

Proteção Ativa Empresário

Condições Gerais e Especiais da Apólice

Apoio ao Cliente:

- 21 005 24 24 (chamada para rede fixa nacional)
- 91 827 24 24 / 93 522 24 24 / 96 599 24 24 (chamada para rede móvel nacional)

Atendimento personalizado 24h

O custo das comunicações depende do tarifário acordado com o seu operador

www.millenniumbcp.pt

ÍNDICE**Proteção Ativa Empresário****Condições Gerais – Seguro Temporário Anual Renovável (Individual)**

- 05 ARTIGO 1.º - DEFINIÇÕES
- 05 ARTIGO 2.º - DECLARAÇÃO DO RISCO
- 05 ARTIGO 3.º - OBJETO DO CONTRATO
- 06 ARTIGO 4.º - INÍCIO E DURAÇÃO DO CONTRATO
- 06 ARTIGO 5.º - INCONTESTABILIDADE
- 06 ARTIGO 6.º - PROPOSTA E ACEITAÇÃO
- 07 ARTIGO 7.º - EXCLUSÕES
- 08 ARTIGO 8.º - BENEFICIÁRIOS
- 08 ARTIGO 9.º - CESSAÇÃO DAS COBERTURAS PARA CADA PESSOA SEGURA
- 09 ARTIGO 10.º - AGRAVAMENTO DO RISCO
- 09 ARTIGO 11.º - RETIFICAÇÃO DA IDADE
- 09 ARTIGO 12.º - CÁLCULO DO PRÉMIO
- 09 ARTIGO 13.º - PAGAMENTO DO PRÉMIO
- 10 ARTIGO 14.º - FALTA DE PAGAMENTO DO PRÉMIO
- 10 ARTIGO 15.º - VERIFICAÇÃO DO SINISTRO E PAGAMENTO DAS IMPORTÂNCIAS SEGURAS
- 11 ARTIGO 16.º - CESSAÇÃO DO CONTRATO
- 11 ARTIGO 17.º - LIVRE RESOLUÇÃO
- 11 ARTIGO 18.º - PARTICIPAÇÃO DOS RESULTADOS
- 11 ARTIGO 19.º - INVESTIMENTO AUTÓNOMO
- 12 ARTIGO 20.º - TRANSMISSIBILIDADE
- 12 ARTIGO 21.º - COMUNICAÇÕES E DOMÍLIOS
- 12 ARTIGO 22.º - REGIME FISCAL
- 12 ARTIGO 23.º - LEI APLICÁVEL, RECLAMAÇÕES E ARBITRAGEM
- 12 ARTIGO 24.º - FORO COMPETENTE
- 12 ARTIGO 25.º - RELATÓRIO DE SOLVÊNCIA E SITUAÇÃO FINANCEIRA

Condições Especiais - Proteção Ativa Empresário

- 13 ARTIGO 1.º - PESSOAS SEGURAS
- 13 ARTIGO 2.º - INÍCIO DA COBERTURA
- 13 ARTIGO 3.º - GARANTIAS
- 13 ARTIGO 4.º - DURAÇÃO DO CONTRATO
- 14 ARTIGO 5.º - PAGAMENTO DO PRÉMIO
- 14 ARTIGO 6.º - CESSAÇÃO DAS GARANTIAS

Condições Especiais – Cobertura Complementar – Morte por Acidente

- 15 ARTIGO 1.º - DEFINIÇÕES
- 15 ARTIGO 2.º - OBJETO DA COBERTURA
- 15 ARTIGO 3.º - JUSTIFICAÇÃO E RECONHECIMENTO DO DIREITO ÀS GARANTIAS
- 15 ARTIGO 4.º - BENEFICIÁRIOS

- 15 ARTIGO 5.º - CESSAÇÃO DAS GARANTIAS
- 16 ARTIGO 6.º - EXCLUSÕES
- 16 ARTIGO 7.º - PAGAMENTO DO PRÉMIO
- 16 ARTIGO 8.º - DISPOSIÇÃO FINAL

Condições Especiais – Cobertura Complementar – Morte por Acidente de Circulação

- 17 ARTIGO 1.º - DEFINIÇÕES
- 17 ARTIGO 2.º - OBJETO DA COBERTURA
- 17 ARTIGO 3.º - JUSTIFICAÇÃO E RECONHECIMENTO DO DIREITO ÀS GARANTIAS
- 17 ARTIGO 4.º - BENEFICIÁRIOS
- 18 ARTIGO 5.º - CESSAÇÃO DAS GARANTIAS
- 18 ARTIGO 6.º - EXCLUSÕES
- 18 ARTIGO 7.º - PAGAMENTO DO PRÉMIO
- 18 ARTIGO 8.º - DISPOSIÇÃO FINAL

Condições Especiais – Cobertura Complementar – Invalidez Total e Permanente

- 19 ARTIGO 1.º - DEFINIÇÕES
- 19 ARTIGO 2.º - OBJETO DA COBERTURA
- 19 ARTIGO 3.º - JUSTIFICAÇÃO E RECONHECIMENTO DO DIREITO ÀS GARANTIAS
- 20 ARTIGO 4.º - BENEFICIÁRIOS
- 20 ARTIGO 5.º - CESSAÇÃO DAS GARANTIAS
- 20 ARTIGO 6.º - EXCLUSÕES
- 21 ARTIGO 7.º - PAGAMENTO DO PRÉMIO
- 21 ARTIGO 8.º - DISPOSIÇÃO FINAL

Condições Especiais – Cobertura Complementar – Dependência

- 22 ARTIGO 1.º - DEFINIÇÕES
- 22 ARTIGO 2.º - OBJETO DA COBERTURA
- 23 ARTIGO 3.º - JUSTIFICAÇÃO E RECONHECIMENTO DO DIREITO ÀS GARANTIAS
- 24 ARTIGO 4.º - BENEFICIÁRIOS
- 24 ARTIGO 5.º - CESSAÇÃO DAS GARANTIAS
- 25 ARTIGO 6.º - EXCLUSÕES
- 26 ARTIGO 7.º - PAGAMENTO DO PRÉMIO
- 26 ARTIGO 8.º - DISPOSIÇÃO FINAL

Condições Especiais – Cobertura Complementar – Doenças Graves

- 27 ARTIGO 1.º - DEFINIÇÕES
- 27 ARTIGO 2.º - OBJETO DA COBERTURA
- 27 ARTIGO 3.º - DOENÇAS GRAVES
- 38 ARTIGO 4.º - EXCLUSÕES

- 39 ARTIGO 5.º - JUSTIFICAÇÃO E RECONHECIMENTO DO DIREITO ÀS GARANTIAS
- 40 ARTIGO 6.º - BENEFICIÁRIOS
- 40 ARTIGO 7.º - CESSAÇÃO DAS GARANTIAS
- 41 ARTIGO 8.º - PAGAMENTO DO PRÉMIO
- 41 ARTIGO 9.º - DISPOSIÇÃO FINAL

PROTEÇÃO ATIVA EMPRESÁRIO

Condições Gerais – Seguro Temporário Anual Renovável (Individual)

ARTIGO 1º - DEFINIÇÕES

Para efeitos do presente contrato de seguro de vida individual, considera-se:

SEGURADOR: a Ocidental - Companhia Portuguesa de Seguros de Vida, S.A., legalmente autorizada a exercer a atividade seguradora;

TOMADOR DO SEGURO: a pessoa singular ou coletiva que celebra o contrato de seguro com o Segurador;

PROPOSTA DE SEGURO: documento que titula a vontade do Tomador do Seguro de subscrever um contrato de seguro em determinadas condições;

PESSOA SEGURA: a pessoa que tenha sido aceite pelo Segurador para efeitos da garantia dos riscos cobertos nos termos previstos neste contrato;

APÓLICE: o conjunto de documentos que titulam o contrato de seguro, e de que fazem parte integrante a Proposta de Seguro, os Questionários de Saúde, as Condições Gerais, as Condições Especiais, as Condições Particulares e todos os documentos adicionais emitidos para a completar ou alterar;

CAPITAL SEGURO: valor inscrito nas Condições Particulares como sendo o devido ao Beneficiário em caso de verificação de um risco que se considere coberto pelo contrato de seguro;

IDADE ATUARIAL: a idade no aniversário da Pessoa Segura mais próximo da data do início do contrato de seguro ou da renovação do mesmo;

BENEFICIÁRIO: a pessoa singular ou coletiva a favor da qual reverte o capital seguro em caso de verificação de um risco coberto pela apólice.

