

Entre a Generali Seguros, S.A. e o Tomador do Seguro mencionado nas Condições Particulares, estabelece-se o presente Contrato de seguro de vida individual, na modalidade temporária anual renovável, que se regula pelas Condições Gerais, Particulares e Especiais desta Apólice, de harmonia com as declarações constantes da Proposta que lhe serviu de base e da qual faz parte integrante.

1. DEFINIÇÕES

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

- a) **Segurador:** Generali Seguros, S.A.;
 - b) **Tomador do Seguro:** a entidade que celebra o Contrato com o Segurador, sendo responsável pelo pagamento dos prémios;
 - c) **Segurado(s)/Pessoa(s) Segura(s):** a(s) pessoa(s) sujeita(s) aos riscos que, nos termos acordados, são objeto deste Contrato;
 - d) **Beneficiário:** a entidade a favor da qual é celebrado o presente Contrato;
 - e) **Apólice:** o documento que titula o Contrato celebrado entre o Tomador do Seguro e o Segurador, de onde constam as respetivas Condições Gerais, Especiais e Particulares acordadas e atas adicionais se as houver;
 - f) **Condições Gerais:** conjunto de cláusulas que definem e regulamentam obrigações genéricas e comuns ao contrato de seguro;
 - g) **Condições Especiais:** conjunto de cláusulas que visam esclarecer, completar ou especificar disposições das Condições Gerais;
 - h) **Condições Particulares:** o documento onde se encontram os elementos específicos e individuais do Contrato, que o distinguem de todos os outros;
 - i) **Ata Adicional:** documento que titula uma alteração do Contrato;
 - j) **Prémio:** é a importância paga pelo Tomador do Seguro ao Segurador como contrapartida das garantias estabelecidas;
 - k) **Idade Atuarial:** idade do Segurado/Pessoa Segura à data de início da adesão ao Contrato ou da renovação do mesmo, acrescida de um ano se tiver decorrido mais de seis (6) meses sobre a data do último aniversário.
- 1.2. Sempre que a interpretação do texto o permita, o masculino englobará o feminino e o singular o plural e vice-versa.

2. GARANTIAS DO CONTRATO

2.1. Ao abrigo do presente Contrato, o Segurador garante ao abrigo da **Cobertura Principal de Morte**, o pagamento do capital seguro indicado nas Condições Particulares da Apólice aos Beneficiários aí designados, em caso de morte do Segurado/Pessoa Segura (ou de um dos Segurados/Pessoas Seguras, no caso do seguro ser sobre duas (2) vidas) ocorrida durante a vigência da Apólice.

2.2. Para além da Cobertura Principal de Morte, ao abrigo do presente Contrato poderão igualmente ficar garantidas, nas condições e termos definidos nas Condições Especiais anexas às presentes Condições Gerais, quando subscritas pelo Segurado/Pessoa Segura e expressamente previstas nas Condições Particulares da Apólice, as **Coberturas Complementares** de:

- a) **Invalidez Absoluta e Definitiva (IAD) por doença ou acidente;**
- b) **Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível (IDPAC 65%) por doença ou acidente;**
- c) **Invalidez Profissional (IP) por doença ou acidente;**
- d) **Exoneração do Pagamento de Prémios em caso de invalidez temporária absoluta por acidente ou doença, desemprego involuntário (Conta Outrém) ou por internamento hospitalar (Conta Própria);**
- e) **Incapacidade Temporária Absoluta (ITA) por doença ou acidente;**
- f) **Morte por Acidente (MA);**
- g) **Doenças Graves 27 (DG27).**

2.3. Mediante prévia comunicação ao Segurador e desde que por este expressamente aceite, a cobertura de Morte e as Coberturas Complementares que eventualmente tenham sido contratadas poderão igualmente ficar garantidas em consequência de doença ou acidente motivados por riscos políticos e riscos de guerra.

2.4. Quando o Segurado/Pessoa Segura se deslocar para zonas geográficas consideradas de alto risco político ou de guerra e pretenda garantir estes riscos, a comunicação referida no ponto 2.3. dirigida ao Segurador, deverá ser feita previamente ao início da viagem, sob pena do pedido não ser objeto de análise por parte deste e de suspensão da cobertura relativamente a essa deslocação.

2.5. Quando, no início ou no decurso da anuidade, for solicitada a inclusão dos riscos referidos no ponto 2.3. e os mesmos sejam aceites pelo Segurador, haverá lugar ao pagamento de um prémio adicional por parte do Tomador do Seguro.

2.6. Os riscos políticos ou de guerra não serão em caso algum aceites quando o Segurado/Pessoa Segura fizer, voluntária ou obrigatoriamente, parte das forças armadas ou assimiladas - formações paramilitares - e participar em missões de paz no estrangeiro, em operações de guerra ou hostilidade de qualquer natureza.

2.7. São consideradas zonas geográficas de risco qualquer país que se encontre em situação de conflito político e social.

2.8. Sem prejuízo do disposto nos pontos anteriores, o Segurado/Pessoa Segura deverá, previamente ao início de qualquer deslocação ao estrangeiro, comunicar tal facto ao Segurador, se a mesma tiver duração igual ou superior a trinta (30) dias, quando o local de destino não se enquadrar numa das seguintes áreas geográficas: Europa, Canadá, Estados Unidos da América, Japão e Oceânia, sob pena da mesma não ficar coberta.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

- a) **Ato doloso de que o Tomador do Seguro, Segurado/Pessoa Segura ou Beneficiário sejam autores materiais ou morais ou de que tenham sido cúmplices e que se traduzam na ativação das coberturas contratadas;**
- b) **Suicídio do Segurado/Pessoa Segura sempre que este se verifique no decorrer do primeiro (1º) ano de adesão à Apólice ou no primeiro (1º) ano imediatamente a seguir à data de qualquer aumento do capital seguro ou subscrição de novas garantias;**
- c) **Participação, como passageiro ou condutor, em corridas de velocidade, para veículos de qualquer natureza, providos ou não de motor e respetivos treinos;**
- d) **Riscos de aerostação ou de aviação, salvo quando o Segurado/Pessoa Segura for passageiro de avião de carreira comercial de transporte de passageiros, devidamente autorizada pela Comissão Europeia;**
- e) **Consequências diretas ou indiretas de riscos políticos e riscos de guerra, nomeadamente tumultos, revoluções, sequestro, guerra civil ou guerra com país estrangeiro, declarada ou não, insurreição, motins, rixas, terrorismo ou sabotagem conforme definido na Legislação penal portuguesa em vigor, qualquer que seja o lugar em que se desenrolem os acontecimentos e quaisquer que sejam os protagonistas, salvo quando os referidos riscos se encontrem garantidos nos termos previstos no ponto 2.3.;**
- f) **Prática de desportos a nível profissional ou integrado em campeonatos oficiais e respetivos treinos;**
- g) **Prática dos seguintes desportos:**
 - Alpinismo, escalada e espeleologia;
 - Desportos aéreos, incluindo paraquedismo, voo livre, voo sem motor, parapente, asa-delta, ultra ligeiro, sky diving, sky surfing, base jumping e saltos ou saltos invertidos com mecanismo de suspensão corporal (bungee jumping);
 - Descida em rappel ou slide, descida de correntes originadas por desníveis nos cursos de água;
 - Prática de caça de animais ferozes, tauromaquia, caça submarina e mergulho;
 - Prática de boxe, artes marciais ou qualquer modalidade de luta livre.
- h) **Ocorrência de riscos nucleares;**
- i) **Quadro clínico resultante, direta ou indiretamente, do consumo reiterado, de álcool, drogas tóxicas, estupefacientes ou substâncias psicotrópicas não prescritas clinicamente;**
- j) **Uso de drogas tóxicas, estupefacientes ou substâncias psicotrópicas não prescritas clinicamente. 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 seu organismo ou em qualquer líquido orgânico para os testes de deteção;**
- k) **Em caso de acidente, o Segurado/Pessoa Segura seja responsável pelo mesmo e tenha acusado uma taxa de alcoolemia superior a 0,50 g/l;**
- l) **Não se encontram cobertos os riscos devidos a situações pré-existentes à celebração do presente Contrato de seguro – incluindo doença ou seqüela de acidente, que tenham sido alvo de investigação clínica e/ou tratamento e que sejam ou devam ser do conhecimento do Segurado/Pessoa Segura à data do preenchimento da proposta, bem como as consequências de qualquer lesão provocada por tratamento não relacionado com doença ou acidente coberto por este Contrato, salvo o caso em que tenha havido comunicação formal ao Segurador e aceitação deste, mediante as condições que, para o efeito tenham sido estabelecidas.**

3.2. O risco de morte poderá ser extensivo aos casos previstos nas alíneas c) e g) do ponto 3.1. bem como para os riscos de aviação e aviação quando o Segurado/Pessoa Segura se encontrar na qualidade de piloto, mediante convenção especial estabelecida com o Segurador para esse efeito e o pagamento do respetivo sobreprémio.

3.3. Sempre que a cobertura fornecida por esta apólice implique a violação de quaisquer embargos ou sanções financeiras ou económicas emitidas pela União Europeia, pelo Conselho de Segurança das Nações Unidas, pelo OFAC (Office of Foreign Assets Control) ou pelo HM Treasury, a cobertura será considerada nula, não produzindo quaisquer efeitos.

3.4. Em complemento do disposto no ponto anterior, de acordo com as normas nacionais e internacionais e com as boas práticas de negócio, o Segurador reserva-se o direito de se abster de executar qualquer operação sobre a apólice, que esteja ou que se suspeite estar relacionada com a prática dos crimes de branqueamento de capitais e/ou financiamento ao terrorismo.

4. INCONTESTABILIDADE

4.1. O Tomador do Seguro e o Segurado/Pessoa Segura devem declarar, com inteira veracidade, todos os factos ou circunstâncias que permitam a exata apreciação do risco ou possam influir na aceitação do referido contrato ou na correta determinação do prémio aplicável, mesmo as circunstâncias cuja declaração não seja expressamente solicitada em questionário eventualmente fornecido para o efeito pelo Segurador, fazendo parte da declaração inicial de risco todos os documentos necessários à subscrição do seguro.

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

a) Comunicar a aceitação do Contrato sem reservas;
b) Propor a aceitação condicional ou com agravamento do prémio;

c) Comunicar a recusa total da Proposta de Seguro. Sempre que o Segurador, no uso do direito que lhe assiste, contrapropuser a aceitação com a condição prevista na alínea b), o seguro só se considera em vigor depois do Tomador do Seguro expressar por escrito, a aceitação da contraproposta.

4.3. Sem prejuízo do disposto nos artigos 5 e 6, decorridos dois (2) anos sobre a celebração do Contrato, o Segurador, salvo nos casos previstos no ponto seguinte, não se pode prevaler de eventuais omissões ou inexactidões negligentes prestadas pelo Tomador do Seguro ou Segurado/Pessoa Segura na declaração inicial de risco.

4.4. O disposto no ponto anterior não é aplicável às Coberturas Complementares de Invalidez quando tenham sido subscritas.

5. OMISSÕES OU INEXATIDÕES DOLOSAS DO TOMADOR DO SEGURO E/OU DO SEGURADO/PESSOA SEGURA

5.1. Caso se verifiquem omissões ou inexactidões dolosas na declaração inicial de risco efetuada pelo Tomador do Seguro e/ou Segurado/Pessoa Segura nos termos previstos no ponto 4.1., o Contrato é anulado pelo Segurador mediante o envio de declaração nesse sentido ao Tomador do Seguro, no prazo de três (3) meses a contar do conhecimento do incumprimento.

5.2. Caso ocorram sinistros, quer antes de o Segurador terido conhecimento do incumprimento doloso, quer ainda no prazo referido no ponto anterior, os mesmos não ficam cobertos pelo Contrato.

5.3. Sem prejuízo do disposto nos pontos anteriores, o Segurador tem direito ao prémio devido até ao final do prazo referido no ponto 5.1. ou, nos casos em que o dolo do Tomador do Seguro e/ou do Segurado/Pessoa Segura tenha o propósito de obter uma vantagem, até ao termo do Contrato.

6. OMISSÕES OU INEXATIDÕES NEGLIGENTES DO TOMADOR DO SEGURO E/OU SEGURADO/PESSOA SEGURA

6.1. Caso se verifiquem omissões ou inexactidões negligentes na declaração inicial de risco efetuada pelo Tomador do Seguro e pelos Segurados/Pessoas Seguras nos termos previstos no ponto 5.1., o Segurador pode:

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

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

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

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

a) Garante o sinistro na proporção da diferença entre o prémio pago e o prémio que seria devido, caso, aquando da celebração do Contrato, tivesse conhecimento do facto omitido ou declarado inexatamente;

b) Não garante o sinistro, demonstrando que em caso algum teria celebrado o Contrato se tivesse conhecido o facto omitido ou declarado inexatamente.

6.5. O disposto nos pontos anteriores não se aplica em relação à cobertura de Morte, quando após a celebração do Contrato tenham decorrido mais de dois (2) anos.

7. INÍCIO, EFEITOS E DURAÇÃO DO CONTRATO

7.1. O presente Contrato tem o seu início às zero (0) horas da data estipulada nas Condições Particulares, com expressa reserva que, em qualquer hipótese, a cobertura do risco não pode ser outorgada antes das zero (0) horas do dia imediato ao da sua aceitação pelo Segurador.

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

7.3. O Contrato é celebrado pelo período de um (1) ano, sendo tacitamente renovado por idênticos períodos, até final do prazo indicado nas Condições Particulares da Apólice, no máximo até à idade prevista na alínea c) do ponto 11.1 ou qualquer outra idade diferente desta, desde que indicada nas Condições Particulares e sempre sem prejuízo dos direitos de denúncia ou resolução que assistem às Partes, nos termos previstos no ponto 10.

