURA
COMPLEMENTAR DE
DOENÇAS GRAVES**
(com Liberação do Pagamento de
Prémios da cobertura de Morte)

Cláusula 1ª - Objecto da cobertura

1. Em caso de ocorrência pela primeira vez de Doença Grave manifestada na Pessoa Segura durante a vigência do contrato, o Segurador garante pela presente cobertura complementar o pagamento antecipado de parte do capital garantido na Cobertura Base do Seguro Principal, conforme definido nas Condições Particulares.
2. Liberação do Pagamento de Prémios da cobertura de Morte: com o pagamento do Capital previsto na cobertura complementar de Doenças Graves, o Segurador garante a continuação do contrato limitadamente a Cobertura Base do Seguro Principal pelo valor remanescente não antecipado e sem pagamento de ulteriores prémios.
3. O capital seguro é liquidável uma única vez, ainda que se diagnostique na Pessoa Segura mais do que uma Doença Grave, na mesma data ou em datas distintas.
4. A duração das coberturas é igual ao prazo de pagamento de prémios do Seguro Principal, ces-

sando, porém, aos 65 anos de idade da Pessoa Segura.

5. A cobertura complementar Doenças Graves não é cumulável com a cobertura de Invalidez Absoluta e Definitiva ou de Invalidez Total e Permanente, pelo que se for diagnosticada uma das doenças referidas na Cláusula 2ª desta Condição Especial e simultaneamente reconhecido o estado de Invalidez Absoluta e Definitiva ou de Invalidez Total e Permanente, haverá lugar apenas ao pagamento do capital seguro ao abrigo da cobertura complementar de Invalidez Absoluta e Definitiva ou de Invalidez Total e Permanente.

**Cláusula 2ª - Definição de
Doenças Graves**

Para efeito desta cobertura complementar consideram-se Doenças Graves:

I - Cirurgia da Aorta

Significa o procedimento cirúrgico através de Toracotomia ou Laparotomia por doenças da Aorta que necessitem de reparação ou substituição cirúrgica da Aorta doente com uma prótese ou enxerto. Relacionados com esta definição, Aorta significa a Aorta Torácica e Abdominal mas não os seus ramos. As lesões traumáticas da Aorta e os procedimentos cirúrgicos efectuados utilizando só técnicas endoarteriais es-



tão especificamente excluídos.

II - Cancro

Significa a presença de um tumor maligno, caracterizado pelo crescimento incontrolado e difusão de células malignas e a invasão e destruição dos tecidos normais.

O diagnóstico de cancro deve ser efectuado por um patologista e baseado na evidência histológica de malignidade.

Os seguintes tumores estão excluídos:

- tumores que apresentem as alterações malignas do carcinoma in situ (incluindo a displasia cervical CIN-1, CIN-2 e CIN-3) ou que sejam histologicamente descritos como pré-malignos ou não invasivos.
- todos os tumores cutâneos, incluindo hiperqueratoses, basaliomas, carcinomas espino-celulares e Melanomas de grau IA ou inferior da classificação TNM (espessura máxima $\leq 1,0$ mm, sem ulceração) de acordo com a nova classificação de 2002, da American Joint Committee of Cancer.
- Cancros que não ameaçam a vida, como os cancros Prostáticos que sejam histologicamente classificados na Classificação TMN T1(a) ou T1(b) mas não T1(c), ou sejam de outra classificação equivalente ou menor, Microcarcinoma Papilar da Tiróide ou da Bexiga

menores que o estágio T2N0M0 sem metástases, Leucemia Linfocítica Crónica menor do que estágio 1 RAI, doença de Hodgkin estágio 1.

III – Cirurgia de “by-pass” coronário

Significa o procedimento de uma cirurgia de by-pass das artérias coronárias, através duma toracotomia, para corrigir ou tratar Doenças das Artérias Coronárias, não estando incluídas as angioplastias, implantes de stents ou outros procedimentos percutâneos ou não cirúrgicos.