ARTIGO 2º - DECLARAÇÃO DO RISCO

1 - As declarações do Tomador do Seguro e da Pessoa Segura, prestadas na Proposta de Seguro, bem como nos Questionários de Saúde, quando existentes, servem de base ao presente contrato.

2 - O incumprimento pelo Tomador do Seguro ou pela Pessoa Segura do dever de declarar com exatidão todas as circunstâncias que conheça e razoavelmente deva ter por significativas para a apreciação do risco, determina a anulabilidade, a alteração ou a cessação do contrato, conforme as situações e nos termos previstos na lei.

3 - Exceto quanto às coberturas complementares de acidente e de invalidez, o Segurador não se pode prevalecer de omissões ou inexatidões negligentes na declaração inicial de risco depois de decorridos dois anos sobre a celebração do contrato.

ARTIGO 3º - OBJETO DO CONTRATO

1 - O presente contrato tem por objeto a cobertura do risco de morte, designado cobertura principal, bem como das coberturas complementares contratadas e constantes das Condições Especiais respetivas, quando mencionadas nas Condições Particulares, obrigando-se o Segurador ao pagamento do capital seguro em caso de verificação dos riscos cobertos.

2 - Este contrato não confere direito a resgate, transferência, adiantamento ou

Pág. 5/ 41

redução.

3 - Salvo convenção em contrário nas Condições Particulares e sem prejuízo das exclusões legais e contratuais aplicáveis, o presente contrato tem restrições ao âmbito territorial para as deslocações que ocorram para fora da União Europeia, com exceção dos países Reino Unido, Suíça, Noruega, EUA, Canadá, Austrália, Nova Zelândia e Japão.

4 - Sempre que o Tomador do Seguro pretenda a extensão a outros locais para além dos referidos no número anterior deverá, previamente ao início da deslocação, comunicar tal facto ao Segurador que poderá aceitar a sua extensão nas condições que para o efeito sejam estabelecidas e mediante o pagamento do respetivo sobreprémio.

5 - O Segurador não será responsável por garantir qualquer cobertura, efetuar qualquer pagamento ou prestar qualquer outro benefício objeto do presente contrato de seguro na medida em que a garantia dessa cobertura, esse pagamento, a regularização desse sinistro ou a prestação desse benefício exponham o Segurador a qualquer sanção, proibição ou restrição impostas por resolução das Nações Unidas ou por sanções, leis ou regulamentos comerciais ou económicos da União Europeia, desde que aplicáveis no ordem jurídica portuguesa.

ARTIGO 4º - INÍCIO E DURAÇÃO DO CONTRATO

1 - O contrato tem o seu início às zero horas do dia imediato ao da aceitação do risco pelo Segurador, salvo se outra data de início for convencionada.

2 - O presente contrato é celebrado pelo período de um ano, salvo se outro período inicial for convencionado nas Condições Particulares, prorrogando-se sucessivamente, no final do prazo estipulado, por novos períodos de um ano, sem prejuízo de poder ser denunciado nos termos previstos neste contrato.

ARTIGO 5º - INCONTESTABILIDADE

O Segurador não se pode prevalecer de omissões ou inexatidões negligentes na declaração inicial do risco decorridos dois anos sobre a celebração do contrato.

ARTIGO 6º - PROPOSTA E ACEITAÇÃO

1 - A Proposta de Seguro, devidamente preenchida e assinada pelo candidato a Tomador do Seguro e pelo candidato a Pessoa Segura, bem como o Questionário de Saúde quando existente, serve de base à análise e à aceitação do risco, reservando-se o Segurador o direito de exigir, por sua conta, outras informações relativas ao estado de saúde do candidato a Pessoa Segura.

2 - A Pessoa Segura pode aceder aos dados médicos relativamente aos exames médicos realizados.

3 - Além das referidas no número anterior, poderão ser exigidas pelo Segurador outras informações necessárias à avaliação do risco.

4 - Até à análise das informações solicitadas nos termos dos números anteriores e até ao termo do prazo legalmente fixado para o efeito, a Proposta de Seguro não se considera tacitamente aceite, podendo o Segurador adiar a decisão por uma

ou mais vezes, mediante comunicação fundamentada remetida ao candidato a Tomador do Seguro e ao candidato a Pessoa Segura.

5 - Da análise global do risco pelo Segurador pode resultar a aceitação ou recusa da proposta ou a aceitação mediante o pagamento de sobreprémio, redução dos capitais ou exclusão, total ou parcial, de coberturas.

6 - A recusa ou aceitação do seguro com sobreprémio, redução de capitais ou exclusão de coberturas será comunicada por escrito, ao Tomador do Seguro e à Pessoa Segura, no prazo de 30 dias a contar da conclusão da análise do respetivo risco individual.

ARTIGO 7º - EXCLUSÕES

1 - Não se consideram cobertos por este contrato os sinistros resultantes de:

- a) doença preexistente, considerando-se como tal toda a alteração involuntária do estado de saúde da Pessoa Segura, suscetível de constatação médica objetiva, e que tenha sido objeto de um diagnóstico ou que, com suficiente grau de evidência, se tenha revelado em data anterior à da adesão ao presente contrato ou à do aumento do capital seguro da cobertura, respeitando neste último caso a exclusão somente ao acréscimo de cobertura, salvo quando tenha havido comunicação formal ao Segurador, e aceitação por parte deste, nas condições que para o efeito tenham sido estabelecidas;
- b) suicídio da Pessoa Segura, se ocorrido até dois anos após a data do início da adesão ou do aumento do capital seguro por morte, respeitando neste último caso a exclusão somente ao acréscimo de cobertura;
- c) ilícito criminal ou contraordenacional praticado pela Pessoa Segura, pelo Tomador do Seguro ou pelo Beneficiário, como tal declarado em sentença transitada em julgado, ainda que sem condenação efetiva;
- d) situação de guerra, esteja ou não mobilizada a Pessoa Segura, terrorismo ou perturbações da ordem pública no país de residência ou noutro, mesmo durante deslocações temporárias;
- e) cataclismos da natureza;
- f) reações nuclear e contaminação radioativa;
- g) ato intencional ou mutilação voluntária, uso de estupefacientes ou medicação sem prescrição médica ou embriaguez, considerando-se que se encontra em estado de embriaguez aquele a quem for detetado uma taxa de alcoolemia superior a 0,5 gr/l;
- h) condução ou utilização de aeronaves, exceto como passageiro de avião de companhia aérea regular comercial reconhecida pela Comissão Europeia (Regulamento EU n.º 590/2010 de 05/07/2010, relativo à alteração do Regulamento CE n.º 474/2006 que estabelece a lista de transportadoras aéreas comunitárias que são objeto de uma proibição de operação na Comunidade);
- i) atividade profissional ou extraprofissional manifestamente perigosa, tal como competição de velocidade em veículo de qualquer natureza, exercício da atividade de bombeiro ou construção civil ou utilização e manipulação de materiais perigosos;

- j) **deslocação temporária ou permanente para países ou regiões em que ocorra epidemia declarada pelas autoridades de saúde;**
- k) **prática profissional de qualquer desporto ou provas desportivas integradas em campeonatos ou respetivos treinos, bem como das atividades profissionais ou amadoras tal como boxe, alpinismo, tauromaquia, espeleologia, paraquedismo, asa delta, parapente, surf, windsurf e caça submarina.**

2 -As coberturas garantidas pela apólice podem ser extensivas aos casos previstos nas alíneas h) a k) do número anterior, nas condições que para o efeito sejam acordadas com o Segurador e mediante o pagamento prévio do respetivo sobreprémio.

ARTIGO 8º - BENEFICIÁRIOS

1 - Salvo disposto em contrário nas Condições Especiais ou Particulares, o Tomador do Seguro designa o respetivo Beneficiário, podendo em qualquer momento alterar a cláusula beneficiária, produzindo tal alteração efeitos a partir da data em que o Segurador tenha recebido a correspondente comunicação escrita, a qual constará obrigatoriamente de ata adicional à apólice.