8. LIVRE RESOLUÇÃO

8.1. Quando o Contrato for celebrado por uma duração igual ou superior a seis (6) meses, o Tomador do Seguro, sendo pessoa singular, 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.

8.2. 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 nouro suporte duradouro, de todas as informações relevantes que tenham de constar da Apólice.

8.3. 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.

8.4. 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.

9. ALTERAÇÃO AO CONTRATO

9.1. O Tomador do Seguro pode, se assim o entender, com efeitos a contar da data de renovação do Contrato e desde que comunicado ao Segurador por escrito e com uma antecedência mínima de trinta (30) dias, solicitar alterações ao Contrato.

9.2. As alterações às condições do Contrato dependerão sempre da sua aceitação por parte do Segurador, ficando desde já reservado o direito de, no caso de as alterações consistirem no aumento do valor das garantias ou de inclusão de novas garantias, subordinar a aceitação das mesmas ao resultado favorável dos exames médicos a realizar pelo Segurado/Pessoa Segura (ou pelos Segurados/Pessoas Seguras, no caso do seguro ser sobre duas (2) vidas) que entenda necessários para o efeito.

As despesas inerentes à realização destes exames serão suportadas pelo Segurador.

10. DENÚNCIA OU RESOLUÇÃO DO CONTRATO

10.1. Com a ressalva do estabelecido no ponto 18.6., o presente Contrato poderá ser denunciado pelo Tomador do Seguro, na respetiva data de renovação, mediante prévia comunicação dirigida ao Segurador com uma antecedência mínima de trinta (30) dias.

10.2. O Segurador renuncia expressamente ao direito de denúncia do Contrato durante um período de cinco (5) anuidades, período este que é automática e sucessivamente

prorrogado na data de renovação anual. O Segurador apenas poderá denunciar o Contrato mediante comunicação formal ao Tomador com uma antecedência nunca inferior a cinco (5) anos sobre a data de produção dos respetivos efeitos.

10.3. O Segurador poderá igualmente resolver o Contrato nos casos previstos na Lei, nomeadamente, em consequência de:

- Falta de pagamento do prémio, conforme previsto no artigo 16;
- Burla ou tentativa de burla do Tomador do Seguro e/ou do Segurado/Pessoa Segura, ou ainda do Beneficiário com cumplicidade daqueles;
- Incumprimento das obrigações contratuais a cargo do Tomador do Seguro e/ou do Segurado/Pessoa Segura essenciais à manutenção do Contrato nos termos em que ele foi aceite.

10.4. Ocorrendo a denúncia ou resolução do Contrato nos termos acima referidos, o Segurador dará conhecimento da mesma ao Beneficiário, quando o benefício seja considerado irrevogável nos termos previstos no artigo 18.

11. CESSAÇÃO DAS COBERTURAS

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

- Na data em que se verificar a denúncia ou resolução do Contrato nos termos previstos no artigo 10;
- Na data em que for pago o capital seguro em caso de Morte ou ao abrigo das seguintes Coberturas Complementares:
 - Invalidez Absoluta e Definitiva (IAD) por doença ou acidente;
 - Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível (IDPAC 65%) por doença ou acidente;
- No final da anuidade em que o Segurado/Pessoa Segura completar a idade limite da cobertura, ou qualquer outra idade diferente desta, desde que indicada nas Condições Particulares da Apólice.

11.2. A cobertura de Invalidez Absoluta e Definitiva inicia os seus efeitos na anuidade seguinte àquela em que o Segurado/Pessoa Segura completar os sessenta e seis (66) anos e vigorará até ao vencimento da Apólice, no limite até à idade termo definida para esta cobertura, setenta e cinco (75) anos.

11.3. No caso de duas (2) vidas seguras, estas coberturas cessam para o primeiro Segurado/Pessoa Segura que atingir a idade termo, mantendo-se em vigor para o outro Segurado/Pessoa Segura enquanto este não atingir a idade termo.

12. CUMULAÇÃO DE COBERTURAS

12.1. Nas situações em que o capital seguro da Cobertura Complementar for inferior ao da Cobertura Principal de Morte, a Cobertura Principal de Morte mantém-se em vigor pelo capital reduzido do montante pago antecipadamente ao abrigo da Cobertura Complementar.

12.2. No caso da mesma doença ou acidente ser causa de Incapacidade Temporária Absoluta e de Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível (IDPAC 65%) ou Invalidez Absoluta e Definitiva (IAD), os valores pagos ao abrigo da primeira cobertura serão deduzidos ao valor do Capital Seguro a pagar ao abrigo da Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível (IDPAC 65%) ou de Invalidez Absoluta e Definitiva (IAD) que se manterão em vigor pelo valor remanescente.

12.3. No caso da mesma doença ou acidente ser causa de Incapacidade Temporária Absoluta (ITA) e de Invalidez Profissional (IP), os valores pagos ao abrigo da primeira cobertura serão deduzidos ao valor do capital seguro a pagar ao abrigo da Invalidez Profissional (IP), que se manterá em vigor pelo valor remanescente suspendendo-se os pagamentos das indemnizações feitas sob a forma de prestação mensal, até que o valor das mesmas perfaça o montante das indemnizações de Incapacidade Temporária e Absoluta (ITA) efetuadas.

12.4 Com exceção da Cobertura Complementar de Exoneração do Pagamento de Prémios, não são cumulativas as indemnizações por um mesmo sinistro ao abrigo de duas ou mais Coberturas Complementares.

12.5. O estabelecido nos pontos 12.2., 12.3. e 12.4. é aplicável conforme as Coberturas Complementares contratadas.

13. CAPITAL SEGURO

O capital seguro garantido ao abrigo do presente Contrato é indicado pelo Tomador do Seguro, correspondendo a uma quantia fixa.

14. PRÉMIO DO CONTRATO

14.1. Os prémios devidos serão calculados de acordo com as tarifas em vigor no Segurador à data da subscrição, o capital seguro, a idade atuarial do(s) Segurado(s)/Pessoa(s) Segura(s), bem como das garantias subscritas.

14.2. O valor do prémio será anualmente, na data de renovação do Contrato, ajustado em função dos fatores referidos no ponto anterior.

14.3. Ao prémio acrescem os encargos legais.

14.4. Durante o período constante no ponto 10.2. o Segurador renuncia expressamente a exercer os direitos de unilateralmente:

- Alterar o valor dos prémios de seguro pré-determinados assim como o âmbito das garantias contratualmente estabelecidas, com a exceção dos casos em que ambas as partes acordem em alterar os capitais ou garantias;
- Rejeitar ou recusar receber o pagamento dos prémios de seguro devidos no âmbito do contrato, quando aquele pagamento tenha sido validamente efetuado.

15. PAGAMENTO DO PRÉMIO

15.1. O prémio, acrescido dos encargos legal ou contratualmente estabelecidos, é devido pelo Tomador do Seguro antecipada e anualmente, de acordo com o definido nas Condições Particulares.

15.2. Quando expressamente acordado nas Condições Particulares, o Segurador pode facultar ao Tomador do Seguro o pagamento do prémio anual em diversas frações, acrescendo, neste caso, ao valor anual os respetivos encargos de fracionamento.

15.3. O prémio, qualquer que seja o fracionamento escolhido, quando aplicável, será pago por um dos meios acordados com o Tomador do Seguro e que consta das Condições Particulares.

15.4. O Segurador avisará, por escrito e com uma antecedência mínima de trinta (30) dias em relação à data em que o prémio ou fração subsequente é devido, o Tomador do Seguro, indicando a data do pagamento, o valor a pagar, a forma de pagamento, bem como as consequências da falta de pagamento do prémio ou fração.

15.5. O prémio é devido até ao final da anuidade em que ocorre a morte do Segurado/Pessoa Segura (ou de um dos Segurados/Pessoas Seguras no caso do contrato de seguro ser sobre duas (2) vidas) ou em que ocorre o pagamento da indemnização por antecipação em consequência do sinistro garantido ao abrigo das Coberturas Complementares que eventualmente tenham sido subscritas.

16. FALTA DE PAGAMENTO DO PRÉMIO

16.1. A falta de pagamento do prémio de anuidades subsequentes ou de qualquer fração subsequente no decurso de uma mesma anuidade, quando o pagamento for fracionado, até à respetiva data de vencimento de cada uma das anuidades, concede ao Segurador a faculdade de proceder à resolução da Apólice.

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

17. REPOSIÇÃO DO CONTRATO EM VIGOR

Este produto não permite a reposição da Apólice em vigor, depois de anulada ou resolvida nos termos do artigo 10.

18. BENEFICIÁRIOS

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

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

18.2. O previsto no ponto anterior não será aplicável nos casos em que o Contrato de seguro esteja associado a um contrato de mútuo.

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

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

18.5. A renúncia do Tomador do Seguro e/ou do Segurado/Pessoa Segura em alterar a Cláusula Beneficiária, assim como a aceitação do Beneficiário, deverão constar de documento escrito, cuja validade depende de efetiva comunicação ao Segurador.

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

18.7. Sendo a Cláusula Beneficiária irrevogável, o Segurador comunicará, simultaneamente, ao Beneficiário e ao Tomador do Seguro a falta de pagamento do prémio e respetivas consequências.

18.8. O Beneficiário adquire o direito a ocupar o lugar do Tomador do Seguro, em caso de morte deste, desde que o Tomador do Seguro tenha previamente informado por escrito o Segurador, e o Segurado/Pessoa Segura tenha dado o seu consentimento escrito.

19. OBRIGAÇÕES DO SEGURADO/PESSOA SEGURA E/OU DO BENEFICIÁRIO EM CASO DE SINISTRO

19.1. A verificação de sinistro garantido ao abrigo da cobertura principal – Morte da Pessoa Segura - deve ser comunicada ao Segurador pelo Tomador do Seguro (quando distinto da Pessoa Segura), ou pelo(s) Beneficiário(s), no prazo máximo de oito (8) dias imediatos àquele em que tenha conhecimento do mesmo, mediante explicitação das circunstâncias da verificação do sinistro, nomeadamente, as causas da morte da Pessoa Segura, comprovadas através de certidão de óbito e, no caso de morte violenta, relatório de autópsia e auto de ocorrência assim como outra documentação relevante a que tenha acesso, emitida por autoridades oficiais.

19.2. Os Beneficiários deverão apresentar ao Segurador documentação que comprove aquela qualidade assim como da identificação da Pessoa Segura. Na falta de designação de Beneficiário na apólice, deverá ser apresentado o competente documento de habilitação de herdeiros.

19.3. Ocorrendo uma situação garantida através de uma Cobertura Complementar, sem prejuízo do que constar nas respetivas Condições Especiais, e desde que a mesma tenha sido subscrita, o Segurado/Pessoa Segura deve enviar ao Segurador um atestado do médico assistente indicando o início, as causas, a natureza e a evolução do estado de saúde ou incapacidade, no prazo máximo de sessenta (60) dias a seguir à constatação da mesma.

19.4. Em complemento ao disposto no ponto anterior, sempre que tal se justificar para a correta determinação das circunstâncias em que ocorre o sinistro, o Segurador reserva-se o direito de exigir qualquer justificação complementar e de proceder às investigações que julgar convenientes para a determinação exata do estado de saúde do Segurado/Pessoa Segura, mandando-o examinar pelos seus médicos se assim o entender, ficando a cargo do Segurador as respetivas despesas.

19.5. Para efeitos dos pontos anteriores, o Segurado/Pessoa Segura, aquando da subscrição do Contrato deve autorizar o seu médico assistente a fornecer, a título confidencial, ao médico representante do Segurador, toda a informação médica respeitante ao sinistro declarado.

19.6. Sempre que o Contrato de Seguro garanta duas (2) Pessoas Seguras (na modalidade denominada, "duas cabeças"), as referências nos pontos anteriores à Pessoa Segura devem considerar-se extensíveis e aplicáveis a ambas as Pessoas Seguras.

19.7. Os documentos a apresentar e o prazo para liquidação das prestações seguras quando aplicável, encontram-se descritos nas respetivas Condições Especiais.

19.8. A falta de cumprimento por parte do(s) Beneficiário(s) do disposto nos números anteriores, poderá determinar a redução das prestações do Segurador e no caso de deliberada e consciente prestação de informações incorretas ao Segurador poderá implicar a perda do direito às importâncias seguras.

20. LIQUIDAÇÃO DAS IMPORTÂNCIAS SEGURAS PELO SEGURADOR

20.1. Feita a participação do sinistro por Morte, Morte por Acidente (MA), Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível (IPDAC 65%), Invalidez Profissional (IP), Invalidez Absoluta e Definitiva (IAD), Incapacidade Temporária e Absoluta (ITA), Doenças Graves 27 (DG27) ou Exoneração do Pagamento de Prémios, bem como entregues todos os documentos complementares que eventualmente sejam solicitados pelo Segurador, conforme definido no ponto anterior, 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.

20.2. Se as circunstâncias da morte assim o justificarem, nos termos da autorização concedida pela Pessoa Segura, o Segurador poderá solicitar junto das 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.

20.3. Havendo lugar ao pagamento do capital seguro em caso de Morte, Morte por Acidente, Invalidez Absoluta e Definitiva ou Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível:

a) As importâncias seguras serão pagas ao Beneficiário designado à data da morte ou invalidez do Segurado/Pessoa Segura;

b) Na falta de designação do Beneficiário e por morte do Segurado/Pessoa Segura, as importâncias seguras serão pagas aos Herdeiros do Segurado/Pessoa Segura pela ordem estabelecida para a sucessão legítima nos termos das alíneas a) e d) do n.º 1 do artigo 2133º do Código Civil;

c) Em caso de premoriência do Beneficiário relativamente ao Segurado/Pessoa Segura, aos Herdeiros deste, de acordo com as regras definidas na alínea a);

d) Em caso de premoriência do Beneficiário relativamente ao Segurado/Pessoa Segura, tendo havido renúncia à revogação da cláusula beneficiária ou tendo havido aceitação do benefício por parte do Beneficiário, aos herdeiros daquele, de acordo com as regras definidas na alínea a);

e) Em caso de comoriência do Segurado/Pessoa Segura e do Beneficiário, aos herdeiros deste, de acordo com as regras definidas na alínea a);

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

20.4. Existindo diferenças entre a(s) idade(s) declarada(s) pelo(s) Segurado(s)/Pessoa(s) Segura(s) na proposta de subscrição de seguro e a(s) constante(s) dos documentos de identificação, as mesmas darão lugar à correção das importâncias seguras, de acordo com os prémios pagos, tendo em conta a idade exata e as tarifas em vigor à data da emissão da Apólice.