IV – Ataque cardíaco

Significa a morte duma porção do músculo cardíaco, provocada por aporte inadequado de sangue a essa área. O diagnóstico é aceite, se três dos quatro seguintes critérios estiverem presentes:

- história de dor torácica típica;
- alterações recentes diagnósticas, confirmadas por electrocardiograma (ECG), de necrose do miocárdio;
- aumento diagnóstico de enzimas cardíacos ou Troponinas com os seguintes valores, ou maiores:
 - Troponina T $> 1,0$ ng/ml;
 - Accu Tnl $> 0,5$ ng/ml, ou limiares equivalentes com outros mé-



todos de avaliação.

- **Fracção de ejeção ventricular esquerda menor que 50%, medida três meses ou mais após o episódio.**

A análise deve mostrar um enfarte agudo de miocárdio definitivo e o diagnóstico deve ser confirmado por um cardiologista.

As seguintes situações estão excluídas:

- **Angina.**
- **Outros síndromes coronárias agudas.**

V – Cirurgia valvular cardíaca

Significa o procedimento de cirurgia de coração aberto, para substituir ou reparar uma ou mais das válvulas cardíacas, como consequência de defeitos ou malformações das válvulas cardíacas. Todas as cirurgias de coração não aberto e de substituição de próteses valvulares estão especificamente excluídas. O diagnóstico de anomalias das válvulas cardíacas deve ser baseado em cateterismo cardíaco ou ecocardiograma e o procedimento deve ser considerado medicamente necessário por um cardiologista.

VI – Insuficiência Renal

Insuficiência renal terminal, que se apresenta como uma insuficiência

crónica irreversível do funcionamento de ambos os rins, de que resulta a necessidade da instituição regular a longo prazo de diálise renal.

VII – Transplante Major de Órgãos

Significa o procedimento como receptor, de um transplante de humano para humano de:

- **Medula óssea humana, utilizando células germinativas hematopoiéticas, precedidas por ablação total da medula óssea; ou**
- **Um dos seguintes órgãos humanos: coração, pulmão, fígado, rim, pâncreas, intestino delgado (duodeno, jejuno, íleo) que resultem de insuficiência terminal irreversível do respectivo órgão. O transplante deve ser medicamente necessário e baseado em confirmação objectiva da insuficiência do órgão. O transplante de todos os outros órgãos, partes de órgãos ou quaisquer outros transplantes de tecidos ou células estão excluídos.**

VIII – Acidente Vascular Cerebral

Um repentino início de deficit neurológico focal, devido a um acidente vascular cerebral, incluindo enfarte de tecido cerebral, hemorragia de um vaso intracraniano ou embolização de origem extracraniana resultando no seguinte:



- sintomas com duração superior a 24 horas;
- Perda permanente de função motora ou sensitiva, ou perda da fala; e
- dano neurológico permanente.

Um Neurologista deve confirmar a existência de lesão neurológica permanente nos primeiros 180 dias após o evento e nenhuma reclamação pode ser aceite mais cedo. As reclamações devem ser confirmadas por estudos imagiológicos como TAC ou RMN.

As seguintes situações estão excluídas:

- Ataques isquémicos transitórios;
- Incidentes de que resultem alterações da memória ou personalidade;
- Sintomas cerebrais devidos a enxaquecas;
- Lesões cerebrais como resultado de trauma ou hipoxia; e
- Doença vascular isquémica que afecte o olho, nervo óptico ou sistema vestibular.

A complemento das definições de Acidente Vascular Cerebral define-se:

Dano neurológico permanente

Déficit neurológico permanente sig-

nifica que, 180 dias após o primeiro diagnóstico de uma doença grave, o paciente apresenta pelo menos uma das seguintes condições irreversíveis, confirmadas por um Neurologista:

1. Perda completa e permanente do uso de dois ou mais membros;
2. Incapacidade permanente para desempenhar sem assistência pelo menos três actividades da vida quotidiana (ALD);
3. Distúrbio orgânico ou funcional da mastigação e deglutição que tornam a Pessoa Segura incapaz de comer alimentos sólidos, excluindo causas de natureza dentária;

Actividades da Vida Quotidiana (ALD)

Consideram-se como tal:

1. Tomar banho e manter um adequado aseo pessoal;
2. Vestir-se e despir-se completamente, incluindo colocar ou retirar próteses cirúrgicas necessárias do ponto de vista médico;
3. Ir á casa de banho para levar a cabo as próprias necessidades fisiológicas e manter um adequado nível de higiene pessoal;
4. Controlar voluntariamente as



funções intestinais e urinárias;

5. Sentar-se ou levantar-se de uma cadeira e deitar-se ou levantar-se da cama autonomamente, beber ou comer alimentos já preparados.