2 - A faculdade de alterar a cláusula beneficiária cessa no momento em que o Beneficiário adquire o direito ao capital seguro.

3 - A cláusula beneficiária é irrevogável sempre que tenha havido aceitação expressa do benefício por parte do Beneficiário ou renúncia expressa do Tomador do Seguro em a alterar.

4 - A renúncia do Tomador do Seguro a alterar a cláusula beneficiária, assim como a aceitação do Beneficiário depende da efetiva comunicação escrita recebida pelo Segurador.

5 - Sendo a cláusula beneficiária irrevogável, será necessário o prévio acordo escrito do Beneficiário para o exercício de qualquer direito emergente do contrato ou da faculdade de modificar as condições contratuais.

ARTIGO 9º - CESSAÇÃO DAS COBERTURAS PARA CADA PESSOA SEGURA

Salvo disposto em contrário nas Condições Especiais ou Particulares, as coberturas garantidas ao abrigo deste contrato cessam para cada Pessoa Segura:

- a) **em caso de denúncia do contrato, na data aniversária da apólice, desde que comunicada com 30 dias de antecedência;**
- b) **na data de resolução do contrato;**
- c) **na data em que a Pessoa Segura atinja a idade limite que se encontre estabelecida nas Condições Especiais ou Particulares;**
- d) **quando o Tomador do Seguro não proceda ao pagamento do prémio ao Segurador na data estipulada para o efeito;**
- e) **quando a Pessoa Segura ou o Beneficiário com o conhecimento daquela pratique atos fraudulentos em prejuízo do Segurador ou do Tomador do Seguro;**
- f) **em caso de pagamento do capital seguro por se ter verificado o sinistro.**

ARTIGO 10º - AGRAVAMENTO DO RISCO

1 - Relativamente às coberturas complementares de acidente, invalidez por acidente ou doença, se contratadas, o Tomador do Seguro ou a Pessoa Segura obrigam-se a comunicar por escrito ao Segurador, no prazo de 14 dias a contar da sua verificação, a ocorrência de quaisquer circunstâncias ou o exercício de quaisquer atividades que sejam suscetíveis de constituir um agravamento do risco, que não resultem de agravamento do estado de saúde da Pessoa Segura, sob pena de resolução do contrato ou cessação das garantias conferidas em relação a uma ou mais Pessoas Seguras, nos termos previstos na lei.

2 - Após a receção da comunicação referida no número anterior, o Segurador poderá optar, no prazo de 30 dias, pela manutenção da cobertura, mediante a aplicação do respetivo sobreprémio, ou pela sua cessação.

ARTIGO 11º - RETIFICAÇÃO DA IDADE

1 - Em caso de divergência, para mais ou para menos, entre a idade declarada e a verdadeira da Pessoa Segura, a prestação do Segurador reduz-se na proporção do prémio pago ou o Segurador devolve o prémio em excesso, consoante o caso.

2 - O Segurador poderá resolver o contrato se a idade verdadeira divergir dos limites mínimo e máximo estabelecidos pelo Segurador para a celebração deste tipo de contrato de seguro.

ARTIGO 12º - CÁLCULO DO PRÉMIO

O prémio é calculado em função da idade atuarial da Pessoa Segura, do capital seguro e das tarifas em vigor para cada cobertura à data do cálculo, sendo objeto de revisão nos termos previstos nas Condições Especiais ou Particulares.

ARTIGO 13º - PAGAMENTO DO PRÉMIO

1 - A obrigação de pagamento do prémio nas datas e condições estipuladas na apólice impende sobre o Tomador do Seguro.

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

3 - O prémio ou fração inclui os custos da cobertura do risco, os de aquisição, gestão e cobrança e os encargos de fracionamento, a que acrescem os encargos fiscais e parafiscais que sejam devidos.

4 - Os encargos relacionados com a emissão da apólice ou de atas adicionais, previstos na Proposta ou nas Condições Particulares, são incluídos no prémio inicial, ou na primeira fração deste, ou nos prémios correspondentes a alterações do contrato.

5 - O pagamento do prémio terá lugar na sede ou nos escritórios do Segurador, caso nada em contrário tenha sido acordado pelas partes, constituindo, porém, faculdade do Segurador promover a sua cobrança em local diverso ou utilizar outros meios apropriados que a facilitem.

ARTIGO 14º - FALTA DE PAGAMENTO DO PRÉMIO

1 - A falta de pagamento do prémio na data do vencimento confere ao Segurador o direito à resolução do contrato.

2 - Em caso de não pagamento do prémio na data de vencimento, se o contrato estabelecer um benefício irrevogável a favor de terceiro, deve o Segurador interpelá-lo, no prazo de 30 dias, para, querendo, substituir-se ao Tomador do Seguro no referido pagamento.

3 - Mediante o pagamento dos prémios em atraso, acrescidos de juros de mora contados à taxa aplicável às operações comerciais, o Tomador do Seguro pode exercer a faculdade de repor em vigor, nas condições originais e mediante declaração de saúde e sujeito à aceitação pelo Segurador, as coberturas no prazo máximo de três meses a contar da data efeito da sua cessação.

ARTIGO 15º - VERIFICAÇÃO DO SINISTRO E PAGAMENTO DAS IMPORTÂNCIAS SEGURAS

1 - A verificação do sinistro deve ser comunicada ao Segurador pelo Tomador do Seguro, pela Pessoa Segura ou pelo Beneficiário, no prazo de oito dias a contar da sua ocorrência.

2 - Sempre que a verificação do sinistro seja comunicada ao Segurador após o prazo previsto no número anterior, o valor da prestação do Segurador corresponderá ao capital seguro à data da comunicação, não havendo lugar à devolução de qualquer prémio.

3 - Além da comunicação do sinistro deverão ser entregues os seguintes documentos comprovativos:

- a) da verificação do risco: certidão do assento de óbito e atestado médico onde se declarem as circunstâncias, causas, início e evolução da doença ou lesão que provocaram a morte;
- b) da qualidade de Beneficiário: documento comprovativo da qualidade de herdeiro ou Beneficiário, cartão de contribuinte, bilhete de identidade ou, em alternativa, cartão de cidadão ou outros documentos que legalmente os substituam e, no caso de o Beneficiário ser pessoa coletiva, certidão do registo comercial atualizada, código de acesso à certidão permanente ou documento legalmente equivalente emitido pela autoridade competente;
- c) e, quando aplicável, do cumprimento das determinações do Tomador do Seguro quanto ao destino a dar ao capital seguro.

4 - A apresentação de todos os documentos referidos no número anterior deverá ocorrer nos 60 dias seguintes à verificação do sinistro.

5 - O pagamento do capital seguro ao abrigo da cobertura principal e das coberturas complementares que tenham sido contratadas terá lugar nos escritórios do Segurador ou pelo modo que tenha sido convencionado.

6 - O Segurador obriga-se a satisfazer a prestação contratual a quem for devida, 30

Pág. 10/ 41

dias após a confirmação do sinistro e das suas causas, circunstâncias e consequências.

7 - Salvo estipulação em contrário:

- a) sendo a designação feita a favor de vários Beneficiários, o Segurador realiza a prestação em partes iguais;
- b) em caso de premoriência do Beneficiário ou de algum deles quando haja vários, o capital seguro ou a sua parte nesse capital cabe aos respetivos herdeiros segundo as regras legais da sucessão;
- c) se o Beneficiário for menor, o Segurador pagará o capital seguro ou a parte que lhe couber a quem demonstre de forma inequívoca ser o seu representante legal e mediante a apresentação de assento de nascimento do menor.

8 - Relativamente à cobertura principal, na falta de designação de Beneficiário, o Segurador realiza a prestação aos herdeiros da Pessoa Segura mediante prova dessa qualidade.

9 - As despesas com a obtenção dos documentos comprovativos e necessários serão sempre de conta do Beneficiário.

ARTIGO 16º - CESSAÇÃO DO CONTRATO

1 - Salvo disposição legal em contrário, o contrato poderá ser denunciado pelo Tomador do Seguro ou pelo Segurador, na data aniversária da apólice, desde que, com uma antecedência mínima de 30 dias, a competente comunicação escrita seja efetuada por carta registada ou outro meio de que fique registo duradouro.

2 - O contrato poderá ser resolvido nos termos do n.º 1 do artigo 14.º, bem como nos demais casos previstos na lei.