21. PARTICIPAÇÃO NOS RESULTADOS

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

22. DOMICÍLIO

Para efeitos deste Contrato, será considerado domicílio do Tomador do Seguro e do Segurado/Pessoa Segura o indicado nas Condições Particulares ou, em caso de mudança, qualquer outro que, por escrito, tenha sido comunicado ao Segurador.

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

23. COMUNICAÇÕES E NOTIFICAÇÕES ENTRE AS PARTES

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

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

24. LEGISLAÇÃO E FORO

24.1. O presente contrato rege-se pela Lei portuguesa.

24.2. Nos casos omissos no presente contrato, recorrer-se-á à legislação aplicável.

24.3. O foro competente para a resolução de qualquer litígio emergente deste contrato é o fixado na lei civil.

24.4. Em caso de conflito poderão as partes recorrer aos meios de resolução de litígios previstos na lei.

24.5. 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.

25. ÂMBITO TERRITORIAL

Salvo estipulação em contrário nas Condições Particulares e sem prejuízo do disposto no artigo 2, o presente Contrato produz efeitos, em relação a qualquer evento garantido pela presente Apólice, em qualquer parte do mundo.

26. GESTÃO DE RECLAMAÇÕES

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

Mais informamos que o Segurador dispõe de uma unidade orgânica responsável pela gestão de reclamações à qual poderão ser dirigidas, por escrito, quaisquer questões relacionadas com o presente Contrato. Em caso de divergência com o Segurador, o Tomador do Seguro e/ou Segurado/Pessoa Segura poderão também apresentar reclamações através do respetivo sítio na internet em www.tranquilidade.pt, 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 (www.asf.com.pt), sem prejuízo ainda da possibilidade do recurso aos meios de resolução de litígios previstos na lei.

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.

91000-V884n-202010-02

Quando subscritas pelo Tomador do Seguro e expressamente previstas nas Condições Particulares da Apólice, aplicar-se-ão ao presente Contrato de seguro as seguintes Condições Especiais.

COBERTURA COMPLEMENTAR MORTE POR ACIDENTE (MACID)

1. ÂMBITO DA COBERTURA

1.1. Quando expressamente previsto nas Condições Particulares da Apólice, através do presente Contrato, pode ainda ficar garantido, em complemento ao capital previsto para a Cobertura Principal de Morte, o pagamento de um capital adicional por Morte do Segurado/Pessoa Segura quando ocorrer nos termos a seguir previstos.

1.2. Se o Segurado/Pessoa Segura falecer devido a **Acidente**, ao abrigo da presente cobertura ficará garantido o pagamento de um segundo (2º) capital, de valor não superior ao previsto para a Cobertura Principal de Morte, ao qual este acrescerá.

1.3. Para efeitos do disposto na presente cobertura, considera-se:

a) **Acidente:** Todo o acontecimento fortuito, súbito e anormal, devido a causa exterior e estranha à vontade do Segurado/Pessoa Segura ocorrido na vigência do Contrato, e que neste origine lesões corporais, clínica e objetivamente constatadas. As intoxicações e afogamentos, são para efeitos desta cobertura, equiparados a acidente.

2. JUSTIFICAÇÃO E RECONHECIMENTO DO DIREITO ÀS IMPORTÂNCIAS SEGURAS

2.1. Em caso de falecimento do Segurado/Pessoa Segura, resultante de acidente, o Tomador do Seguro e/ou o Beneficiário indicado nas Condições Particulares deverão, sem prejuízo das restantes obrigações previstas no artigo 19 das Condições Gerais, enviar ao Segurador, em complemento da participação do acidente, o respetivo Certificado de Óbito, bem como todos e quaisquer outros documentos elucidativos do acidente e das suas consequências, que se revelem necessários para a correta determinação das causas do acidente.

2.2. O incumprimento por parte do Tomador do Seguro e/ou do Beneficiário do disposto no ponto anterior implica a responsabilidade pelas perdas e danos dela resultante, ou a suspensão desta cobertura enquanto se mantiver o incumprimento.

2.3. A falta de verdade nas informações prestadas ao Segurador, implica a perda do direito às importâncias seguras.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Para além das exclusões previstas no artigo 3 das Condições Gerais, aplicáveis à presente cobertura com as necessárias adaptações, ao abrigo da presente cobertura não ficarão igualmente garantidas as situações de morte que:

- Resultem de doença;
- Sejam consequência de perturbações psíquicas;
- Resultem de acidentes e respetivas consequências provocados intencionalmente pelo Segurado/Pessoa Segura ou com a sua cumplicidade, bem como a tentativa de suicídio deste;
- 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 seu organismo ou em qualquer líquido orgânico para os testes de deteção;
- 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.

4. CESSAÇÃO DA COBERTURA

Em complemento às situações previstas no artigo 11 das Condições Gerais, a Cobertura Complementar de Morte por Acidente cessará igualmente os seus efeitos na data em que se verificar alguma das seguintes situações:

- Mobilização do Segurado/Pessoa Segura para tomar parte em operações de guerra, policiamento ou em repressões de atos de terrorismo, quando os referidos riscos estejam garantidos;
- No termo da anuidade em que o Segurado/Pessoa Segura completar sessenta e cinco (65) anos de idade ou qualquer outra idade diferente desta, desde que indicada nas Condições Particulares da Apólice.

Se o Contrato for celebrado sobre duas (2) vidas, a cobertura cessará os seus efeitos na data em que um dos Segurados/Pessoas Seguras atingir a idade acima referida, mantendo-se no entanto em vigor para o outro Segurado enquanto este não atingir, por sua vez, a idade em questão.

COBERTURA COMPLEMENTAR INVALIDEZ ABSOLUTA E DEFINITIVA (IAD)

1. ÂMBITO DA COBERTURA

1.1. Quando expressamente previsto nas Condições Particulares da Apólice, através do presente Contrato, podem ainda, em complemento à Cobertura Principal de Morte, ficar garantidas as situações de invalidez absoluta e definitiva em consequência de doença ou acidente.

1.2. Para efeitos do disposto na presente cobertura, considera-se que o Segurado/Pessoa Segura se encontra em situação de invalidez absoluta e definitiva, quando, em consequência de doença ou acidente, se verificarem cumulativa e simultaneamente os seguintes requisitos:

a) Fique total e definitivamente incapaz de exercer qualquer atividade remunerada;

b) Fique na obrigação de recorrer à assistência permanente de uma terceira pessoa para efetuar quaisquer atos elementares da vida corrente e,

c) Apresente um grau de incapacidade igual ou superior a 85%, de acordo com a "Tabela Nacional de Incapacidade por Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais" oficialmente em vigor no momento do reconhecimento da invalidez.

1.3. Para efeitos da alínea b), 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.

1.4. Verificando-se em relação ao Segurado/Pessoa Segura uma situação de invalidez absoluta e definitiva, nos termos acima indicados, o Segurador procederá ao pagamento antecipado do capital garantido para a cobertura de Morte que constar nas Condições Particulares da Apólice.

2. CONDIÇÕES DE FUNCIONAMENTO DA COBERTURA

2.1. Para o funcionamento desta garantia não é considerada a concessão de reforma por invalidez ou a classificação de "Grande Inválido" atribuídas pela Segurança Social ou por qualquer outro regime facultativo ou obrigatório que a substitua ou complementa.

2.2. Para o efeito do reconhecimento da invalidez absoluta e definitiva, esta deve ser constatada e reconhecida por um médico do Segurador, com base em critérios médicos objetivos, prevalecendo aquele reconhecimento sobre quaisquer pareceres ou decisões da Segurança Social, Caixa Geral de Aposentações ou qualquer outro regime facultativo ou obrigatório que os substitua ou complementa.

2.3. Sem prejuízo do disposto no ponto seguinte, a Cobertura Complementar de Invalidez Absoluta e Definitiva só será aplicável se a mesma se verificar durante a vigência da Apólice e previamente ao termo da anuidade em que o Segurado/Pessoa Segura atinja a idade de permanência contratualmente prevista.

2.4. Quando ao abrigo do presente Contrato ficarem garantidos dois (2) Segurados/Pessoas Seguras (no caso do seguro ser sobre duas (2) vidas), a verificação de uma situação de invalidez absoluta e definitiva em relação a um dos Segurados/Pessoas Seguras determina a cessação do Contrato em relação ao outro Segurado/Pessoa Segura.

2.5. Se a invalidez proveniente de acidente for agravada ou resultar de defeito físico de que o Segurado/Pessoa Segura já era portador à data da sua inclusão na presente Cobertura Complementar, a responsabilidade do Segurador não poderá exceder a que teria se o acidente tivesse ocorrido a uma pessoa sem o referido defeito físico.

2.6. O grau de desvalorização correspondente aos defeitos físicos de que o Segurado/Pessoa Segura já era portador à data de início desta Cobertura Complementar, não concorrerá para a fixação do grau de desvalorização a atribuir ao abrigo desta cobertura.

3. EXIGIBILIDADE DO CAPITAL SEGURO

Uma vez reconhecida a situação de invalidez absoluta e definitiva por parte do médico do Segurador, o pagamento do capital seguro será disponibilizado ao Beneficiário nos termos previstos no artigo 20 das Condições Gerais. O reconhecimento da situação de invalidez, tendo em conta a sua efetiva confirmação ou regressão do ponto de vista clínico, nunca ocorrerá antes de decorridos três (3) meses sobre a data em que a invalidez é comunicada ao Segurador.

4. JUSTIFICAÇÃO E RECONHECIMENTO DO DIREITO ÀS IMPORTÂNCIAS SEGURAS

4.1. Em caso de invalidez, sem prejuízo das restantes obrigações previstas no artigo 19 das Condições Gerais, o Tomador do Seguro e/ou o Beneficiário indicado nas Condições Particulares deve:

a) Enviar ao Segurador, nos sessenta (60) dias que se seguirem à constatação da invalidez absoluta e definitiva, um atestado do médico assistente, por conta do Tomador do Seguro, indicando o início, as causas, a natureza e a evolução do estado de incapacidade;

b) Anexar uma descrição exata da atividade exercida pelo Segurado/Pessoa Segura antes da incapacidade.

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

4.3. A falta de cumprimento por parte do Tomador do Seguro e/ou do Beneficiário do disposto nos pontos 4.1. e 4.2. implica a responsabilidade pelas perdas e danos dela resultante ou a suspensão desta cobertura enquanto se mantiver o incumprimento.

4.4. A falta de verdade nas informações prestadas ao Segurador implica a perda do direito às importâncias seguras.

4.5. Em caso de conflito poderão as partes recorrer aos meios de resolução de litígios previstos na lei.

4.6. Enquanto as divergências não forem solucionadas, os prémios e sobreprémios relativos à cobertura de Morte, bem como os prémios e sobreprémios relativos à cobertura de Invalidez, que eventualmente se vençam no decorrer das discussões, devem ser pagos ao Segurador. Se a decisão for contrária ao Segurador, este restituirá as quantias recebidas e pagará, se for caso disso, as importâncias devidas acrescidas do juro de 1% ao ano, contado desde o fim do prazo indicado no artigo 3 da presente Condição Especial.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

Para além das exclusões previstas no artigo 3 das Condições Gerais, aplicáveis à presente cobertura com as necessárias adaptações, ao abrigo da presente cobertura ficam igualmente excluídos os sinistros que resultem direta ou indiretamente, de ato do Segurado/Pessoa Segura ou praticado com a sua cumplicidade, bem como a tentativa de suicídio deste.

6. CESSAÇÃO DA COBERTURA

6.1. Em complemento às situações previstas no artigo 3 das Condições Gerais, a Cobertura Complementar de Invalidez Absoluta e Definitiva (IAD), quando contratada, cessará igualmente os seus efeitos na data em que se verificar alguma das seguintes situações:

a) Tentativa de suicídio por parte do Segurado/Pessoa Segura;

b) Agravamento intencional, qualquer que seja o meio, do grau de invalidez por parte do Segurado/Pessoa Segura;

c) Mobilização do Segurado/Pessoa Segura para tomar parte em operações de guerra, policiamento ou em repressões de atos de terrorismo;

d) No termo da anuidade em que o Segurado/Pessoa Segura completar setenta e cinco (75) anos de idade ou qualquer outra idade diferente desta, desde que indicada nas Condições Particulares da Apólice.

6.2. Se o Contrato for celebrado sobre duas (2) vidas, a cobertura cessará os seus efeitos na data em que um dos Segurados/Pessoas Seguras atingir a idade referida na alínea d) do ponto 6.1., mantendo-se, no entanto, em vigor para o outro Segurado/Pessoa Segura enquanto este não atingir, por sua vez, a idade em questão.

INVALIDEZ DEFINITIVA PARA A PROFISSÃO OU ATIVIDADE COMPATÍVEL (IDPAC 65%)

1. ÂMBITO DA COBERTURA

Quando subscrita pelo Tomador do Seguro e nos termos expressamente previstos nas Condições Particulares da Apólice, através do presente Contrato pode ainda, em complemento à Cobertura Principal de Morte, ficar garantida a situação de Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível em consequência de doença ou acidente. Verificando-se em relação ao Segurado/Pessoa Segura uma situação de Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível, o Segurador procederá ao pagamento antecipado do

capital definido para esta cobertura, que consta nas Condições Particulares da Apólice.