Cláusula 3ª - Período de Carência

1. A partir da data de efeito ou da data do aumento do capital seguro ou ainda da data de reposição em vigor do contrato, essa cobertura complementar só se torna efectiva depois de decorrido um período de 180 dias para os casos previstos no item II (Cancro) ou de 90 dias para os demais itens da Cláusula 2ª.

Cláusula 4ª - Exclusões

Para além das Exclusões previstas na cláusula 4.ª das Condições Gerais são aplicáveis a esta Condição Especial também as exclusões a seguir especificadas:

- a) Quaisquer anomalias congénitas e pré-existências;
- b) Qualquer doença profissional, excepto as que foram comunicadas e aceites pelo Segurador aquando da subscrição do seguro;
- c) Recusa ou se submeter ao tratamento aconselhado ou prescrito pelo médico;
- d) Abuso de consumo de álcool ou medicamentos;
- e) Abuso de consumo de substân-

cias estupefacientes ou tóxicas;

- f) Exposição intencional ao perigo quer esteja mentalmente são ou não;
- g) Qualquer doença ou infecção por HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) ou variação do mesmo ou qualquer tratamento ou teste relacionados com a SIDA.

Considera-se estado de infecção quando as análises ao sangue indicarem quer a presença do vírus acima mencionado quer dos seus anticorpos.

Cláusula 5ª - Data da ocorrência da Doença Grave

É a data em que a Doença Grave é diagnosticada, devidamente documentada por relatório médico anexo ao aviso de sinistro.

Cláusula 6ª - Documentos que devem Acompanhar o pedido de Liquidação das Importâncias Seguras

- 1. O Tomador ou a Pessoa Segura deverá comunicar por carta registada ao Segurador, no prazo máximo de 60 dias a partir da data do diagnóstico, que sofre de alguma das doenças referidas na Cláusula 2ª.
 - 1.1. O Segurador enviar-lhe-á um formulário de sinistro que deverá ser totalmente preenchido e devolvido, no prazo máximo de 30 dias, acompanhado da seguinte documentação:
 - a) Formulário de Sinistro conforme impresso a fornecer para



o efeito pelo Segurador;

- b) Certidão de Nascimento ou Bilhete de Identidade da Pessoa Segura;
 - c) Documento comprovativo da Identidade e da Identificação Fiscal dos Beneficiários;
 - d) Relatório médico atestando a doença grave, preenchido pelo médico assistente conforme impresso a fornecer para o efeito pelo Segurador;
 - e) Documentação clínica indicada no Anexo A, a fornecer para o efeito pelo Segurador;
2. A falta de comunicação dentro do prazo estabelecido no ponto 1. desta Cláusula reserva ao Segurador o direito da não liquidação do Capital Seguro.
3. O Segurador reserva-se o direito de, em qualquer altura, proceder às averiguações que entender necessárias para a verificação da Doença Grave da Pessoa Segura, nomeadamente, mandando-a examinar por médico ou médicos por si designados, sendo de conta do Segurador todas as despesas destes exames.
4. A Pessoa Segura obriga-se a fazer os exames que, para o efeito, se revelem necessários, bem como a entregar os resultados ao Segurador e a autorizar o seu médico assistente a prestar a médico designado pelo Segurador todas as informações necessárias para o mesmo fim.

Cláusula 7ª - Liquidação das Importâncias Seguras

1. O Segurador obriga-se a verificar o di-

reito ao pagamento do Capital Seguro por esta cobertura complementar dentro de 30 dias após a data de recepção de toda a documentação requerida, em conformidade com o ponto 1.1 da Cláusula 6ª.