ARTIGO 17º - LIVRE RESOLUÇÃO

1 - O Tomador do Seguro dispõe de um prazo de 30 dias, a contar da data da receção da apólice, para renunciar aos efeitos do contrato.

2 - A renúncia deverá, sob pena de ineficácia, ser notificada ao Segurador por carta registada enviada para o endereço da sua sede social.

3 - O exercício do direito de renúncia determina a extinção dos efeitos do contrato, extinguindo todas as obrigações dele decorrentes, havendo lugar nomeadamente à devolução dos prémios pagos ao Segurador, sem prejuízo de o Segurador ter direito ao prémio calculado *pro-rata temporis* e ao custo da apólice.

4 - O exercício do direito de renúncia não dá lugar a qualquer indemnização para além do estabelecido nos números anteriores.

ARTIGO 18º - PARTICIPAÇÃO NOS RESULTADOS

Salvo estipulação em contrário nas Condições Especiais ou Particulares, este contrato não dá lugar a participação nos resultados.

ARTIGO 19º - INVESTIMENTO AUTÓNOMO

Este contrato não dá lugar a investimento autónomo dos ativos representativos das provisões matemáticas.

ARTIGO 20º - TRANSMISSIBILIDADE

A faculdade de transmitir a posição contratual do Tomador do Seguro não se aplica no presente contrato.

ARTIGO 21º - COMUNICAÇÕES E DOMICÍLIOS

1 - As comunicações do Tomador do Seguro, da Pessoa Segura e do Beneficiário ou do Segurador para efeitos deste contrato consideram-se válidas e plenamente eficazes caso sejam efetuadas em língua portuguesa, por escrito ou por outro meio do qual fique registo duradouro, respetivamente para a sede social do Segurador ou para a última morada do Tomador do Seguro, da Pessoa Segura ou do Beneficiário constante do contrato.

2 - Quando, pela sua própria natureza ou origem, a documentação referida no número anterior esteja redigida em língua estrangeira, a mesma deverá ser acompanhada de tradução devidamente legalizada, nos termos do artigo 440.º do Código de Processo Civil.

3 – O Tomador do Seguro que temporariamente fixar residência fora de Portugal deve designar domicílio em território português para os efeitos do presente contrato.

ARTIGO 22º - REGIME FISCAL

É aplicável ao presente contrato o regime fiscal que se encontrar em vigor na data do facto tributário considerado relevante, não recaindo sobre o Segurador qualquer ónus, encargo ou responsabilidade em consequência de alteração legislativa.

ARTIGO 23º - LEI APLICÁVEL, RECLAMAÇÕES E ARBITRAGEM

1 - A lei aplicável a este contrato é a lei portuguesa.

2 - As reclamações do Tomador do Seguro/Pessoa Segura ou outras partes interessadas podem ser apresentadas aos serviços do Segurador, no Livro de Reclamações, ao Provedor do Cliente, Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões ou em www.asf.com.pt. Em caso de litígio, as partes podem ainda recorrer à seguinte Entidade de Resolução Alternativa de Litígios: CIMPAS – Centro de Informação, Mediação e Arbitragem de Seguros www.cimpas.pt ou aos tribunais judiciais.

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

ARTIGO 24º - FORO COMPETENTE

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

ARTIGO 25º - RELATÓRIO DE SOLVÊNCIA E SITUAÇÃO FINANCEIRA

O relatório sobre a solvência e a situação financeira do Segurador é publicado anualmente, de acordo com a legislação em vigor, encontrando-se disponível em www.ocidental.pt.

PROTEÇÃO ATIVA EMPRESÁRIO

Condições Especiais

ARTIGO 1º - PESSOAS SEGURAS

1 - As Pessoas Seguras são aquelas que, sendo colaboradores do Tomador do Seguro, satisfaçam o estipulado no Artigo 6.º das Condições Gerais do Seguro Temporário Anual Renovável (Individual), tenham idade atuarial inferior a 67 anos e cujo risco tenha sido aceite pelo Segurador, após receção das respetivas Propostas de Seguro e dos elementos clínicos considerados necessários para a análise do referido risco.

2 - Salvo disposição em contrário, o presente contrato não pode estar associado e/ou ser dado em garantia a qualquer contrato de mútuo celebrado com qualquer Instituição Bancária.

ARTIGO 2º - INÍCIO DA COBERTURA

Para cada Pessoa Segura cujo risco tenha sido aceite pelo Segurador, nos termos definidos no artigo anterior, os efeitos do contrato de seguro de vida têm início às zero horas do dia imediato ao da aceitação do risco individual pelo Segurador.

ARTIGO 3º - GARANTIAS

1 - Pelo presente contrato o Segurador garante, nos termos das Condições Gerais e Especiais aplicáveis, verificado o risco, o pagamento aos beneficiários designados do Capital Seguro estipulado nas respetivas Condições Particulares ou Ata Adicional de acordo com a opção escolhida pelo Tomador do Seguro.

2 - As opções disponíveis permitem a contratação, além da cobertura principal, de diferentes coberturas complementares, sujeitas à aceitação pelo Segurador, conforme se enuncia:

- a) **Proteção Extra:** cobertura complementar de Invalidez Total e Permanente;
- b) **Proteção Top:** coberturas complementares de Invalidez Total e Permanente, Morte por Acidente, Morte por Acidente de Circulação e Doenças Graves.
- c) **Proteção Flex:** coberturas complementares de Invalidez Total e Permanente, Morte por Acidente, Morte por Acidente de Circulação, Dependência e Doenças Graves.

3 - A cobertura de Invalidez Total e Permanente e a cobertura de Dependência são mutualmente exclusivas, isto é, a escolha de uma das coberturas impede a subscrição da outra.

4 - O pagamento do Capital Seguro torna-se exigível no momento em que se verifique, em relação à Pessoa Segura, um dos riscos cobertos.

ARTIGO 4º - DURAÇÃO DO CONTRATO

Sem prejuízo do estipulado nos Artigos 9.º e 16.º das Condições Gerais do Seguro Temporário Anual Renovável (Individual), o contrato é celebrado pelo prazo de um ano, sendo automaticamente renovado por períodos sucessivos de um ano.

ARTIGO 5º - PAGAMENTO DO PRÉMIO

1 - A obrigação de pagamento do prémio nas datas e condições estipuladas na Apólice impende sobre o Tomador do Seguro.

2 - O prémio anual poderá ser pago fracionado, em prestações mensais, trimestrais ou semestrais, mediante o pagamento do respetivo encargo.

ARTIGO 6º - CESSAÇÃO DAS GARANTIAS

As garantias deste contrato cessam, em relação a cada Pessoa Segura, para além do estipulado nas Condições Gerais ou nas Condições Particulares:

- a) no âmbito da cobertura de Morte, quando a Pessoa Segura atinja 70 anos de idade atuarial à data de renovação do contrato de seguro salvo indicação em contrário estipulada nas Condições Particulares.;
- b) no âmbito das coberturas complementares subscritas, quando a Pessoa Segura atinja a idade atuarial indicada nas respetivas Condições Especiais à data de renovação do contrato de seguro;
- c) em caso de liquidação do Capital Seguro por Morte, por Invalidez, por Dependência ou por Doenças Graves (para estas duas últimas, nas situações em que o Capital Seguro corresponda ao Capital Seguro da cobertura principal de Morte).

PROTEÇÃO ATIVA EMPRESÁRIO

Condições Especiais – Cobertura Complementar – Morte por Acidente

ARTIGO 1º - DEFINIÇÕES

1 - Para efeitos desta cobertura complementar, considera-se:

MORTE POR ACIDENTE: Todo o acontecimento fortuito, súbito e anormal, devido à ação de uma causa exterior e estranha à vontade da Pessoa Segura que causa a morte desta.

2 - Também são consideradas consequência de acidente a morte causada por inalação involuntária de gases ou vapores, afogamento e envenenamentos.

ARTIGO 2º - OBJETO DA COBERTURA

Pela presente cobertura, o Segurador garante o pagamento do Capital Seguro definido nas Condições Particulares, em caso de morte da Pessoa Segura como consequência direta de um acidente coberto pela presente apólice, quer esta ocorra imediatamente, quer dentro do prazo máximo de seis meses seguintes ao mesmo e sempre que tanto o acidente como o falecimento ocorram durante a vigência da apólice.