2. DEFINIÇÕES

2.1. **Acidente:** Para efeito da presente cobertura, entende-se por acidente todo o acontecimento fortuito, súbito e anormal, devido a causa exterior e estranha à vontade do Segurado/Pessoa Segura ocorrido na vigência do contrato, e que neste origine lesões corporais.

2.2. **Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível (IDPAC 65%):** O Segurado/Pessoa Segura é considerado em estado de Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível sempre que, em consequência de uma doença ou acidente, se encontre totalmente incapaz de exercer a sua profissão ou qualquer outra atividade lucrativa de acordo com os seus conhecimentos e aptidões de forma permanente, e além disso, apresentar um grau de incapacidade de 65% de acordo com a "Tabela Nacional de Incapacidade por Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais" oficialmente em vigor no momento do reconhecimento da invalidez.

3. CONDIÇÕES DE FUNCIONAMENTO DA COBERTURA

3.1. Para o funcionamento desta Garantia não é considerada a concessão de reforma por invalidez ou a classificação de "Grande Inválido" atribuídas pela Segurança Social ou por qualquer outro regime facultativo ou obrigatório que a substitua ou complementa.

3.2. Para o efeito do reconhecimento da Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível (IDPAC 65%), esta deve ser constatada e reconhecida por um médico do Segurador, com base em critérios médicos objetivos, prevalecendo aquele reconhecimento sobre quaisquer pareceres ou decisões da Segurança Social, Caixa Geral de Aposentações ou qualquer outro regime facultativo ou obrigatório que os substitua ou complementa.

3.3. Sem prejuízo do disposto no ponto seguinte, a Cobertura Complementar de Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível (IDPAC 65%) só será aplicável se a mesma se verificar durante a vigência da Apólice e previamente ao termo da anuidade em que o Segurado/Pessoa Segura atinja os sessenta e seis (66) anos de idade.

3.4. Quando ao abrigo do presente Contrato ficarem garantidos dois (2) Segurados/Pessoas Seguras (no caso do seguro ser sobre duas (2) vidas), a verificação de uma situação de Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível (IDPAC 65%) em relação a um dos segurados/Pessoas Seguras determina a cessação do Contrato em relação ao outro Segurado/Pessoa Segura.

4. EXIGIBILIDADE DO CAPITAL SEGURO

Uma vez reconhecida a situação de Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível por parte do médico do Segurador, o pagamento do capital seguro será disponibilizado ao Beneficiário nos termos do artigo 20 das Condições Gerais. O reconhecimento da situação de Invalidez, tendo em conta a sua efetiva confirmação ou regressão, do ponto de vista clínico, nunca ocorrerá antes de decorridos três (3) meses sobre a data em que a Invalidez é comunicada ao Segurador, sendo este período alargado para dois (2) anos nos casos de doença mental ou perturbações psíquicas.

5. JUSTIFICAÇÃO E RECONHECIMENTO DO DIREITO ÀS IMPORTÂNCIAS SEGURAS

5.1. Em caso de Invalidez, sem prejuízo das restantes obrigações previstas no artigo 19 das Condições Gerais, o Tomador do Seguro e/ou o Beneficiário indicado nas Condições Particulares deve:

a) Enviar ao Segurador, nos sessenta (60) dias que se seguirem à constatação da Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível, um atestado do médico assistente, por conta do Tomador do Seguro, indicando o início, as causas, a natureza e a evolução do estado de incapacidade;

b) Anexar uma descrição exata da atividade exercida pelo Segurado/Pessoa Segura antes da incapacidade.

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

5.3. A falta de cumprimento por parte do Tomador do Seguro e/ou do Beneficiário do disposto nos pontos 5.1. e 5.2. implica a responsabilidade pelas perdas e danos dela resultantes ou a suspensão desta cobertura enquanto se mantiver o incumprimento.

5.4. A falta de verdade nas informações prestadas ao Segurador implica a perda do direito às importâncias seguras.

5.5. Em caso de conflito poderão as partes recorrer aos meios de resolução de litígios previstos na lei.

5.6. Enquanto as divergências não forem solucionadas, os prémios e sobrepémios relativos à cobertura de Morte, bem como os prémios e sobrepémios relativos à cobertura de Invalidez, que eventualmente se vençam no decorrer das discussões, devem ser pagos ao Segurador. Se a decisão for contrária ao Segurador, este restituirá as quantias recebidas e pagará, se for caso disso, as importâncias devidas acrescidas do juro de 1% ao ano, contado desde o fim do prazo indicado no artigo 4 da presente Condição Especial.

6. RISCOS EXCLUÍDOS

Para além das exclusões previstas no artigo 3 das Condições Gerais, aplicáveis à presente cobertura com as necessárias adaptações, ao abrigo da presente cobertura ficarão igualmente excluídos os sinistros que resultem:

- a) Direta ou indiretamente, de ato do Segurado/Pessoa Segura ou praticado com a sua cumplicidade, bem como a tentativa de suicídio deste;**
- b) De acidente em que o Segurado/Pessoa Segura tenha dado origem ao mesmo e tenha acusado uma taxa de alcoolemia superior a 0,50 g/l, ou tenha ingerido 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 seu organismo ou em qualquer líquido orgânico para os testes de deteção;**
- c) De consequência de perturbações psíquicas.**

7. CESSAÇÃO DA COBERTURA

Em complemento às situações previstas no artigo 11 das Condições Gerais, a Cobertura Complementar de Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível (IDPAC 65%), quando contratada, cessará igualmente os seus efeitos na data em que se verificar alguma das seguintes situações:

- a) Tentativa de suicídio por parte do Segurado/Pessoa Segura;**
- b) Agravamento intencional, qualquer que seja o meio, do grau de invalidez por parte do Segurado/Pessoa Segura;**
- c) Mobilização do Segurado/Pessoa Segura para tomar parte em operações de guerra, policiamento ou em repressões de ato de terrorismo;**
- d) No termo da anuidade em que o Segurado/Pessoa Segura completar sessenta e seis (66) anos de idade ou qualquer outra idade diferente desta, desde que indicada nas Condições Particulares da Apólice. Se o Contrato for celebrado sobre duas (2) vidas, a cobertura cessará os seus efeitos na data em que um dos Segurados/Pessoas Seguras atingir a idade acima referida, mantendo-se no entanto em vigor para o outro Segurado/Pessoa Segura enquanto este não atingir, por sua vez, a idade em questão;**
- e) Na data em que o Segurado/Pessoa Segura começar a receber uma pensão de velhice, pré-reforma ou reforma antecipada.**

COBERTURA COMPLEMENTAR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA ABSOLUTA (ITA)

1. ÂMBITO DA COBERTURA

Em complemento à Cobertura Principal de Morte, conforme acordado e expressamente referido nas Condições Particulares, pode ser coberto o risco adiante definido nos termos dos respetivos pontos. A Cobertura de Incapacidade Temporária Absoluta (ITA) para o trabalho, por acidente ou doença, forma um todo com a Cobertura Principal, sem o qual não pode subsistir e esta cobertura rege-se pelas Condições Gerais da Cobertura Principal e complementarmente por estas Condições Especiais.

2. DEFINIÇÕES

Para efeito da presente Condição Especial entende-se por:

Franquia: Período pré-determinado contado imediatamente após o sinistro, em que não existe direito à prestação do Segurador;

Sinistro: A verificação total ou parcial, do evento, incerto e independente da vontade do Tomador do Seguro ou do Segurado/Pessoa Segura que desencadeia o acionamento das coberturas do risco previstas no presente Contrato de seguro;

Acidente: O acontecimento fortuito, súbito e anormal, devido a causa exterior e alheia à vontade do Segurado/Pessoa Segura, que lhe provoque uma lesão corporal;

Doença: A alteração do estado de saúde, estranha à vontade do Segurado/Pessoa Segura e não causada por acidente, que se revele por sinais ou sintomas manifestos e seja reconhecida como tal pelo médico;

Período de Requalificação: Período em que, imediatamente após o último pagamento devido decorrente de um sinistro, não existe direito à prestação do Segurador;

Período de Carência: Período em que, imediatamente após a subscrição da presente Condição Especial não existe direito à prestação do Segurador;

Incapacidade Temporária Absoluta (ITA): Impossibilidade física total e temporária, clinicamente comprovada, do Segurado/Pessoa Segura exercer temporariamente a sua atividade profissional, em consequência de ter sofrido um acidente ou ter contraído uma doença;

Capital mensal contratado: Corresponde ao valor que será pago por cada mês de ITA e consta das Condições Particulares.

3. INÍCIO E DURAÇÃO DA COBERTURA

3.1. Sem prejuízo do disposto no artigo 7 das Condições Gerais da Cobertura Principal de Morte, da verificação do preenchimento das condições de subscrição em caso de sinistro e do prévio pagamento do prémio, a cobertura dos riscos ao abrigo da presente condição especial inicia-se a partir das zero (0) horas do dia seguinte àquele no qual o Segurado/Pessoa Segura, subscreveu a presente Condição Especial, caso tal data não coincida com a subscrição da Cobertura Principal de Morte.

3.2. Sem prejuízo do disposto no artigo 11 das Condições Gerais do Seguro Principal, as garantias da presente Condição Especial mantêm-se em vigor até que se atinja a primeira (1ª) das seguintes datas:

- a) Data da reforma ou pré-reforma do Segurado/Pessoa Segura;
- b) Data em que o Segurado/Pessoa Segura complete sessenta e cinco (65) anos de idade;
- c) Por anulação ou resolução da Cobertura Principal de Morte.

4. CONDIÇÕES DE SUBSCRIÇÃO

Só poderá subscrever a presente Condição Especial o Segurado/Pessoa Segura que tenha:

- a) Idade compreendida entre os dezoito (18) e os sessenta e quatro (64) anos;**
- b) Uma atividade profissional de pelo menos dezasseis (16) horas semanais nos últimos doze (12) meses, sem ter conhecimento de um possível desemprego;**
- c) Assinado a declaração de saúde inserida na Proposta de Subscrição, confirmando que tomou conhecimento de que estão excluídas todas as patologias pré-existentes à data da adesão a este seguro e toda e qualquer patologia futura com relação direta ou indireta com as mesmas.**

5. SUSPENSÃO DA CONDIÇÃO ESPECIAL

5.1. O Segurador não está obrigado ao cumprimento da prestação devida ao abrigo da presente Condição Especial caso verifique a inexistência de uma condição de subscrição aquando da participação de um sinistro pelo Segurado/Pessoa Segura.

5.2. Em caso de desemprego ou não exercício de uma atividade remunerada, exceto se a causa dessa inatividade for por doença ou acidente, a garantia de ITA será suspensa até à data em que o Segurado/Pessoa Segura retomar uma atividade remunerada.

5.3. Caso o Segurador tenha procedido à cobrança do prémio ou fração do prémio durante o período descrito em 5.2., deverá devolver a proporção do prémio correspondente ao período de suspensão.

5.4. Caso o Segurado/Pessoa Segura comece a receber a indemnização sob forma de prestação mensal através da Cobertura Complementar de Invalidez Profissional (IP) será suspenso o pagamento da prestação mensal por ITA.

6. GARANTIAS

6.1. O Segurador obriga-se a garantir o pagamento do Capital Mensal contratado, até que o Segurado/Pessoa Segura volte a trabalhar, até ao limite máximo de doze (12) meses por sinistro, em caso de incapacidade temporária absoluta para o trabalho, resultante de acidente e/ou doença de que seja vítima o Segurado/Pessoa Segura.

6.2. Riscos Excluídos: Para além das incapacidades que resultem das situações previstas no ponto 3 das Condições Gerais do Seguro Principal, ficam ainda excluídas das garantias da presente Condição Especial as Incapacidades resultantes de:

- a) Afeções existentes à data de início das garantias da Apólice;**

- b) Anomalias congénitas, incapacidades físicas ou mentais existentes à data do início das garantias da Apólice;
- c) Afeções originadas diretamente da consequência de alcoolismo (tanto em processos agudos como crónicos), de toxicomania ou de estupefacientes ou outras drogas não prescritas por médico;
- d) 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;
- e) Afeções provocadas intencionalmente pelo Segurado/Pessoa Segura;
- f) Tentativa de Suicídio;
- g) Parto, gravidez ou interrupção voluntária ou involuntária de gravidez;
- h) Acidentes provocados por condução de veículos a motor pelo Segurado/Pessoa Segura, sem estar legalmente habilitado;
- i) Afeções por Psicopatologias de qualquer natureza, bem como doenças sem comprovação clínica;
- j) Acidentes decorrentes da prática profissional de desportos, ou ainda, para amadores, as provas desportivas integradas em campeonatos e respetivos treinos, boxe, karaté e outras artes marciais, pára-quedismo, tauromaquia e outros desportos análogos na sua perigosidade;
- k) Dores de costas e pescoço ou lombalgias;
- l) Tratamentos de estética e cosmética, exceto se diretamente resultantes de qualquer doença ou acidente.

7. PERÍODO DE CARÊNCIA, DE REQUALIFICAÇÃO E FRANQUIA

7.1. As garantias concedidas pela presente Condição Especial produzem efeitos somente depois de decorrido o período de carência de noventa (90) dias contado a partir da subscrição da presente Condição Especial.

7.2. As Garantias desta Condição Especial estão igualmente sujeitas às seguintes Franquias:

- a) Trinta (30) dias em caso de ITA por doença;
 - b) Catorze (14) dias em caso de ITA por acidente;
- 7.3. Será igualmente aplicado um período de requalificação de seis (6) meses de trabalho ativo, às garantias desta condição especial.