2. Em caso de morte da Pessoa Segura causada pela Doença Grave indicada no formulário de sinistro e ocorrida antes do Segurador ter verificado o direito ao pagamento do capital seguro por essa Doença Grave, será considerada ao abrigo do Seguro Principal, implicando o pagamento da importância segura aos Beneficiários designados para o Seguro Principal.
3. Na falta de acordo entre as partes, uma comissão de peritos decidirá o litígio. Esta comissão será constituída por um médico indicado pelo Segurador, por um indicado pelo Tomador, e por um terceiro escolhido de comum acordo pelos médicos das partes. Cada uma delas suportará as despesas e honorários do seu médico, as despesas e honorários do perito de desempate serão repartidas igualmente por ambas.

Cláusula 8ª - Actualização das Garantias

As garantias da cobertura de Doenças Graves são válidas por um período de 5 anos, findo o qual o Segurador poderá propor, com 30 dias de antecedência à data de renovação, alterações quanto a definição e extensão das garantias de forma a que essas a)- constituem actualizadas na terminologia e classificação médicas, b)- venham a incluir as doenças consideradas graves num futuro. Consequentemente e se necessário o Segurador poderá aplicar uma tarifa adequada à nova realidade.

**CONDIÇÃO ESPECIAL
COBERTURA
COMPLEMENTAR DE
DOENÇAS ONCOLÓGICAS
DO FORO GINECOLÓGICO**
(com Liberação do Pagamento de
Prémios da cobertura de Morte)

Cláusula 1ª - Objecto da cobertura

1. Em caso de ocorrência pela primeira vez de Doença Oncológica do Foro Ginecológico manifestada na Pessoa Segura durante a vigência do contrato, o Segurador garante pela presente cobertura complementar o pagamento antecipado de parte do capital garantido na Cobertura Base do Seguro Principal, conforme definido nas Condições Particulares.
2. Liberação do Pagamento de Prémios da cobertura de Morte: com o pagamento do Capital previsto na cobertura complementar de Doenças Oncológicas do foro Ginecológico, o Segurador garante a continuação do contrato limitadamente a Cobertura Base do Seguro Principal pelo valor remanescente não antecipado e sem pagamento de ulteriores prémios.
3. O Capital Seguro é liquidável uma única vez, ainda que se diagnostique na Pessoa Segura mais do que uma Doença Oncológica do foro Ginecológico, na mesma data ou em datas distintas.

4. A duração das coberturas é igual ao prazo de pagamento de prémios do Seguro Principal, cessando, porém, aos 65 anos de idade da Pessoa Segura.
5. A cobertura complementar Doenças Oncológicas do foro Ginecológico não é cumulável com a cobertura de Invalidez Absoluta e Definitiva ou de Invalidez Total e Permanente, pelo que se for diagnosticada uma das doenças referidas na Cláusula 2ª desta Condição Especial e simultaneamente reconhecido o estado de Invalidez Absoluta e Definitiva ou de Invalidez Total e Permanente, haverá lugar apenas ao pagamento do capital seguro ao abrigo da cobertura complementar de Invalidez Absoluta e Definitiva ou de Invalidez Total e Permanente.

**Cláusula 2ª - Definição de
Doenças Oncológicas do foro
Ginecológico**

1. Para efeito desta cobertura complementar considera-se Doença Oncológica do foro Ginecológico a presença de tumor maligno na mama ou no aparelho genital feminino (útero, colo do útero e ovários), caracterizado pelo aumento descontrolado e pela propagação de células malignas com invasão e destruição do tecido normal.
2. O diagnóstico deve ser feito por



um patologista e a evidência da malignidade deve ser confirmada por exame histológico.

3. São excluídos os tumores que apresentem as características do carcinoma in situ (incluída a displasia do colo uterino CIN-1, CIN-2 e CIN-3) ou que são histologicamente descritos como pré-malignos ou não-invasivos.

Cláusula 3ª - Período de Carência

1. A partir da data de efeito ou da data do aumento do Capital Seguro ou ainda da data de reposição em vigor do contrato, essa cobertura complementar só se torna efectiva depois de decorrido um período de 180 dias.