ARTIGO 3º - JUSTIFICAÇÃO E RECONHECIMENTO DO DIREITO ÀS GARANTIAS

1 - Em caso de morte por acidente da Pessoa Segura, o Tomador do Seguro ou os Beneficiários, devem remeter ao Segurador, no prazo de 60 dias:

- a) participação do acidente, indicando o local, dia, hora, causas, testemunhas e consequências, incluindo o eventual relatório da polícia;
- b) todos os documentos que atestem, de forma inequívoca, o caráter acidental do falecimento e determinem o nexo causal entre o acidente e a morte.

2 - Incumbe ao Tomador do Seguro ou aos Beneficiários a prova de que a morte resultou de um acidente.

3 - As despesas com a obtenção dos documentos comprovativos e necessários serão sempre da conta da Pessoa Segura ou dos Beneficiários.

4 - O Segurador comunicará, por escrito, ao Tomador do Seguro ou aos Beneficiários a sua posição sobre o caráter acidental da morte da Pessoa Segura no prazo máximo de 30 dias após a receção dos documentos descritos em 1.

ARTIGO 4º - BENEFICIÁRIOS

Na falta de designação de beneficiário da presente cobertura complementar, os Beneficiários são os herdeiros legais da Pessoa Segura.

ARTIGO 5º - CESSAÇÃO DE GARANTIAS

1 - Para cada Pessoa Segura, as garantias da presente cobertura complementar cessam os seus efeitos:

- a) em caso de denúncia, anulação, declaração de nulidade, resolução ou caducidade da cobertura principal, de que esta cobertura é complementar;
- b) quando a Pessoa Segura atingir, na data de renovação do contrato, os 70 anos de idade atuarial, salvo indicação em contrário nas Condições Particulares;
- c) em caso de pagamento do Capital Seguro exigível para a presente cobertura complementar.

2 - Em caso de pagamento do Capital Seguro exigível para esta cobertura complementar, cessam as garantias da cobertura principal, bem como das demais coberturas mencionadas nas Condições Particulares da apólice.

ARTIGO 6º - EXCLUSÕES

1- Para além das exclusões já mencionadas nas Condições Gerais, excluem-se da presente cobertura as seguintes situações:

- a) suicídio da Pessoa Segura;
- b) ato intencional do Tomador do Seguro ou dos Beneficiários;
- c) morte causada por doenças, acidentes ou quaisquer eventos que tenham ocorrido ou que tenham dado origem a tratamento médico efetuado antes da data de entrada em vigor desta cobertura complementar, desde que tais doenças, acidentes ou eventos não sejam mencionados em documentos específicos de avaliação do estado de saúde da Pessoa Segura, quando expressamente fornecidos pelo Segurador para o efeito;
- d) acidente verificado no âmbito do cumprimento do serviço militar voluntário;
- e) atuação em operações militares, de guerra, de polícia ou de terrorismo;
- f) utilização de veículos motorizados de duas ou três rodas ou moto quatro;
- g) prática profissional de qualquer desporto ou provas desportivas integradas em campeonatos e respetivos treinos; e atividades de notória perigosidade tais como boxe, alpinismo, tauromaquia, espeleologia, paraquedismo, asa delta, parapente, surf, windsurf e caça submarina.

2- A cobertura de alguns dos riscos referidos nas anteriores alíneas f) e g) poderá ser concedida, mediante análise de cada caso e pagamento do respetivo sobreprémio.

ARTIGO 7º - PAGAMENTO DO PRÉMIO

O pagamento do prémio relativo a esta cobertura complementar será efetuado conjuntamente e nas mesmas condições do prémio da cobertura principal.

ARTIGO 8º - DISPOSIÇÃO FINAL

Em tudo o que não estiver expressamente previsto nesta cobertura complementar aplicam-se as regras constantes das Condições Gerais e Especiais da apólice.

PROTEÇÃO ATIVA EMPRESÁRIO

Condições Especiais – Cobertura Complementar – Morte por Acidente de Circulação

ARTIGO 1º - DEFINIÇÕES

1 - Para efeitos desta cobertura complementar, considera-se:

MORTE POR ACIDENTE DE CIRCULAÇÃO: Todo o acontecimento fortuito, súbito e anormal, devido à ação de uma causa exterior e estranha à vontade da Pessoa Segura que causa a morte desta.

2 - Ficam cobertos ao abrigo desta cobertura complementar os acidentes de circulação que a Pessoa Segura sofra na qualidade de peão na via pública, condutor (desde que habilitado para tal) ou passageiros de veículos automóveis ligeiros, ou como passageiro de transportes públicos terrestres, marítimos ou aéreos.

ARTIGO 2º - OBJETO DA COBERTURA

Pela presente cobertura, o Segurador garante o pagamento do Capital Seguro definido nas Condições Particulares, em caso de morte da Pessoa Segura como consequência direta de um acidente de circulação coberto pela presente apólice, quer esta ocorra imediatamente, quer dentro do prazo máximo de seis meses seguintes ao mesmo e sempre que tanto o acidente como o falecimento ocorram durante a vigência da apólice.

ARTIGO 3º - JUSTIFICAÇÃO E RECONHECIMENTO DO DIREITO ÀS GARANTIAS

1 - Em caso de morte por acidente da Pessoa Segura, o Tomador do Seguro ou os Beneficiários, devem remeter ao Segurador, no prazo de 60 dias:

- a) participação do acidente, indicando o local, dia, hora, causas, testemunhas e consequências, incluindo o eventual relatório da polícia;
- b) todos os documentos que atestem, de forma inequívoca, o caráter acidental do falecimento e determinem onexo causal entre o acidente e a morte.

2 - Incumbe ao Tomador do Seguro ou aos Beneficiários a prova de que a morte resultou de um acidente.

3 - As despesas com a obtenção dos documentos comprovativos e necessários serão sempre da conta da Pessoa Segura ou dos Beneficiários.

4 - O Segurador comunicará, por escrito, aos interessados a sua posição sobre o caráter acidental da morte da Pessoa Segura no decorrer dos 30 dias após a receção dos documentos descritos em 1.

ARTIGO 4º - BENEFICIÁRIOS

Na falta de designação de beneficiário da presente cobertura complementar, os Beneficiários são os herdeiros legais da Pessoa Segura.

ARTIGO 5º - CESSAÇÃO DE GARANTIAS

1 - Para cada Pessoa Segura, as garantias da presente cobertura complementar cessam os seus efeitos:

- a) em caso de denúncia, anulação, declaração de nulidade, resolução ou caducidade da cobertura principal, de que esta cobertura é complementar;**
- b) quando a Pessoa Segura atingir, na data de renovação do contrato, os 70 anos de idade atuarial, salvo indicação em contrário nas Condições Particulares;**
- c) em caso de pagamento do Capital Seguro exigível para a presente cobertura complementar.**

2 - Em caso de pagamento do Capital Seguro exigível para esta cobertura complementar, cessam as garantias da cobertura principal, bem como das demais coberturas mencionadas nas Condições Particulares da apólice.

ARTIGO 6º - EXCLUSÕES

1- Para além das exclusões já mencionadas nas Condições Gerais, excluem-se da presente cobertura as seguintes situações:

- a) suicídio da Pessoa Segura;**
- b) ato intencional do Tomador do Seguro ou dos Beneficiários;**
- c) morte causada por doenças, acidentes ou quaisquer eventos que tenham ocorrido ou que tenham dado origem a tratamento médico efetuado antes da data de entrada em vigor desta cobertura complementar, desde que tais doenças, acidentes ou eventos não sejam mencionados em documentos específicos de avaliação do estado de saúde da Pessoa Segura, quando expressamente fornecidos pelo Segurador para o efeito;**
- d) acidente verificado no âmbito do cumprimento do serviço militar voluntário;**
- e) atuação em operações militares, de guerra, de polícia ou de terrorismo;**
- f) utilização de veículos motorizados de duas ou três rodas ou moto quatro;**
- g) prática profissional de qualquer desporto ou provas desportivas integradas em campeonatos e respetivos treinos; e atividades de notória perigosidade tais como boxe, alpinismo, tauromaquia, espeleologia, paraquedismo, asa delta, parapente, surf, windsurf e caça submarina.**

2- A cobertura de alguns dos riscos referidos nas anteriores alíneas f) e g) poderá ser concedida, mediante análise de cada caso e pagamento do respetivo sobreprémio.