8. PROCEDIMENTOS PARA REGULARIZAÇÃO DE SINISTROS

8.1. Os pagamentos devidos em consequência de sinistro no âmbito da garantia de ITA serão processados da seguinte forma:

- a) Mensalmente de acordo com as regras e limites definidos na presente Condição Especial;
- b) O pagamento do último montante devido será de 1/30 por cada dia de duração do sinistro;

8.2. O Segurador enviará o formulário de participação de sinistro ao Segurado/Pessoa Segura apenas em caso de regularização do mesmo, em face das condições de subscrição da presente Condição Especial;

8.3. A fraude ou tentativa de fraude perpetrada pelo Tomador do Seguro, pelo Segurado/Pessoa Segura ou por qualquer pessoa atuando sob a sua responsabilidade, desobrigam o Segurador de quaisquer responsabilidades relativamente ao sinistro em questão, conferindo a este o direito à resolução do Contrato, sem prejuízo das disposições penais aplicáveis e do direito a indemnização por perdas e danos;

8.4. As despesas com a obtenção dos documentos comprovativos e necessários à regularização dos sinistros são por conta do Segurado/Pessoa Segura ou de quem tenha interesse legítimo no acionamento do seguro;

8.5. A liquidação de cada sinistro aprovado para pagamento é efetuada após o recebimento da documentação necessária para a análise de cada processo, quer da parte do Segurado/Pessoa Segura, quer da parte do Tomador do Seguro.

9. OBRIGAÇÕES DOS SEGURADOS/PESSOAS SEGURAS EM CASO DE SINISTRO

9.1. Em caso de sinistro, constitui obrigação do Segurado/Pessoa Segura ou de quem tenha interesse legítimo no acionamento do seguro, participar o sinistro ao Segurador no prazo de oito (8) dias imediatos àquele em que tenha conhecimento do sinistro, sob pena de redução da prestação do Segurador na proporção do atraso verificado na participação do sinistro.

9.2. O Segurado/Pessoa Segura deve, na participação explicar todas as circunstâncias da verificação do Sinistro, as eventuais causas da sua ocorrência e as respetivas consequências;

9.3. Uma vez comunicado o sinistro ao Segurador, o Segurado/Pessoa Segura ou quem tenha interesse legítimo no acionamento do seguro receberá um formulário de participação de sinistro que deverá devolver ao Segurador, totalmente preenchido e acompanhado de todos os elementos e documentos que lhe forem solicitados;

9.4. Impende sobre o Segurado/Pessoa Segura ou sobre quem tenha interesse legítimo no acionamento do seguro a prova da veracidade da reclamação sobre a existência do sinistro, bem como a prova de preenchimento das condições de elegibilidade relativamente à cobertura em causa;

9.5. Em caso de sinistro, constituem obrigações do Segurado/Pessoa Segura, além de outras previstas no presente Contrato, sob pena de perda ou suspensão do direito à indemnização:

- a) Comunicar ao Segurador, até quinze (15) dias após a sua verificação, a cura das lesões, promovendo o envio duma declaração médica onde conste, além da data da alta, o período total verificado de incapacidade temporária absoluta para o trabalho;
- b) Cumprir as prescrições médicas;
- c) Sujeitar-se a exames médicos designados pelo Segurador;
- d) Autorizar o médico assistente a prestar todas as informações que sejam solicitadas pelo Segurador;
- e) Enviar ao Segurador todos os documentos que este lhe solicite, independentemente do momento da solicitação, sendo obrigatória a entrega da seguinte documentação:
 - i) Todos os Certificados de Incapacidade Temporária emitidos pelo médico do Centro de Saúde ou pela Companhia de Seguros caso se trate de acidente de viação ou de trabalho, declaração emitida pela entidade patronal e relatório do médico de família ou do médico assistente do Segurado/Pessoa Segura;
 - ii) Folha de remuneração dos últimos três (3) meses (para Trabalhadores por Conta de Outrem);
 - iii) Última nota de liquidação de IRS entregue (para Trabalhadores por Conta Própria);
 - iv) Comprovativo da Situação Cadastral de Atividade, emitida pela Repartição de Finanças competente ou obtida através do Portal das Finanças (para Trabalhadores por Conta Própria).

9.6. No caso de comprovada impossibilidade do Segurado/Pessoa Segura cumprir as obrigações previstas nas alíneas a), d) e e), do ponto anterior, transferem-se tais obrigações para quem as possa cumprir.

9.7. É ao médico assistente que compete prever e declarar que o período de ITA é superior ao período de Franquia indicado na presente Condição Especial.

9.8. Para efeitos de cálculo do pagamento da indemnização, o período de ITA, inicia-se a partir do dia imediato àquele em que terminou o período de franquia, o qual é contado a partir do dia em que é comprovado o início de ITA através de certificado de incapacidade.

10. SUB-ROGAÇÃO

O Segurador, uma vez pagas as indemnizações relativamente à cobertura contratada através da presente Apólice, bem como, de todas as de contratação obrigatória por força da lei vigente, fica sub-rogada nos direitos, ações e recursos do Segurado/Pessoa Segura contra terceiros responsáveis pelo acidente, até à concorrência da quantia indemnizada, abstendo-se aquela de praticar quaisquer atos ou omissões que possam prejudicar a sub-rogação, sob pena de responder por perdas e danos.

COBERTURA COMPLEMENTAR EXONERAÇÃO DO PAGAMENTO DE PRÉMIOS (ISPRE) EM CASO DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA ABSOLUTA PARA O TRABALHO POR ACIDENTE OU DOENÇA, DE DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO OU DE HOSPITALIZAÇÃO

1. ÂMBITO DA COBERTURA

Quando expressamente previsto nas Condições Particulares da Apólice pode ainda, em complemento à Cobertura Principal de Morte, ficar garantida a exoneração do pagamento de prémios da Apólice, em situação de incapacidade temporária absoluta para o trabalho por acidente ou doença, desemprego involuntário ou hospitalização do Segurado/Pessoa Segura (ou de um dos Segurados/Pessoas Seguras no caso do seguro ser sobre duas (2) vidas) nos termos definidos nos pontos seguintes.

2. DEFINIÇÕES

Para efeito da presente Cobertura Complementar entende-se por:
Sinistro: A verificação total ou parcial, do evento, incerto e independente da vontade do Tomador do Seguro, ou do Segurado/Pessoa Segura que desencadeia o acionamento das coberturas previstas na presente Condição Especial.

Acidente: O acontecimento fortuito, súbito e anormal, devido a causa exterior e alheia à vontade do Segurado/Pessoa Segura, que lhe provoque uma lesão corporal.

Doença: A alteração do estado de saúde, estranha à vontade do Segurado/Pessoa Segura e não causada por acidente, que se revele por sinais ou sintomas manifestos e seja reconhecida como tal pelo médico.

Incapacidade Temporária Absoluta (ITA): Impossibilidade física total e temporária, clinicamente comprovada, de o Segurado/Pessoa Segura exercer temporariamente a sua atividade profissional, em consequência de ter sofrido um acidente ou ter contraído uma doença.

Desemprego Total: Situação decorrente da inexistência total e involuntária de emprego do Segurado/Pessoa Segura, encontrando-se este inscrito no Centro de Emprego, não se incluindo as situações de desemprego ou emprego parcial, ainda que permitam manter o direito ao pagamento de subsídio de desemprego.

Desemprego Involuntário: Situação de "Desemprego Total" devido a:

- Despedimento coletivo;
- Despedimento por extinção de postos de trabalho justificada por motivos económicos ou de mercado, tecnológicos ou estruturais, relativos à entidade empregadora;
- Resolução promovida unilateralmente pelo trabalhador com invocação de justa causa.

Hospitalização: Situação que implique o internamento hospitalar do Segurado/Pessoa Segura, por um período superior a sete (7) dias, gerando uma situação de ITA.

Período de Carência: Período em que, imediatamente após a adesão do Segurado/Pessoa Segura, não existe direito à prestação do Segurador.

Franquia Relativa: Período pré-determinado contado imediatamente após o sinistro, em que ainda não existe direito à prestação do Segurador. Se o período de incapacidade ultrapassar o período de Franquia Relativa, esta não será aplicada.

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

Trabalhador por conta de outrem: O exercício, mediante uma remuneração, de uma atividade profissional, como trabalhador dependente, a uma entidade empregadora, sob a autoridade e direção desta, através do estabelecimento de um contrato individual de trabalho, estando inscrito na Segurança Social.

Trabalhador por Conta Própria: O exercício de uma atividade profissional, como trabalhador independente, ou alguma atividade comercial, industrial ou agrícola como empresário em nome individual, podendo exercer individualmente ou associado a outras pessoas, desde que esteja inscrito no Registo Nacional de Pessoas Coletivas como empresário em nome individual ou como trabalhador independente na respetiva Repartição de Finanças e seja contribuinte da Segurança Social ou de regime contributivo equiparado.

3. INÍCIO E DURAÇÃO DA COBERTURA

3.1. A presente cobertura, quando subscrita, produz efeitos a contar da data início da Cobertura Principal de Morte indicada nas respetivas Condições Particulares.

3.2. Sem prejuízo do disposto no artigo 11 das Condições Gerais, as garantias da presente Cobertura Complementar mantêm-se em vigor até que se atinja a primeira das seguintes datas:

- a) Data da reforma ou pré-reforma do Segurado/Pessoa Segura;
- b) Data em que o Segurado/Pessoa Segura completa sessenta e cinco (65) anos de idade;
- c) Data em que se verificar a cessação da Cobertura Principal de Morte.

4. CONDIÇÕES

Para efeitos de beneficiar da cobertura Exoneração do Pagamento de Prémios, o Segurado/Pessoa Segura deverá preencher as seguintes condições:

- a) Ter idade compreendida entre os dezoito (18) e os sessenta e seis (66) anos;
- b) 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 involuntário ou de uma possível hospitalização;
- c) Ter conhecimento de que estão excluídas todas as patologias pré-existentes à data de subscrição do Contrato de seguro e toda ou qualquer patologia futura com relação direta ou indireta com as mesmas;
- d) Ser trabalhador por conta de outrem e com contrato de trabalho vinculado à lei portuguesa para beneficiar da situação de desemprego involuntário.

5. GARANTIAS

5.1. EXONERAÇÃO DO PAGAMENTO DE PRÉMIOS EM CASO DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA ABSOLUTA:

O Segurador garante o reembolso da fração do prémio total do seguro pago pelo Tomador do Seguro, constante nas Condições Particulares da Apólice, durante o período em que o Segurado/Pessoa Segura se encontrar em situação de incapacidade temporária absoluta para o

trabalho, resultante de acidente e/ou doença, no limite máximo de doze (12) meses consecutivos por sinistro e de trinta e seis (36) meses por conjunto de sinistros. O limite máximo mensal de indemnização desta cobertura é de 300,00 € (trezentos euros). No último pagamento, o montante a indemnizar será de 1/30 da fração do prémio total do seguro devido por cada dia de duração da situação de incapacidade temporária absoluta.

Riscos Excluídos:

Ficam excluídas das garantias da presente Cobertura Complementar as incapacidades resultantes de:

- a) Afeções existentes à data de início das garantias da Apólice;
- b) Anomalias congénitas, incapacidades físicas ou mentais existentes à data do início das garantias da Apólice;
- c) Afeções originadas diretamente da consequência de alcoolismo (tanto em processos agudos como crónicos), de toxicomania ou de estupefacientes ou outras drogas não prescritas por médico;
- d) 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;
- e) Afeções provocadas intencionalmente pelo Segurado/Pessoa Segura;
- f) Tentativa de Suicídio;
- g) Parto, gravidez ou interrupção voluntária ou involuntária de gravidez;
- h) Acidentes provocados por condução de veículos a motor pelo Segurado/Pessoa Segura, sem estar legalmente habilitado;
- i) Afeções por psicopatologias de qualquer natureza, bem como doenças sem comprovação clínica;
- j) Acidentes decorrentes da prática profissional de desportos, ou ainda, para amadores, as provas desportivas integradas em campeonatos e respetivos treinos, desportos de inverno, boxe, karaté e outras artes marciais, para-quedismo, taumquia e outros desportos análogos na sua perigosidade;
- k) Tratamentos de estética e cosmética, exceto se diretamente resultantes de qualquer doença ou acidente;
- l) Dores de costas ou lombalgias.

5.2. EXONERAÇÃO DO PAGAMENTO DE PRÉMIOS EM CASO DE DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO

O Segurador garante o reembolso da fração do prémio total do seguro pago pelo Tomador do Seguro, constante nas Condições Particulares da Apólice, durante o período em que o Segurado/Pessoa Segura se encontrar em situação de desemprego involuntário para o trabalho, no limite máximo de seis (6) meses consecutivos por sinistro e de trinta e seis (36) meses por conjunto de sinistros. O limite máximo mensal de indemnização desta cobertura é de 300,00 € (trezentos euros). No último pagamento, o montante a indemnizar será de 1/30 da fração do prémio total do seguro devido por cada dia de duração da situação de desemprego involuntário.

Riscos Excluídos:

Ficam excluídas das garantias do presente Contrato as situações de desemprego involuntário 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) Despedimento com justa causa;
- f) Caducidade de contrato de trabalho a termo certo e incerto;
- g) Trabalhadores no estrangeiro com contratos de trabalho não vinculados à legislação portuguesa;
- h) Desemprego resultante de atividade sazonal.

5.3. EXONERAÇÃO DE PAGAMENTO DE PRÉMIOS EM CASO DE HOSPITALIZAÇÃO

O Segurador garante o reembolso da fração do prémio total do seguro pago pelo Tomador do Seguro, constante nas Condições Particulares da Apólice, durante o período em que o Segurado/Pessoa Segura se encontrar hospitalizado e volte a trabalhar, no limite máximo de seis (6) meses consecutivos e de trinta e seis (36) meses por conjunto de sinistros. O limite máximo mensal de indemnização desta cobertura é de 300,00 € (trezentos euros). No último pagamento, o montante a indemnizar será de 1/30 da fração do prémio total do seguro devido por cada dia de duração da situação de hospitalização.