Cláusula 4ª - Exclussões

Para além das Exclussões previstas no artigo 4.º das Condições Gerais são aplicáveis a esta Condição Especial também as exclussões a seguir especificadas:

- a) Quaisquer anomalias congénitas e pré-existências;
- b) Qualquer doença profissional, excepto as que foram comunicadas e aceites pelo Segurador quando da subscrição do seguro;
- c) Recusa ou se submeter ao tratamento aconselhado ou prescrito pelo médico;
- d) Abuso de consumo de álcool ou medicamentos;

- e) Abuso de consumo de substâncias estupefacientes ou tóxicas;
- f) Exposição intencional ao perigo quer esteja mentalmente são ou não;
- g) Qualquer doença ou infecção por HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) ou variação do mesmo, ou qualquer tratamento ou teste relacionados com a SIDA.

Considera-se estado de infecção quando as análises ao sangue indicarem quer a presença do vírus acima mencionado quer dos seus anticorpos.

Cláusula 5ª - Data da ocorrência da Doença Oncológica do foro Ginecológico

É a data em que a Doença Oncológica do foro Ginecológico é diagnosticada, devidamente documentada por relatório médico anexo ao aviso de sinistro.

Cláusula 6ª - Documentos que devem Acompanhar o pedido de Liquidação das Importâncias Seguras

1. O Tomador ou a Pessoa Segura deverá comunicar por carta registada ao Segurador, no prazo máximo de 60 dias a partir da data do diagnóstico, que sofre de alguma das doenças referidas na Cláusula 2ª.
 - 1.1. O Segurador enviar-lhe-á um formulário de sinistro que deverá ser totalmente preenchido e devolvido, no prazo máximo de 30 dias, acompanhado da seguinte documentação:

- a) Formulário de Sinistro conforme impresso a fornecer para o efeito pelo Segurador;
 - b) Certidão de Nascimento ou Bilhete de Identidade da Pessoa Segura;
 - c) Documento comprovativo da Identidade e da Identificação Fiscal dos Beneficiários;
 - d) Relatório médico atestando a doença grave, preenchido pelo médico assistente conforme impresso a fornecer para o efeito pelo Segurador;
 - e) Documentação clínica indicada no Anexo A, a fornecer para o efeito pelo Segurador;
2. A falta de comunicação dentro do prazo estabelecido no ponto 1. desta Cláusula reserva ao Segurador o direito da não liquidação do capital seguro.
 3. O Segurador reserva-se o direito de, em qualquer altura, proceder às averiguações que entender necessárias para a verificação da Doença Oncológica do foro Ginecológico da Pessoa Segura, nomeadamente, mandando-a examinar por médico ou médicos por si designados, sendo de conta do Segurador todas as despesas destes exames.
 4. A Pessoa Segura obriga-se a fazer os exames que, para o efeito, se revelarem necessários, bem como a entregar os resultados ao Segurador e a autorizar o seu médico assistente a prestar a médico designado pelo Segurador todas as informações necessárias para o mesmo fim.

Cláusula 7ª - Liquidação das Importâncias Seguras

1. O Segurador obriga-se a verificar o di-

reito ao pagamento do Capital Seguro por esta cobertura complementar dentro de 30 dias após a data de recepção de toda a documentação requerida, em conformidade com o ponto 1.1 da Cláusula 6ª.

2. Em caso de morte da Pessoa Segura causada pela Doença Grave indicada no formulário de sinistro e ocorrida antes do Segurador ter verificado o direito ao pagamento do Capital Seguro por essa Doença Grave, será considerada ao abrigo do Seguro Principal, implicando o pagamento da importância segura aos Beneficiários designados para o Seguro Principal.
3. Na falta de acordo entre as partes, uma comissão de peritos decidirá o litígio. Esta comissão será constituída por um médico indicado pelo Segurador, por um indicado pelo Tomador, e por um terceiro escolhido de comum acordo pelos médicos das partes. Cada uma delas suportará as despesas e honorários do seu médico, as despesas e honorários do perito de desempate serão repartidas igualmente por ambas.