ARTIGO 7º - PAGAMENTO DO PRÉMIO

O pagamento do prémio relativo a esta cobertura complementar será efetuado conjuntamente e nas mesmas condições do prémio da cobertura principal.

ARTIGO 8º - DISPOSIÇÃO FINAL

Em tudo o que não estiver expressamente previsto nesta cobertura complementar aplicam-se as regras constantes das Condições Gerais e Especiais da apólice.

PROTEÇÃO ATIVA EMPRESÁRIO

Condições Especiais – Cobertura Complementar – Invalidez Total e Permanente

ARTIGO 1º - DEFINIÇÕES

Para efeitos desta cobertura complementar, considera-se:

ACIDENTE: Todo o acontecimento fortuito, súbito e anormal, devido à ação de uma causa exterior e estranha à vontade da Pessoa Segura e que nesta origine lesões corporais.

DOENÇA: Toda a alteração involuntária do estado de saúde da Pessoa Segura, não causada por acidente e suscetível de constatação médica objetiva.

INVALIDEZ TOTAL E PERMANENTE: A Pessoa Segura encontra-se em situação de Invalidez Total e Permanente se, em consequência de doença ou acidente, estiver total e definitivamente incapaz de exercer uma atividade remunerada, com fundamento em sintomas objetivos, clinicamente comprovados, não sendo possível prever qualquer melhoria no seu estado de saúde de acordo com os conhecimentos médicos atuais, devendo em qualquer caso o grau de desvalorização, feito com base na Tabela Nacional para Avaliação de Incapacidades Permanentes em Direito Civil, ser superior a 66,6% caso em que, para efeitos desta cobertura, é considerado como sendo igual a 100%.

MÉDICO: Licenciado por uma Faculdade de Medicina autorizado a exercer a profissão no respetivo país da sua residência. Excluem-se todas as especialidades não reconhecidas pela Ordem dos Médicos portuguesa.

ARTIGO 2º - OBJETO DA COBERTURA

Pelo presente contrato, o Segurador garante o pagamento do Capital Seguro, definido nas Condições Particulares da apólice, em caso de Invalidez Total e Permanente da Pessoa Segura, em consequência de doença manifestada ou de acidente ocorrido durante a vigência desta cobertura.

ARTIGO 3º - JUSTIFICAÇÃO E RECONHECIMENTO DO DIREITO ÀS GARANTIAS

1 - A participação da situação de Invalidez Total e Permanente deve ser efetuada por escrito e nos 60 dias imediatos à constatação da invalidez, enviando ao Segurador os seguintes documentos:

- a) relatório médico, atestando a incapacidade total e definitiva para o exercício de uma qualquer atividade remunerada da Pessoa Segura, descrevendo o início e a evolução da invalidez ou, em caso de acidente, a causa e o género das lesões, bem como as consequências detetadas e as prováveis no futuro, devendo tal invalidez ser clinicamente comprovada com elementos objetivos;
- b) atestado médico de Incapacidade Multiuso;
- c) documento emitido pela Segurança Social ou por outra entidade competente, que ateste a incapacidade para o exercício de qualquer atividade remunerada;
- d) em caso de acidente, auto de ocorrência emitido pelas entidades competentes.
- e) todos os documentos que atestem, de forma inequívoca, o carácter acidental da invalidez e determinem o nexa causal entre o acidente e a invalidez.

2 - As despesas com a obtenção dos documentos comprovativos e necessários serão sempre da conta da Pessoa Segura ou dos Beneficiários.

3 - No processo de verificação da Invalidez o Segurador reserva-se o direito de exigir,

Pág. 19/ 41

a expensas suas, qualquer justificação complementar e de proceder às investigações que julgar convenientes para determinação exata do estado de saúde da Pessoa Segura, designadamente mandando-a examinar pelos seus médicos, cessando a sua responsabilidade se o Tomador do Seguro, a Pessoa Segura ou os Beneficiários prejudicarem ou impedirem o normal cumprimento destas diligências.

4 - As divergências de natureza clínica serão dirimidas por junta médica, obrigatoriamente realizada em território nacional, composta por três peritos médicos, sendo um designado pelo Segurador, outro pela Pessoa Segura e o terceiro por acordo entre os anteriores, sendo as respetivas decisões tomadas por maioria e insuscetíveis de recurso, e suportando cada uma das partes as despesas e honorários do seu médico, bem como 50% dos encargos referentes ao terceiro médico desta junta.

5 - O grau de desvalorização de que a Pessoa Segura já era portadora à data da efetivação do contrato não concorrerá para a atribuição do grau de invalidez a atribuir ao abrigo desta cobertura.

6 - O direito às garantias, nos termos da presente cobertura complementar, produzirá efeitos a partir da data da verificação da Invalidez pelo Segurador.

ARTIGO 4º - BENEFICIÁRIOS

Na falta de designação de beneficiário da presente cobertura complementar, o Beneficiário é a Pessoa Segura.

ARTIGO 5º - CESSAÇÃO DAS GARANTIAS

1 - Para cada Pessoa Segura, as garantias da presente cobertura complementar cessam os seus efeitos:

- a) em caso de denúncia, anulação, declaração de nulidade, resolução ou caducidade da cobertura principal, de que esta cobertura é complementar;**
- b) quando a Pessoa Segura atingir, na data de renovação do contrato, os 67 anos de idade atuarial, salvo indicação em contrário estipulada nas Condições Particulares.**
- c) em caso de pagamento do Capital Seguro exigível para a presente cobertura complementar.**

2 - Em caso de pagamento do Capital Seguro exigível para esta cobertura complementar, cessam as garantias da cobertura principal, bem como das demais coberturas mencionadas nas Condições Particulares da apólice.

ARTIGO 6º - EXCLUSÕES

Para além das exclusões já mencionadas nas Condições Gerais excluem-se da presente cobertura as seguintes situações:

- a) tentativa de suicídio da Pessoa Segura;**
- b) invalidez resultante, ou agravada, de ato intencional da Pessoa Segura, do Tomador do Seguro ou do Beneficiário;**
- c) invalidez resultante de doenças, acidentes ou quaisquer eventos que tenham ocorrido ou dado origem a tratamento médico antes da data de entrada em vigor desta cobertura complementar, e suas eventuais consequências, desde que tais doenças, acidentes ou eventos não sejam**

Pág. 20/ 41

mencionados em documentos específicos de avaliação do estado de saúde da Pessoa Segura, quando expressamente fornecidos pelo Segurador para o efeito;

d) acidente verificado no âmbito do cumprimento do serviço militar voluntário.

ARTIGO 7º - PAGAMENTO DO PRÉMIO

O pagamento do prémio relativo a esta cobertura complementar será efetuado conjuntamente e nas mesmas condições do prémio da cobertura principal.

ARTIGO 8º - DISPOSIÇÃO FINAL

Em tudo o que não estiver expressamente previsto nesta cobertura complementar aplicam-se os princípios constantes das Condições Gerais e Especiais da apólice.

PROTEÇÃO ATIVA EMPRESÁRIO

Cobertura Complementar – Dependência

ARTIGO 1º - DEFINIÇÕES

Para efeitos desta cobertura complementar, considera-se:

ACIDENTE: Todo o acontecimento fortuito, súbito e anormal, devido à ação de uma causa exterior e estranha à vontade da Pessoa Segura e que nesta origine lesões corporais.

DOENÇA: Toda a alteração involuntária do estado de saúde da Pessoa Segura, não causada por acidente e suscetível de constatação médica objetiva.

PERÍODO DE CARÊNCIA: período que medeia entre a data de início da cobertura e a data da sua produção de efeitos.

DEPENDÊNCIA: Uma situação de dependência define-se como a perda, com caráter permanente, da capacidade para exercer qualquer atividade remunerada e, simultaneamente, da autonomia para praticar os atos indispensáveis à satisfação das necessidades básicas da vida quotidiana, carecendo da assistência de terceira pessoa. Consideram-se atos indispensáveis à satisfação das necessidades básicas da vida quotidiana, nomeadamente, os relativos à realização dos serviços domésticos, à locomoção e a cuidados de higiene.