Riscos Excluídos:

Ficam excluídas das garantias do Contrato as incapacidades resultantes de:

- a) Afeções existentes à data de início das garantias da Apólice;

- b) Anomalias congénitas, incapacidades físicas ou mentais existentes à data do início das garantias da Apólice;
- c) Afeções originadas diretamente da consequência de alcoolismo (tanto em processos agudos como crónicos), de toxicomania ou de estupefacientes ou outras drogas não prescritas por médico;
- d) 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;
- e) Afeções provocadas intencionalmente pelo Segurado/Pessoa Segura;
- f) Tentativa de suicídio;
- g) Parto, gravidez ou interrupção voluntária ou involuntária de gravidez;
- h) Acidentes provocados por condução de veículos a motor pelo Segurado/Pessoa Segura, sem estar legalmente habilitado;
- i) Afeções por Psicopatologias de qualquer natureza, bem como doenças sem comprovação clínica;
- j) Acidentes decorrentes da prática profissional de desportos, ou ainda, para amadores, as provas desportivas integradas em campeonatos e respetivos treinos, desportos de Inverno, boxe, karaté e outras artes marciais, para-quedismo, tauromaquia e outros desportos análogos na sua perigosidade;
- k) Tratamentos de estética e cosmética, exceto se diretamente resultantes de qualquer doença ou acidente;
- l) Dores de costas ou lombalgias.

6. OBRIGAÇÕES DO SEGURADO/PESSOA SEGURA EM CASO DE SINISTRO

6.1. Em caso de sinistro, constitui obrigação do Segurado/Pessoa Segura ou de quem tenha interesse legítimo no acionamento desta cobertura participar o sinistro ao Segurador no prazo de oito (8) dias imediatos àquele em que tenha conhecimento do sinistro, sob pena de redução da prestação do Segurador atendendo ao dano que o incumprimento deste dever lhe cause.

6.2. O Segurado/Pessoa Segura deve, na participação explicar todas as circunstâncias da verificação do sinistro, as eventuais causas da sua ocorrência e as respetivas consequências;

6.3. Uma vez comunicado o sinistro ao Segurador, o Segurado/Pessoa Segura ou quem tenha interesse legítimo no acionamento desta cobertura receberá um formulário de participação de sinistro que deverá devolver ao Segurador, totalmente preenchido e acompanhado de todos os elementos e documentos que lhe forem solicitados;

6.4. Impende sobre o Segurado/Pessoa Segura ou sobre quem tenha interesse legítimo no acionamento desta cobertura a prova da veracidade da reclamação sobre a existência do sinistro, bem como a prova de preenchimento das condições de elegibilidade relativamente à cobertura em causa;

6.5. Uma vez efetuada a participação do sinistro, constituem obrigações do Segurado/Pessoa Segura, além de outras previstas no presente Contrato, sob pena de perda ou suspensão do direito à indemnização:

- a) Comunicar ao Segurador, até quinze (15) dias após a sua verificação, a cura das lesões, promovendo o envio duma declaração médica de onde conste, além da data da alta, o período total verificado de incapacidade temporária absoluta para o trabalho;
- b) Cumprir as prescrições médicas;
- c) Sujeitar-se a exames médicos designados pelo Segurador;
- d) Autorizar o médico assistente a prestar todas as informações que sejam solicitadas pelo Segurador;
- e) Enviar ao Segurador todos os documentos que este lhe solicite, independentemente do momento da solicitação.

6.6. No caso de comprovada impossibilidade do Segurado/Pessoa Segura cumprir as obrigações previstas nas alíneas a), d) e e), do número anterior, transferem-se tais obrigações, quando tal seja possível, para quem as possa cumprir.

6.7. Constitui obrigação do Segurado/Pessoa Segura sob pena de perda ou suspensão do direito à indemnização, a entrega da seguinte documentação:

No que diz respeito especificamente à situação de incapacidade temporária e absoluta:

- a) Fotocópias do boletim de baixa com as datas mencionadas;
- b) Última nota de liquidação de IRS e comprovativo de descontos para a Segurança Social ou regime contributivo equiparado (para os trabalhadores por conta própria). É ao médico assistente que compete prever e declarar que o período de ITA é superior ao período de franquia relativa definida nesta Cobertura Complementar. O período de incapacidade temporária absoluta será determinado pelo médico assistente, sendo definido em função de tal decisão se haverá lugar ou não à aplicação da franquia relativa definida nesta Cobertura complementar.

6.8. No que diz respeito especificamente à situação de desemprego: Constitui obrigação do Segurado/Pessoa Segura, participar por escrito ao Segurador, logo que haja indícios de que o período de Franquia irá ser excedido e no prazo máximo de trinta (30) dias contados a partir da data do evento, indicando a data do seu início e causas, através do preenchimento do impresso "Participação de sinistro" que deverá solicitar ao Segurador, acompanhado da seguinte documentação assim que a mesma se encontrar disponível:

- a) Modelo oficial, entregue e preenchido pela Entidade Patronal;
- b) Fotocópia do contrato de trabalho ou de outro documento comprovativo da data em que iniciou a sua atividade;
- c) Fotocópia do comprovativo do requerimento de prestações de desemprego (documento emitido pelo Centro de Emprego);
- d) Fotocópia da comunicação de despedimento ou de outro documento comprovativo da cessação do contrato de trabalho com indicação da respetiva causa;
- e) Declaração do Centro de Emprego comprovando a respetiva inscrição (este documento deverá ser reclamado junto do Centro de Emprego trinta (30) dias após a data de início da situação de desemprego e deverá ser renovada mensalmente).

6.9. No que diz respeito especificamente à situação de hospitalização: Constitui obrigação do Segurado/Pessoa Segura, promover o envio ao Segurador, dentro dos prazos definidos, sob pena de perda ou suspensão do direito à indemnização:

- a) Fotocópia da declaração de internamento;
- b) Última nota de liquidação de IRS e comprovativo de descontos para a Segurança Social ou regime contributivo equiparado;
- c) Fotocópia de declaração médica em que conste o diagnóstico, a natureza das lesões e o tempo provável de hospitalização. O período de hospitalização será determinado pelo médico assistente, sendo definido em função de tal decisão se haverá lugar ou não à aplicação da franquia relativa definida nesta Cobertura Complementar.

7. PROCEDIMENTOS PARA REGULARIZAÇÃO DE SINISTROS

7.1. O Segurador enviará o formulário de participação de sinistro ao Segurado/Pessoa Segura apenas em caso de regularização do mesmo, em face das condições definidas na presente Cobertura Complementar;

7.2. A fraude ou tentativa de fraude perpetrada pelo Tomador do Seguro, pelo Segurado/Pessoa Segura ou por qualquer pessoa atuando sob a sua responsabilidade ilibam o Segurador de quaisquer responsabilidades relativamente ao sinistro em questão, conferindo-lhe ainda o direito à resolução do Contrato e, sem prejuízo das disposições penais aplicáveis, ao direito à indemnização por perdas e danos;

7.3. A verificação de um sinistro não desobriga o Segurado/Pessoa Segura da obrigação de efetuar o pagamento do prémio ou fração do prémio do contrato de Seguro.

7.4. Em caso de sinistro coberto pela Cobertura Exoneração do Pagamento de Prémios, caso o Segurado/Pessoa Segura tenha pago antecipadamente a fração do prémio total de seguro, relativo ao período de sinistro, deverá ser reembolsado de tal montante.

7.5. As despesas com a obtenção dos documentos comprovativos e necessários à regularização dos sinistros são por conta do Segurado/Pessoa Segura ou de quem tenha interesse legítimo no acionamento do seguro;

7.6. A Cobertura de Exoneração do Pagamento dos Prémios será acionada após o recebimento da documentação necessária para a análise de cada processo, quer da parte do Segurado/Pessoa Segura, quer da parte do Tomador do Seguro e funcionará numa base mensal até ao limite máximo por sinistro conforme definido no artigo 5. A cobertura de Exoneração do Pagamento de Prémios é acionada após o período de franquia relativa fixado no artigo 8.

7.7. Nos seguros com dois (2) Segurados/Pessoas Seguras, ainda que ambos os Segurados/Pessoas Seguras sejam atingidos simultaneamente por um sinistro, será garantido apenas o reembolso da fração do prémio total pago pelo Tomador do Seguro relativo ao contrato de seguro.

8. PERÍODO DE CARÊNCIA, DE REQUALIFICAÇÃO E FRANQUIA RELATIVA

8.1. A Cobertura de Exoneração do Pagamento de Prémios produz efeitos somente depois de decorrido o período de carência de noventa (90) dias para cada Segurado/Pessoa Segura, contado a partir da data início da Apólice.

8.2. As garantias desta Cobertura Complementar estão igualmente sujeitas às seguintes Franquias Relativas:

a) Trinta (30) dias para a situação de incapacidade temporária absoluta e desemprego involuntário;

b) Sete (7) dias para a situação de hospitalização.

8.3. Será igualmente aplicado um período de requalificação de seis (6) meses de trabalho ativo às Garantias deste Contrato, exceto nos seguintes casos:

a) Quando se tratarem de dois (2) sinistros de coberturas diferentes;

- b) Um sinistro de incapacidade temporária absoluta por doença e outro por acidente;
- c) Um sinistro de incapacidade temporária absoluta por doença e uma recaída pela mesma patologia;
- d) Dois sinistros de incapacidade temporária absoluta por acidente.

COBERTURA COMPLEMENTAR INVALIDEZ PROFISSIONAL (IP)

1. ÂMBITO DA COBERTURA

Se o Segurado/Pessoa Segura ficar afetado de uma invalidez profissional, devidamente comprovada, em consequência de doença ou acidente, ficará garantido por esta cobertura o pagamento àquele, enquanto for vivo, de uma indemnização sob a forma de prestação mensal, fixada nas Condições Particulares, até ao mês em que complete sessenta e seis (66) anos de idade. As garantias da Cobertura Complementar de Invalidez Profissional são aplicáveis se a invalidez se verificar até à data em que o Segurado/Pessoa Segura complete os sessenta e seis (66) anos de idade.

2. DEFINIÇÕES

2.1. 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.

2.2. 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%.

3. CONDIÇÕES DE FUNCIONAMENTO DA COBERTURA

3.1. A eventual concessão de pensão de invalidez pela segurança social, por qualquer outro sistema de proteção social equivalente ou ainda o pagamento de qualquer indemnização ou pensão ao abrigo da Tabela Nacional de Incapacidade por Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais e para Avaliação de Incapacidades Permanentes em Direito Civil, não constitui fundamento suficiente para o funcionamento desta cobertura.

3.2. Para o efeito do reconhecimento da invalidez profissional, esta deve ser constatada e reconhecida por um médico do Segurador, com base em critérios médicos objetivos prevalecendo sobre quaisquer pareceres ou decisões da Segurança Social, Caixa Geral de Aposentações ou qualquer outro regime facultativo ou obrigatório que os substitua ou complementa.

3.3. Sem prejuízo do disposto no ponto seguinte, a Cobertura Complementar de Invalidez Profissional (IP) só será aplicável se a mesma se verificar durante a vigência da Apólice e previamente ao termo do mês em que o Segurado/Pessoa Segura atinja os sessenta e seis (66) anos de idade.

4. EXIGIBILIDADE DO CAPITAL SEGURO

4.1. Salvo disposição expressa em contrário nas Condições Particulares, o funcionamento da presente garantia só se verificará, nas situações de doença, caso a mesma se manifeste decorridos 18 meses (540 dias) após o início dos efeitos do Contrato.

4.2. Uma vez reconhecida a situação de invalidez profissional por parte do médico do Segurador, o pagamento da indemnização sob a forma de prestação mensal será disponibilizado ao Beneficiário nos termos do artigo 20 das Condições Gerais. O reconhecimento da situação de invalidez, tendo em conta a sua efetiva confirmação ou regressão, do ponto de vista clínico, nunca ocorrerá antes de decorridos três (3) meses sobre a data em que a invalidez é comunicada ao Segurador, sendo este período alargado para dois (2) anos nos casos de doença mental ou perturbações psíquicas.

4.3. O pagamento da primeira (1ª) prestação ocorrerá no final do mês seguinte à data de reconhecimento da invalidez por parte do Segurador conforme definido.

4.4. As prestações subsequentes são devidas no fim de cada período vencido (30 dias) e até ao mês em que o Segurado/Pessoa Segura atinja os sessenta e seis (66) anos de idade.

4.5. As prestações serão pagas por crédito em conta bancária do(s) Beneficiário(s).

4.6. Não é possível, ao abrigo desta cobertura, iniciar o pagamento da indemnização sob forma de prestação mensal enquanto não estiver suspenso o pagamento do capital mensal previsto na Cobertura Complementar de Incapacidade Temporária Absoluta (ITA).

5. JUSTIFICAÇÃO E RECONHECIMENTO DO DIREITO ÀS IMPORTÂNCIAS SEGURAS

A verificação da Invalidez Profissional e o conseqüente funcionamento da presente garantia, pressupõe a impossibilidade do Segurado/Pessoa Segura continuar a exercer a profissão/especialidade clínica declaradas, podendo o Segurador proceder a averiguação e/ou reavaliação clínica do Segurado/Pessoa Segura. A verificação de qualquer das situações a seguir descritas determina a suspensão ou cancelamento do pagamento das prestações previstas e confere ao Segurador o direito ao reembolso das que tenham sido indevidamente pagas:

a) Alteração da situação clínica do Segurado/Pessoa Segura que permita o retomar da atividade profissional anteriormente exercida;

b) Continuação ou retoma pelo Segurado/Pessoa Segura do exercício da profissão/especialidade que exercia antes da presente cobertura ter sido acionada;

c) A não comparência do Segurado/Pessoa Segura a exame de reavaliação da situação clínica para o qual tenha sido convocado, implica a suspensão do pagamento das prestações.