Cláusula 8ª - Actualização das Garantias

As garantias da cobertura de Doenças Oncológicas do Foro Ginecológico são válidas por um período de 5 anos, findo o qual o Segurador poderá propor, com 30 dias de antecedência à data de renovação, alterações quanto a definição e extensão das garantias de forma a que essas a)- continuem actualizadas na terminologia e classificação médicas, b)- venham a incluir as doenças consideradas graves num futuro. Consequentemente e se necessário o Segurador poderá aplicar uma tarifa adequada à nova realidade.



CONDIÇÃO ESPECIAL COBERTURA COMPLEMENTAR DE MORTE POR ACIDENTE

Cláusula 1ª - Objecto da cobertura

1. Em caso de morte da Pessoa Segura ocorrida imediatamente ou no decurso de doze meses a contar da data de um acidente, o Segurador, além do pagamento previsto pela Cobertura Base do Seguro Principal, garante o pagamento de um Capital adicional, definido nas Condições Particulares.

2. A duração da cobertura é igual ao prazo de pagamento de prémios do Seguro Principal, cessando, porém, aos 70 anos de idade da Pessoa Segura.

3. Para efeito desta cobertura complementar define-se acidente como:

Todo o acontecimento fortuito, súbito e anormal devido a causa exterior e estranha à vontade da Pessoa Segura e que nesta origine lesões corporais. Deverá ainda ter-se em conta o seguinte:

a) Consideram-se originadas por acidente as lesões corporais causadas por inalação involuntária de gases ou vapores, o afogamento e as infecções e envenenamentos consecutivos a um acidente;

b) Se a morte for imputável, simultaneamente, a um acidente e a doença, o capital seguro será reduzido na proporção em que a doença para que ela tenha contribuído. Será contudo integralmente pago se a morte for imputável ao acidente numa percentagem igual ou superior a 75%. Ficam cobertos os acidentes ocorridos em qualquer parte do mundo.

4. Com o pagamento do Capital previsto na cobertura complementar de Morte por Acidente, cessam todas as coberturas do contrato, ficando o mesmo resolvido para todos os efeitos.

Cláusula 2ª - Exclusões

1. São aplicáveis a esta Condição Especial as Exclusões previstas na cláusula 4.ª das Condições Gerais e ainda quando a Morte da Pessoa Segura seja devido:

a) Acidentes anteriores à data de entrada em vigor desta cobertura complementar;

b) Acidentes causados por tufões, furacões, ciclones, inundações, maremotos, sismos e erupções vulcânicas;

c) Condução ou utilização como passageiro, de veículos motorizados de duas rodas.

d) De intervenções cirúrgicas



que não sejam necessárias por força do acidente.

e) Doenças de qualquer natureza, incluindo os acidentes cardio-vasculares;

f) As doenças e as consequências de perturbações psíquicas nervosas ou epilépticas de qualquer natureza;

2. A pedido do Tomador, a cobertura garantida por esta cobertura complementar pode ser extensiva aos casos previstos nas alíneas b) e c), mediante convenção especial e pagamento de sobre prémio que o Segurador estabeleça.

Cláusula 3ª - Documentos que devem Acompanhar o Pedido de Liquidação das Importâncias Seguras

1. São considerados imprescindíveis à análise e pagamento do Capital Seguro, os seguintes documentos:

a) Formulário de Participação de Sinistro (impresso a fornecer pelo Segurador);

b) Certidão de Nascimento ou Bilhete de Identidade da Pessoa Segura;

c) Documento comprovativo da Identidade e da Identificação Fiscal dos Beneficiários;

d) Certificado de óbito da Pessoa Segura;

e) Assento de óbito da Pessoa Segura;

f) Auto de Ocorrência;

g) Certidão da escritura de habilitação de herdeiros ou certidão do processo de inventário, se a este houver lugar e desde que determinante para a regularização do benefício.

2. Sem prejuízo do disposto no número anterior, o Segurador reserva-se o direito de solicitar outros documentos que, relacionados com o acontecimento susceptível de provocar o funcionamento das garantias contratuais, concorram para o seu completo esclarecimento.