MÉDICO: Licenciado por uma Faculdade de Medicina autorizado a exercer a profissão no respetivo país da sua residência. Excluem-se todas as especialidades não reconhecidas pela Ordem dos Médicos portuguesa.

ARTIGO 2º - OBJETO DA COBERTURA

1 - Pelo presente contrato, o Segurador garante ao Beneficiário o pagamento do Capital Seguro, definido nas Condições Particulares da apólice, em caso de Dependência da Pessoa Segura, em consequência de doença ou de acidente ocorrido durante a vigência desta cobertura.

2 - As garantias conferidas por esta cobertura estão sujeitas a um período de carência de seis meses.

3 - Os sinistros que ocorram dentro do período de carência não estão cobertos. Em tal caso, serão devolvidos os prémios pagos relativos à presente cobertura e esta anulada com referência à data de início da mesma.

4 - As garantias conferidas por esta cobertura estão sujeitas à perda de autonomia da Pessoa Segura para realizar pelo menos cinco dos seguintes atos indispensáveis à satisfação das necessidades básicas da vida quotidiana:

- ***Banhar-se/Tomar banho:*** A Pessoa Segura ser capaz de tomar banho e secar-se sem a assistência de outra pessoa, ainda que com a possibilidade de recurso a ajuda de aparelhos/utensílios adaptados. Inclui também a possibilidade de entrar e sair da banheira/chuveiro. A incapacidade de chegar à casa de banho não constitui uma necessidade de assistência.
- ***Limpeza corporal parcial:*** A Pessoa Segura ser capaz, sem a assistência de outra pessoa, ainda que com a possibilidade de recurso à ajuda de aparelhos/utensílios adaptados, de:
 - lavar o corpo parcialmente (parte superior ou inferior do corpo);
 - escovar os dentes;

- pentear os cabelos;
- se necessário, barbear-se.
- e realizar a sua higiene íntima .

A incapacidade de chegar à casa de banho não constitui uma incapacidade.

- **Continência:** Existe necessidade de assistência se a Pessoa Segura apresentar incontinência de forma permanente e não puder esvaziar o intestino ou a bexiga de forma autónoma. A necessidade de assistência também existe se a situação de incontinência do intestino ou da bexiga requerer o uso permanente de cateteres, saco de osteotomia, fraldas ou cuecas de incontinência que a Pessoa Segura não possa aplicar, mudar ou esvaziar/limpar.
- **Vestir-se e Despir-se:** A Pessoa Segura ser capaz de vestir-se e despir-se (parte superior e inferior do corpo) e, se necessário, colocar e apertar espartilhos ou próteses cirúrgicas sem a assistência de outra pessoa, ainda que com a possibilidade de recurso à ajuda de aparelhos/utensílios adaptados.
- **Mobilidade:** A Pessoa Segura ser capaz de mover-se dentro do local de residência, em superfícies niveladas, sentar-se, levantar-se e entrar e sair da cama sem a assistência de outra pessoa, ainda que com a possibilidade de recurso à ajuda de aparelhos/utensílios adaptados.
- **Comer / beber:** A Pessoa Segura ser capaz de ingerir refeições e bebidas, já preparadas e servidas, ainda que usando talheres e copos adaptados ou administrados através de tubos, sem a assistência de outra pessoa.

ARTIGO 3º - JUSTIFICAÇÃO E RECONHECIMENTO DO DIREITO ÀS GARANTIAS

1 - Sempre que se pretenda que a Pessoa Segura seja considerada em situação de Dependência, o Tomador do Seguro, a Pessoa Segura ou os Beneficiários, devem solicitá-lo por escrito nos 60 dias imediatos à constatação da perda permanente de autonomia para praticar os atos indispensáveis à satisfação das necessidades básicas da vida quotidiana, conforme constam no artigo 2.º destas Condições Especiais, enviando ao Segurador os seguintes documentos:

- a) Relatório clínico, preciso e detalhado, elaborado por um médico especialista do qual conste:
 - a descrição do início, data e a evolução da doença ou, em caso de acidente, a causa e o género das lesões, bem como as consequências detetadas e as prováveis no futuro, devendo tal dependência ser clinicamente comprovada com elementos objetivos;
 - a declaração de perda permanente de autonomia e necessidade de recurso de modo contínuo à assistência de uma terceira pessoa, sem interrupção, durante pelo menos, seis meses a contar da data do diagnóstico médico inicial, identificando os atos indispensáveis à satisfação das necessidades básicas da vida quotidiana, designadamente os mencionados no artigo 2.º destas Condições Especiais, que a Pessoa Segura se encontra incapaz de realizar;
 - a declaração da incapacidade total e definitiva para o exercício de uma qualquer atividade remunerada da Pessoa Segura.

- b) Atestado médico de Incapacidade Multiuso;
- c) Documento emitido pela Segurança Social ou por outra entidade competente, que ateste a incapacidade para o exercício de qualquer atividade remunerada e a perda de autonomia;
- d) Em caso de acidente, auto de ocorrência emitido pelas entidades competentes.
- e) Todos os documentos que atestem, de forma inequívoca, o carácter acidental do estado de dependência e determinem onexo causal entre o acidente e esse estado.

2 - As despesas com a obtenção dos documentos comprovativos e necessários serão sempre da conta da Pessoa Segura ou dos Beneficiários.

3 - O Segurador reserva-se o direito de exigir, a expensas suas, qualquer justificação complementar e de proceder às investigações que julgar convenientes para determinação exata do estado de saúde da Pessoa Segura, designadamente mandando-a examinar pelos seus médicos, cessando a sua responsabilidade se o Tomador do Seguro, a Pessoa Segura ou os Beneficiários prejudicarem ou impedirem o normal exercício dessas diligências.

4 - **As divergências de natureza clínica serão dirimidas por junta médica, obrigatoriamente realizada em território nacional, composta por três peritos médicos, sendo um designado pelo Segurador, outro pela Pessoa Segura e o terceiro por acordo entre os anteriores, sendo as respetivas decisões tomadas por maioria e insuscetíveis de recurso, e suportando cada uma das partes as despesas e honorários do seu médico, bem como 50% dos encargos referentes ao terceiro médico desta junta.**

5 - O direito às garantias, nos termos da presente cobertura complementar, produzirá efeitos a partir da data da verificação da Dependência pelo Segurador.

ARTIGO 4º - BENEFICIÁRIOS

Na falta de designação de beneficiário da presente cobertura complementar, o Beneficiário é a Pessoa Segura.

ARTIGO 5º - CESSAÇÃO DAS GARANTIAS

1 - Para cada Pessoa Segura, as garantias da presente cobertura complementar cessam os seus efeitos:

- a) Em caso de denúncia, anulação, declaração de nulidade, resolução ou caducidade da cobertura principal, de que esta cobertura é complementar;
- b) Quando a Pessoa Segura atingir, na data de renovação do contrato, os 67 anos de idade atuarial, salvo indicação em contrário estipulada nas Condições Particulares.
- c) Em caso de pagamento do Capital Seguro exigível para a presente cobertura complementar.

2 - Caso o pagamento exigível ao abrigo desta cobertura complementar coincida com a totalidade do Capital Seguro da cobertura principal, cessam as garantias da referida cobertura principal, bem como as demais coberturas complementares mencionadas nas Condições Particulares.

3 - Caso o pagamento exigível ao abrigo desta cobertura complementar não coincida com a totalidade do Capital Seguro da cobertura principal, cessam as

garantias das demais coberturas complementares mencionadas nas Condições Particulares, mantendo-se apenas a cobertura principal de morte pelo capital remanescente.