5.1. Em caso de invalidez, sem prejuízo das restantes obrigações previstas no artigo 19 das Condições Gerais, o Tomador do Seguro e/ou o Beneficiário indicado nas Condições Particulares deve:

a) Enviar ao Segurador, nos sessenta (60) dias que se seguirem à constatação da invalidez profissional, um atestado do médico assistente, por conta do Tomador do Seguro, indicando o início, as causas, a natureza e a evolução do estado de incapacidade;

b) Anexar uma descrição exata da atividade exercida pelo Segurado/Pessoa Segura antes da incapacidade.

5.2. O Segurador reserva-se o direito de exigir qualquer justificação complementar e de proceder às investigações que julgar convenientes para a determinação exata do estado de saúde do Segurado/Pessoa Segura, submetendo-o a exame pelos seus médicos se assim o entender. Neste caso, as despesas são por conta do Segurador, devendo o Segurado/Pessoa Segura autorizar o seu médico assistente a fornecer, confidencialmente, ao médico representante do Segurador, toda a informação médica respeitante ao sinistro declarado.

5.3. A falta de cumprimento por parte do Tomador do Seguro e/ou do Beneficiário do disposto nos pontos 5.1. e 5.2. implica a responsabilidade pelas perdas e danos dela resultantes ou a suspensão desta cobertura enquanto se mantiver o incumprimento.

5.4. A falta de verdade nas informações prestadas ao Segurador implica a perda do direito às importâncias seguras.

5.5. Em caso de conflito poderão as partes recorrer aos meios de resolução de litígios previstos na lei.

5.6. Enquanto as divergências não forem solucionadas, os prémios e sobreprémios relativos à cobertura de Morte, bem como os prémios e sobreprémios relativos à cobertura de Invalidez, que eventualmente se vençam no decorrer das discussões, devem ser pagos ao Segurador. Se a decisão for contrária ao Segurador, este restituirá as quantias recebidas e pagará, se for caso disso, as importâncias devidas acrescidas do juro de 1% ao ano, contado desde o fim do prazo indicado no artigo 4 da presente Condição Especial.

6. RISCOS EXCLUÍDOS

Para além das exclusões previstas no artigo 3 das Condições Gerais, aplicáveis à presente cobertura com as necessárias adaptações, ao abrigo da presente cobertura ficarão igualmente excluídos os sinistros que resultem:

a) Direta ou indiretamente, de ato do Segurado/Pessoa Segura ou praticado com a sua cumplicidade, bem como a tentativa de suicídio deste;

b) De acidente em que o Segurado/Pessoa Segura tenha dado origem ao mesmo e tenha acusado uma taxa de alcoolemia superior a 0,50 g/l, ou tenha ingerido 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 seu organismo ou em qualquer líquido orgânico para os testes de deteção;

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

7. CESSAÇÃO DA COBERTURA

Em complemento às situações previstas no ponto 11 das Condições Gerais, a Cobertura Complementar de Invalidez Profissional (IP), quando contratada, cessará igualmente os seus efeitos na data em que se verificar alguma das seguintes situações:

- Tentativa de suicídio por parte do Segurado/Pessoa Segura;
- Agravamento intencional, qualquer que seja o meio, do grau de invalidez por parte do Segurado/Pessoa Segura;
- Mobilização do Segurado/Pessoa Segura para tomar parte em operações de guerra, policiamento ou em repressões de ato de terrorismo;
- No termo da anuidade em que o Segurado/Pessoa Segura completar sessenta e seis (66) anos de idade ou qualquer outra idade diferente desta, desde que indicada nas Condições Particulares da Apólice. Se o contrato for celebrado sobre duas vidas, a cobertura cessará os seus efeitos na data em que um dos Segurados/Pessoas Seguras atingir a idade acima referida, mantendo-se no entanto em vigor para o outro Segurado/Pessoa Segura enquanto este não atingir, por sua vez, a idade em questão;
- Na data em que o Segurado/Pessoa Segura começar a receber uma pensão de velhice, pré-reforma ou reforma antecipada.

COBERTURA COMPLEMENTAR DOENÇAS GRAVES 27 (DG 27)

1. ÂMBITO DA COBERTURA

Quando expressamente previsto nas Condições Particulares da Apólice através do presente Contrato, podem ainda, em complemento à Cobertura Principal de Morte, ficar garantidas as situações de doença grave.

2. GARANTIAS

2.1. Se o Segurado/Pessoa Segura vier a padecer de uma das doenças graves definidas nas alíneas seguintes e desde que indicadas nas Condições Particulares da Apólice, o Segurador garante o pagamento do capital contratado e fixado nas Condições Particulares da Apólice. As garantias desta Cobertura Complementar são aplicáveis caso a doença grave seja constatada medicamente no período de vigência das Condições Particulares ou antes do fim da anuidade em que o Segurado/Pessoa Segura atinja os sessenta e cinco (65) anos de idade.

2.2. Quando ao abrigo da presente cobertura ficarem garantidos dois (2) Segurados/Pessoas Seguras (no caso do seguro ser sobre duas (2) vidas), a verificação de uma situação de doença grave em relação a um dos Segurados/Pessoas Seguras determina a cessação do Contrato em relação ao outro Segurado/Pessoa Segura.

3. DEFINIÇÕES

As doenças graves ao abrigo do presente Contrato são:

a) Acidente Vascular Cerebral (AVC)

Qualquer incidente vascular cerebral que produza sequelas neurológicas permanentes e irreversíveis. Compreende o enfarte do tecido cerebral, hemorragia cerebral e embolia cerebral de causa extra craniana. **O diagnóstico deve ser confirmado por médico especialista e comprovado por sintomas clínicos típicos, para além dos resultados registados em TAC (Tomografia Axial Computorizada) e RNM (Ressonância Nuclear Magnética) do cérebro. A deficiência neurológica deve ser clinicamente documentada por um período de, pelo menos, três (3) meses.**

Exclusões:

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

b) Anemia Aplástica

Diagnóstico inequívoco de insuficiência da medula óssea, confirmado por médico especialista e evidenciado pelo resultado de biopsia da medula óssea. A doença deve resultar em anemia, neutropenia e trombocitopenia e deve necessitar de, pelo menos, um dos seguintes tratamentos:

- Transfusão de produto sanguíneo;
- Agentes estimulantes da medula;
- Agentes imunossupressores;
- Transplante de medula óssea.

c) Cancro

Doença que se manifesta pela presença de um tumor maligno caracterizado por um desenvolvimento incontrolado de células malignas e invasão de tecidos.

O diagnóstico deve ser evidenciado por histologia claramente definida.

O termo "cancro" inclui as leucemias e as doenças malignas do sistema linfático como Doença de Hodgkin.

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.

d) Cirurgia das artérias coronárias (duas ou mais)

A realização de cirurgia de peito aberto para a correção de duas (2) ou mais artérias coronárias, que se encontrem obstruídas, por "by-pass" coronário (CABG - Coronary Artery By-pass Graft). **A necessidade de tal cirurgia deve ser comprovada por meio de angiografia coronária e a realização da cirurgia deve ser confirmada por médico especialista.**

Exclusões:

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

e) Cirurgia por Doença da Aorta

A realização de cirurgia por doença crónica da aorta que necessite de excisão e substituição cirúrgica da aorta por um enxerto. Entende-se por aorta a aorta torácica e abdominal, mas não os seus ramos. **A realização de cirurgia aórtica deve ser confirmada por médico especialista.**

f) Coma

Estado de inconsciência total, sem reação ou resposta a estímulos externos ou necessidades internas, persistindo continuamente durante pelo menos noventa e seis (96) horas, resultando em deficit neurológico permanente. **O diagnóstico deve ser confirmado por médico especialista e por relatório hospitalar credenciado. O deficit neurológico deve ser clinicamente documentado por um período de, pelo menos, três (3) meses. Durante o período de inconsciência deverão ter sido utilizados meios complementares de suporte de vida, incluindo respiração assistida.**

Exclusões:

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

g) Doença de Alzheimer

Diagnóstico inequívoco da doença de Alzheimer (demência pré-senil) antes dos sessenta e cinco (65) anos de idade, confirmado por médico especialista e comprovado por resultados clínicos cognitivos e neurorradiológicos (por ex. TC, RM e PET do cérebro). A doença deve resultar numa incapacidade permanente de realizar de forma independente três (3) ou mais atividades da vida diária - tomar banho (capacidade para tomar banho de imersão ou chuveiro sem ajuda de terceiros) vestir-se (capacidade para vestir e despir o vestuário usado habitualmente, incluindo próteses e ortóteses, sem a ajuda de terceiros), higiene pessoal (capacidade para usar o lavatório e manter um nível razoável de higiene, como higiene dentária, pentear-se, barbear-se e limpeza dos órgãos excretores sem a ajuda de terceiros), mobilidade (capacidade de mover-se dentro do local de residência, em superfícies niveladas, sem ajuda de terceiros), continência (capacidade de controlar o funcionamento dos intestinos e/ou bexiga (a incapacidade de controlar uma destas funções, que implique o uso regular de fraldas ou outro tipo de absorvente, considerar-se-á incontinência)), comer/beber (capacidade de ingerir alimentos sólidos e líquidos, preparados e servidos, necessários à sua alimentação, incluindo poder sugar por uma palhinha ou usar outros utensílios adaptados, sem a ajuda de terceiros), ou resultar na necessidade de supervisão e na presença permanente de cuidados especiais por parte de terceiros, devido à doença. **Esta situação deve ser clinicamente documentada por um período de, pelo menos, três (3) meses.**

h) Doença de Parkinson

Diagnóstico inequívoco de doença de Parkinson idiopática ou primária antes dos sessenta e cinco (65) anos, que deve ser confirmado por médico especialista. A doença deve resultar numa incapacidade permanente para realizar de forma independente, três (3) ou mais atividades da vida diária - tomar banho (capacidade para tomar banho de imersão ou chuveiro sem ajuda de terceiros), vestir-se (capacidade para vestir e despir o vestuário usado habitualmente, incluindo próteses e ortóteses, sem a ajuda de terceiros), higiene pessoal (capacidade para usar o lavatório e manter um nível razoável de higiene, como higiene dentária, pentear-se, barbear-se e limpeza dos órgãos excretores sem ajuda de terceiros), mobilidade (capacidade de mover-se dentro do local de residência, em superfícies niveladas, sem ajuda de terceiros), continência (capacidade de controlar o funcionamento dos intestinos e/ou bexiga (a incapacidade de controlar uma destas funções, que implique o uso regular de fraldas ou outro tipo de absorvente, considerar-se-á incontinência)), comer/beber (capacidade de ingerir alimentos sólidos e líquidos, preparados e servidos, necessários à sua alimentação, incluindo poder sugar por uma

palhinha ou usar outros utensílios adaptados, sem a ajuda de terceiros) ou deve resultar numa situação de acamado permanente e de incapacidade de se levantar sem ajuda externa. **Esta situação deve ser clinicamente documentada por um período de, pelo menos, três (3) meses.**

Exclusões:

- Todas as outras formas de parkinsonismo que não seja idiopática ou primária.

i) Doença Neuronal Motora

Diagnóstico inequívoco de doença dos neurónios motores (por ex. esclerose lateral amiotrófica, esclerose lateral primária, paralisia bulbar progressiva, paralisia pseudobulbar) **que deve ser confirmado por médico especialista e comprovado pelos resultados de eletromiografia e eletroneurografia.** A doença deve resultar numa incapacidade permanente para realizar de forma independente, três (3) ou mais atividades da vida diária - tomar banho (capacidade para tomar banho de imersão ou chuveiro sem ajuda de terceiros), vestir-se (capacidade para vestir e despir o vestuário usado habitualmente, incluindo próteses e ortóteses, sem a ajuda de terceiros), higiene pessoal (capacidade para usar o lavatório e manter um nível razoável de higiene, como higiene dentária, pentear-se, barbear-se e limpeza dos órgãos excretadores sem ajuda de terceiros), mobilidade (capacidade de mover-se dentro do local de residência, em superfícies niveladas, sem ajuda de terceiros), continência (capacidade de controlar o funcionamento dos intestinos e/ou bexiga (a incapacidade de controlar uma destas funções, que implique o uso regular de fraldas ou outro tipo de absorvente, considerar-se-á incontinência)), comer/beber (capacidade de ingerir alimentos sólidos e líquidos, preparados e servidos, necessários à sua alimentação, incluindo poder sugar por uma palhinha ou usar outros utensílios adaptados, sem a ajuda de terceiros) ou deve resultar numa situação de acamado permanente e de incapacidade de se levantar sem ajuda externa. **Esta situação deve ser clinicamente documentada por um período de, pelo menos, três (3) meses.**

j) Doença Hepática Terminal

Doença hepática grave resultando em cirrose que deve ser confirmada por médico especialista e comprovada pela escala de Child-Pugh-Etapa B ou Child-Pugh-Etapa C, relativamente aos seguintes critérios:

- a) Icterícia permanente (bilirrubina >2mg/dl ou 35mmol/l);**
- b) Ascite moderada;**
- c) Albumina <3,5g/l;**
- d) Tempo de protrombina >4seg. ou INR >1,7;**
- e) Encefalopatia hepática.**

Exclusões:

- Child-Pugh-Etapa A;
- Doença hepática secundária ao uso indevido de álcool ou drogas.

k) Doença Pulmonar Terminal

Insuficiência grave e permanente da função respiratória que deve ser confirmada por médico especialista e comprovada pelos seguintes critérios:

- Redução persistente do volume respiratório por segundo FEV1 para menos de 1 litro (teste respiratório de Tiffeneau);
- Redução persistente da pressão de oxigénio arterial (PaO2) abaixo de 55 mmHg;
- Necessidade permanente de fornecimento de oxigénio.