Cláusula 4ª - Liquidação das Importâncias Seguras

Para o pedido de liquidação das importâncias seguras ter-se-á em conta o que a este respeito se refere na Cláusula 29ª das Condições Gerais do Seguro Principal.



CONDIÇÃO ESPECIAL COBERTURA COMPLEMENTAR DE MORTE POR ACIDENTE DE CIRCULAÇÃO

Cláusula 1º - Objecto da cobertura

- 1. Em caso de morte da Pessoa Segura ocorrida imediatamente ou no decurso de doze meses a contar da data de um Acidente de Circulação, o Segurador, além do pagamento previsto pela Cobertura Base do Seguro Principal e da cobertura de morte por acidente, garante o pagamento de um Capital adicional, definido nas Condições Particulares.**
- 2. Para efeito desta cobertura complementar considera-se Acidente de Circulação o que possa sobrevir à Pessoa Segura como peão na via pública logo que o acidente seja causado por um veículo em circulação, como condutor ou passageiro de veículos de automóveis ligeiros ou como passageiro de transportes públicos terrestres, marítimos ou aéreos.**
- 3. Esta cobertura complementar não pode ser dissociada da cobertura complementar de morte por acidente, pelo que lhe são aplicáveis as disposições constantes das Condições Especiais daquela cobertura complementar desde que não contrariem os parágrafos acima expressos.**
- 4. Com o pagamento do Capital previsto na cobertura complementar de Morte por Acidente de Circulação, cessam todas as coberturas do contrato, ficando o mesmo resolvido para todos os efeitos.**



CONDIÇÃO ESPECIAL COBERTURA COMPLEMENTAR DE REEMBOLSO DE DESPESAS HOSPITALARES EM CASO DE ACIDENTE

Cláusula 1ª - Objecto da cobertura

- 1. Em caso de internamento da Pessoa Segura em hospital ou clínica, como consequência de acidente, o Segurador garante o reembolso das despesas de assistência hospitalar realmente suportadas pela Pessoa Segura, no valor máximo indicado nas Condições Particulares.**
- 2. A duração da cobertura é igual ao prazo de pagamento de prémios do Seguro Principal, cessando, porém, aos 70 anos de idade da Pessoa Segura.**

Cláusula 2ª - Documentos que devem acompanhar o pedido de liquidação das importâncias seguras

- 1. São considerados imprescindíveis à análise e pagamento do Capital Seguro, os seguintes documentos:**
 - a) Formulário de Participação de Sinistro (impresso a fornecer pelo Segurador);**
 - b) Certidão de Nascimento ou Bilhete de Identidade da Pessoa Segura;**
 - c) Documento comprovativo da Identidade e da Identificação Fiscal dos Beneficiários;**

- d) Auto de Ocorrência;**
- e) Documentos justificativos das despesas, com indicação das datas de internamento e facturação por menorizada do serviço prestado.**

- 2. Sem prejuízo do disposto no número anterior, o Segurador reserva-se o direito de solicitar outros documentos que, relacionados com o acontecimento susceptível de provocar o funcionamento das garantias contratuais, concorram para o seu completo esclarecimento.**



CONDIÇÃO ESPECIAL COBERTURA COMPLEMENTAR DE DIÁRIA DE HOSPITALIZAÇÃO EM CASO DE ACIDENTE

Cláusula 1º - Objecto da cobertura

- 1. Em caso de internamento da Pessoa Segura em hospital ou clínica, como consequência de acidente, o Segurador garante o pagamento da Diária indicada nas Condições Particulares.**
- 2. O número de dias máximo indemnizável por anuidade desta cobertura complementar é de 360, quer resulte de um ou mais acidentes.**
- 3. A duração da cobertura é igual ao prazo de pagamento de prémios do Seguro Principal, cessando, porém, aos 70 anos de idade da Pessoa Segura.**
- 4. Esta cobertura complementar não pode ser dissociada da cobertura complementar de reembolso de despesas hospitalares em caso de acidente, pelo que lhe são aplicáveis as disposições constantes das condições especiais daquela cobertura complementar desde que não contrariem os parágrafos acima expressos.**