l) Encefalite

Inflamação do cérebro (hemisfério cerebral, tronco cerebral ou cerebelo) associada a infeções virais ou bacterianas, que deve ser confirmada por médico especialista e comprovada pelos resultados de testes específicos (por ex. análise do sangue e do líquido cefalorraquidiano, TC ou RM do cérebro). A doença deve resultar numa incapacidade permanente para realizar de forma independente, três (3) ou mais atividades da vida diária - tomar banho (capacidade para tomar banho de imersão ou chuveiro sem ajuda de terceiros), vestir-se (capacidade para vestir e despir o vestuário usado habitualmente, incluindo próteses e ortóteses, sem a ajuda de terceiros), higiene pessoal (capacidade para usar o lavatório e manter um nível razoável de higiene, como higiene dentária, pentear-se, barbear-se e limpeza dos órgãos excretadores sem ajuda de terceiros), mobilidade (capacidade de mover-se dentro do local de residência, em superfícies niveladas, sem ajuda de terceiros), continência (capacidade de controlar o funcionamento dos intestinos e/ou bexiga (a incapacidade de controlar uma destas funções, que implique o uso regular de fraldas ou outro tipo de absorvente, considerar-se-á incontinência)), comer/beber (capacidade de ingerir alimentos sólidos e líquidos, preparados e servidos, necessários à sua alimentação, incluindo poder sugar por uma palhinha ou usar outros utensílios adaptados, sem a ajuda de terceiros) ou deve resultar numa situação de acamado permanente e de incapacidade de se levantar sem ajuda externa. **Esta situação deve ser clinicamente documentada por um período de, pelo menos, três (3) meses.**

m) Enfarte do Miocárdio

Morte de uma parte do músculo cardíaco subsequente a uma insuficiência do fluxo sanguíneo para a área em causa. **Esta necrose deve ser recente e o diagnóstico deve ser confirmado por médico especialista, e claramente objetivado por todos os critérios a seguir indicados:**

- a) História de dor torácica (precordialgia) característica;**
- b) Alterações eletrocardiográficas recentes e específicas de enfarte do miocárdio;**
- c) Elevação das enzimas cardíacas específicas de enfarte, troponinas ou outros marcadores bioquímicos.**

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.

n) Esclerose Múltipla

Diagnóstico inequívoco de Esclerose Múltipla estabelecido por médico neurologista. A doença deve ser evidenciada por sintomas clínicos típicos de desmielinização e comprometimento das funções motoras e sensoriais, bem como por resultados verificados através de Ressonância Magnética. Para comprovar o diagnóstico, o Segurado/Pessoa Segura deve apresentar anomalias neurológicas que tenham existido por um período contínuo de, pelo menos, seis (6) meses, ou ter tido, pelo menos, dois (2) episódios clinicamente documentados com um intervalo de um (1) mês entre eles ou ter tido, pelo menos, um (1) episódio clinicamente documentado em conjunto com resultados característicos no líquido cefalorraquidiano, assim como lesões cerebrais específicas detetadas na Ressonância Magnética.

o) Hepatite Viral Fulminante (Insuficiência hepática aguda)

Necrose do fígado sub-maciça a maciça causada por hepatite viral levando precipitadamente a insuficiência hepática. **O diagnóstico deve ser confirmado por médico especialista e comprovado por, pelo menos, três (3) dos seguintes critérios de diagnóstico:**

- a) Diminuição rápida do volume do fígado;**
- b) Agravamento rápido dos testes de função hepática;**
- c) Intensificação da icterícia;**
- d) Encefalopatia hepática.**

p) Insuficiência Renal

Fase final de doença renal que se manifesta por uma falha crónica e irreversível da função de ambos os rins, resultando desta a necessidade de realizar regularmente diálise renal (hemodiálise ou diálise peritoneal) ou resultando na necessidade de realizar transplante renal. **O diagnóstico deve ser confirmado por médico especialista.**

q) Meningite Bacteriana

Inflamação das membranas do cérebro ou da medula espinhal, confirmada por médico especialista e comprovada pelo resultado de testes específicos (por exemplo, análise ao sangue e ao líquido cefalorraquidiano, TC ou RM ao cérebro). A inflamação deve resultar numa incapacidade permanente para realizar de forma independente, três (3) ou mais atividades da vida diária - tomar banho (capacidade para tomar banho de imersão ou chuveiro sem ajuda de terceiros), vestir-se (capacidade para vestir e despir o vestuário usado habitualmente, incluindo próteses e ortóteses, sem a ajuda de terceiros), higiene pessoal (capacidade para usar o lavatório e manter um nível razoável de higiene, como higiene dentária, pentear-se, barbear-se e limpeza dos órgãos excretadores sem ajuda de terceiros), continência (capacidade de controlar o funcionamento dos intestinos e/ou bexiga (a incapacidade de controlar uma destas funções, que implique o uso regular de fraldas ou outro tipo de absorvente, considerar-se-á incontinência)), comer/beber (capacidade de ingerir alimentos sólidos e líquidos, preparados e servidos, necessários à sua alimentação, incluindo poder sugar por uma palhinha ou usar outros utensílios adaptados, sem a ajuda de terceiros) ou deve resultar numa situação de acamado permanente e de incapacidade de se levantar sem ajuda externa. **Estas condições devem ser clinicamente documentadas por um período de, pelo menos, três (3) meses.**

r) Paralisia

Perda total e irreversível do uso de dois (2) ou mais membros por paralisia secundária a acidente ou doença da medula espinhal. **Esta condição deve ser documentada clinicamente por médico especialista e deverão persistir por, pelo menos, três (3) meses.**

Exclusões:

Paralisia devido a Síndrome de Guillain-Barré.

s) Perda da Audição

Perda total, permanente e irreversível da audição nos dois (2) ouvidos, como resultado de doença ou acidente. **O diagnóstico deve ser confirmado por médico especialista (ouvidos, nariz e garganta) e comprovado por meio de audiometria.**

t) Perda da Fala

Perda total e irreversível da capacidade de falar devido a lesão ou doença das cordas vocais. **Esta situação deve ser confirmada por médico especialista e clinicamente documentada por um período de, pelo menos, seis (6) meses. A perda psicogénica da fala está excluída da cobertura.**

u) Perda de Membros

Ruptura total e irrecuperável de dois (2) ou mais membros acima do cotovelo/ punho ou joelho/tornozelo, como resultado de acidente ou de amputação clinicamente necessária. **O diagnóstico deve ser confirmado por médico especialista.**

v) Perda da Visão

Perda total, permanente e irreversível da visão em ambos os olhos, como resultado de doença ou acidente. **O diagnóstico deve ser confirmado por médico oftalmologista e evidenciado por resultados de exames auxiliares de diagnóstico específicos.**

w) Queimaduras Graves

Queimaduras do terceiro grau em, pelo menos, 20% da superfície do corpo. **O diagnóstico deve ser confirmado por médico especialista e comprovado clinicamente por resultados específicos pelo método de Lund Browder ou por um calculador de área queimada equivalente.**

x) Substituição e Reparação da Válvula Cardíaca

Valvuloplastia de coração aberto, valvulotomia ou substituição de uma ou mais válvulas cardíacas. Isto inclui a cirurgia das válvulas aórtica, mitral, pulmonar ou tricúspide, devido a uma estenose ou insuficiência ou a uma combinação de ambos os fatores. **A realização da cirurgia de substituição valvular tem que ser confirmada por médico especialista.**

y) Transplante de um Órgão Principal

A realização de transplante de órgãos em que o Segurado/Pessoa Segura participa como recetor de algum dos seguintes órgãos: Coração, Pulmão, Fígado, Pâncreas, Rim, Intestino delgado ou Medula Óssea. **A realização do transplante deve ser confirmada por médico especialista.**

z) Traumatismo Craniano Grave

Grande traumatismo na cabeça, com perturbações no funcionamento do cérebro, que deve ser confirmado por médico especialista e comprovado clinicamente através dos resultados em testes neurorradiológicos (por ex. Tomografia Computorizada ou Ressonância Magnética) ao cérebro. O trauma deve resultar numa incapacidade permanente para realizar de forma independente, três (3) ou mais atividades da vida diária - tomar banho (capacidade para tomar banho de imersão ou chuveiro sem ajuda de terceiros), vestir-se (capacidade para vestir e despir o vestuário usado habitualmente, incluindo próteses e ortóteses, sem a ajuda de terceiros), higiene pessoal (capacidade para usar o lavatório e manter um nível razoável de higiene, como higiene dentária, pentear-se, barbear-se e limpeza dos órgãos excretores sem ajuda de terceiros), mobilidade (capacidade de mover-se dentro do local de residência, em superfícies niveladas, sem ajuda de terceiros), continência (capacidade de controlar o funcionamento dos intestinos e/ou bexiga (a incapacidade de controlar uma destas funções, que implique o uso regular de fraldas ou outro tipo de absorvente, considerar-se-á incontinência)), comer/beber (capacidade de ingerir alimentos sólidos e líquidos, preparados e servidos, necessários à sua alimentação, incluindo poder sugar por uma palhinha ou usar outros utensílios adaptados, sem a ajuda de terceiros) ou deve resultar numa situação de acamado permanente e de incapacidade de se levantar sem ajuda externa. **Esta situação deve ser clinicamente documentada por, pelo menos, três (3) meses.**

aa) HIV Ocupacional (prática de profissão clínica)

Infeção por qualquer vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), adquirido como resultado de acidente no decorrer das funções normais de trabalho. Qualquer acidente que possa dar origem a um eventual sinistro deve ser referido à companhia de seguros dentro dos sete (7) dias após o evento, fornecendo um relatório detalhado do acidente e deve ser acompanhado por um teste negativo de anticorpos HIV realizado imediatamente após o acidente. **A seroconversão para a infeção por HIV deve ocorrer dentro dos seis (6) meses após o acidente.**

4. PERÍODO DE CARÊNCIA

O pagamento do capital em caso de doença grave só será efetuado se a doença se manifestar após o decurso de um período de carência de noventa (90) dias, a contar da data de início da cobertura.

5. PERÍODO DE SOBREVIVÊNCIA

5.1. Se a morte ocorrer decorridos trinta e um (31) dias depois de se manifestar a doença grave, há lugar ao pagamento do capital da Cobertura Principal de Morte.

5.2. Se a morte ocorrer antes de decorridos trinta e um (31) dias, contados da data da primeira manifestação da doença, o capital pago em caso de doença grave será deduzido do capital por morte.

6. JUSTIFICAÇÃO E RECONHECIMENTO DO DIREITO ÀS IMPORTÂNCIAS SEGURAS

a) Em caso de doença grave o Segurado/Pessoa Segura deve enviar ao Segurador um relatório elaborado pelo médico assistente, após o diagnóstico de doença grave, preciso e detalhado, descrevendo a sua história clínica e mencionando a data dos primeiros sintomas. Este atestado, por conta do Tomador do Seguro ou do Segurado/Pessoa Segura, deve ser enviado ao Segurador nos sessenta (60) dias que se seguirem ao diagnóstico da doença.

b) A doença grave terá que se verificar durante a vigência do Contrato e/ou durante o período em que a cobertura esteja em vigor para o Segurado/Pessoa Segura;

c) O Segurado/Pessoa Segura deve autorizar o seu médico assistente a fornecer, confidencialmente, ao médico representante do Segurador toda a informação médica respeitante ao sinistro declarado;

d) A falta de cumprimento por parte do Beneficiário ou do Segurado/Pessoa Segura ao disposto nas alíneas a), b) e c) bem como a falta de verdade nas informações prestadas ao Segurador podem implicar a perda do direito às importâncias seguras ou a suspensão da cobertura enquanto o incumprimento se mantiver;

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

f) No âmbito desta Cobertura Complementar, a indemnização a que houver lugar será paga trinta (30) dias após o diagnóstico inequívoco da doença;

g) Em caso de conflito poderão as partes recorrer aos meios de resolução de litígios previstos na lei;

h) Os prémios e sobreprémios do Seguro Principal bem como os prémios e sobreprémios relativos à Cobertura Complementar de Doenças Graves 27 (DG27) que eventualmente se vençam no decorrer das discussões, devem ser pagos ao Segurador. Se a decisão for no sentido de reconhecer a existência de doença grave nos termos definidos nestas Condições Especiais, o Segurador restituirá as quantias recebidas e pagará, se for caso disso, as importâncias devidas acrescidas do juro de 1% ao ano, contado desde o fim do prazo indicado no artigo 4 da presente Condição Especial.

7. RISCOS EXCLUÍDOS

Para além dos riscos excluídos mencionados no artigo 3 das Condições Gerais, aplicáveis à presente cobertura com as necessárias adaptações, fica também excluída desta Cobertura Complementar a 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) De acidente em que o Segurado/Pessoa Segura tenha dado origem ao mesmo e tenha acusado uma taxa de alcoolemia superior a 0,50 g/l, ou tenha ingerido 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 seu organismo ou em qualquer líquido orgânico para os testes de deteção;
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.

8. CESSAÇÃO DA COBERTURA

Esta cobertura cessa os seus efeitos:

- a) Por anulação da Cobertura Principal (Morte);
- b) Se o Segurado/Pessoa Segura tentar suicidar-se;
- c) Se o Segurado/Pessoa Segura for mobilizado para tomar parte em operações de guerra, policiamento ou em repressões de atos de terrorismo;
- d) Se o Contrato for celebrado por duas (2) vidas, a cobertura 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;
- e) No termo da anuidade em que o Segurado/Pessoa Segura atinja os sessenta e cinco (65) anos de idade.

DISPOSIÇÕES FINAIS

Em todos os casos não previstos nestas Condições Especiais, aplicam-se as Condições Gerais do Seguro Principal e/ou a legislação em vigor.