ARTIGO 6º - EXCLUSÕES

Para além das exclusões constantes nas Condições Gerais, ficam excluídos das garantias desta cobertura complementar os sinistros resultantes de:

- a) Consequência direta ou indireta de atos provocados intencionalmente pela Pessoa Segura, Tomador do Seguro ou Beneficiário, ou com a sua cumplicidade, bem como a tentativa de suicídio da Pessoa Segura e todas as suas consequências;
- b) Duelo ou apostas de qualquer natureza, bem como acidente resultante de ato doloso da Pessoa Segura;
- c) Ferimentos ou lesões provocadas 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;
- d) Revolução, guerra civil e guerra com país estrangeiro, declarada ou não;
- e) Estado de alcoolismo e ingestão de drogas ou medicação sem prescrição médica;
- f) Prática de desportos a nível profissional ou integrado em campeonatos oficiais;
- g) Desportos de risco tais como corridas de automóveis, motociclos, caça fora do território Europeu, caça submarina, mergulho, montanhismo, espeleologia, qualquer modalidade de luta, paraquedismo, voo livre, voo sem motor, asa-delta, ultraligeiro, e, em geral, qualquer desporto ou atividade recreativa de caráter notoriamente perigoso;
- h) Desastres de aviação, salvo quando a Pessoa Segura for passageiro de avião de carreira comercial de transporte de passageiros, devidamente autorizada pela Comissão Europeia;
- i) Ocorrência de riscos nucleares;
- j) No caso da Pessoa Segura provocar ou agravar o seu estado de saúde;
- k) Doença, terapia, intervenção cirúrgica, tratamento médico e/ou acidentes anteriores à entrada em vigor da apólice de seguro;
- l) Doença acompanhada de infeção por VIH;
- m) Qualquer doença e/ou acidente não definidos na presente cobertura complementar, anterior à data de início da apólice;
- n) Doenças, acidentes ou quaisquer eventos que tenham ocorrido ou dado origem a tratamento médico antes da data de entrada em vigor desta cobertura complementar, e suas eventuais consequências, desde que tais doenças, acidentes ou eventos não sejam declarados ao Segurador para avaliação do risco;
- o) Acidente verificado no âmbito do cumprimento do serviço militar voluntário;
- p) Utilização de veículos motorizados de duas ou três rodas ou moto

quatro.

ARTIGO 7º - PAGAMENTO DO PRÉMIO

O pagamento do prémio relativo a esta cobertura complementar será efetuado conjuntamente e nas mesmas condições do prémio da cobertura principal.

ARTIGO 8º - DISPOSIÇÃO FINAL

Em tudo o que não estiver expressamente previsto nesta cobertura complementar aplicam-se os princípios constantes das Condições Gerais da apólice.

PROTEÇÃO ATIVA EMPRESÁRIO

Condições Especiais – Cobertura Complementar – Doenças Graves

ARTIGO 1º - DEFINIÇÕES

Para efeitos desta cobertura complementar, considera-se:

DOENÇAS GRAVES: As doenças identificadas no artigo 3.º destas Condições Especiais.

DOENÇA PRÉEXISTENTE: Doença que tenha sido objeto de um diagnóstico inequívoco ou que, com suficiente grau de evidência, se tenha manifestado em data anterior à da celebração do presente contrato.

PERÍODO DE CARÊNCIA: período que medeia entre a data de início da cobertura e a data da sua produção de efeitos, considerando-se também preexistentes as doenças que se manifestem durante o período de carência.

MÉDICO: Licenciado por uma Faculdade de Medicina autorizado a exercer a profissão no respetivo país da sua residência. Excluem-se todas as especialidades não reconhecidas pela Ordem dos Médicos portuguesa.

ARTIGO 2º - OBJETO DA COBERTURA

1 - Pela presente cobertura o Segurador garante ao Beneficiário o pagamento do capital seguro em caso de manifestação, durante a vigência desta cobertura, de uma das Doenças Graves mencionadas no artigo seguinte.

2 - As garantias conferidas por esta cobertura estão sujeitas a um período de carência de três meses. Em tal caso, serão devolvidos os prémios pagos relativos à presente cobertura e esta anulada com referência à data de início da mesma.

3 - O capital da cobertura principal da apólice é reduzido no montante que seja pago ao abrigo da presente cobertura, cessando as restantes coberturas complementares.

ARTIGO 3º - DOENÇAS GRAVES

1 - Para os efeitos da presente cobertura complementar, consideram-se Doenças Graves as seguintes:

1.1 Cancro

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

A não ser que tenham sido especificamente excluídas, a leucemia, o linfoma maligno e a síndrome mielodisplásica estão abrangidos por esta definição.

Excluem-se as seguintes situações:

i) Qualquer tumor histologicamente classificado como pré-maligno,

Pág. 27/ 41

- não invasivo ou carcinoma *in situ* (incluindo carcinoma ductal e lobular *in situ* da mama e displasia cervical CIN-1, CIN-2 e CIN-3);
- ii) Qualquer cancro da próstata, exceto se histologicamente classificado como tendo uma pontuação de Gleason superior a 6 ou tendo progredido para, pelo menos, uma classificação clínica TNM de T2N0M0;
 - iii) Leucemia linfocítica crónica, exceto se tiver evoluído para, pelo menos, o Estadio B de Binet;
 - iv) Carcinoma basocelular ou basalioma e carcinoma das células escamosas da pele e melanoma maligno de estadio IA (T1aN0M0), a menos que haja evidência de metástases;
 - v) Cancro papilar da tiroide com menos de 1 cm de diâmetro e descrito histologicamente como T1N0M0;
 - vi) Micro-carcinoma papilar da bexiga descrito histologicamente como Ta;
 - vii) Policitemia vera e trombocitemia essencial;
 - viii) Gamopatia monoclonal de significado indeterminado;
 - ix) Linfoma MALT gástrico se a doença puder ser tratada com erradicação de *Helicobacter*;
 - x) Tumor do estroma gastrointestinal (GIST), estadios I e II Segundo o Manual de Estadiamento do Cancro da AJCC, Sétima Edição (2010);
 - xi) Linfoma cutâneo, exceto se requer tratamento com quimioterapia ou radioterapia;
 - xii) Carcinoma micro invasivo da mama (classificado histologicamente como sendo T1mic), exceto se requer mastectomia, quimioterapia ou radioterapia;
 - xiii) Carcinoma micro invasivo do colo do útero (classificado histologicamente como estadio IA1), exceto se requer histerectomia, quimioterapia ou radioterapia.

1.2 Enfarte de miocárdio

Um enfarte do miocárdio consiste na morte do tecido cardíaco devido a uma obstrução prolongada do fluxo sanguíneo. O enfarte deve ser evidenciado por um aumento e/ou diminuição dos biomarcadores cardíacos (troponina ou CKMB) para níveis considerados diagnósticos de enfarte do miocárdio, em conjunto com, pelo menos, dois dos seguintes critérios:

- i) Sintomas de isquemia (como dor torácica);
- ii) Alterações eletrocardiográficas (ECG) indicativas de isquémia recente (alterações recentes do segmento ST-T ou bloqueio recente do ramo esquerdo);
- iii) Desenvolvimento de ondas Q patológicas no ECG.

O diagnóstico deve ser confirmado por médico Cardiologista.

Excluem-se as seguintes situações:

- i) Síndrome coronária aguda (angina de peito estável ou instável);
- ii) Elevações da troponina na ausência de manifestações de doença isquêmica do coração (por ex. miocardite, tamponamento apical, contusão cardíaca, embolia pulmonar, toxicidade devido ao uso de estupefacientes);
- iii) Enfarte do miocárdio com artérias coronárias normais ou causado por vaso espasmo coronário, trajeto intra-miocárdico (myocardial bridging) ou abuso de estupefacientes;
- iv) Enfarte do miocárdio que ocorre nos 14 dias após angioplastia coronária ou cirurgia de *bypass*.

1.3 AVC – que resulte em sintomas permanentes

Morte de tecido cerebral devido a um acontecimento cerebrovascular agudo, causado por uma trombose ou hemorragia intracraniana (incluindo hemorragia subaracnoideia), ou embolia de causa extracraniana com:

- i) início agudo de novos sintomas neurológicos; e
- ii) défices neurológicos recentes e objetivos, no exame clínico.

O défice neurológico deve persistir durante mais de 3 meses após a data do diagnóstico. Este diagnóstico deve ser confirmado por médico Neurologista e sustentado por resultados imagiológicos.

Excluem-se as seguintes situações:

- i) Acidente isquémico transitório (AIT) e défice neurológico isquémico reversível prolongado (DNIRP);
- ii) Lesão traumática do tecido cerebral ou dos vasos sanguíneos;
- iii) Défices neurológicos devido a hipoxia geral, infeção, doença inflamatória, enxaqueca ou intervenção médica;
- iv) Resultados imagiológicos acidentais (TC ou RMN) sem sintomas clínicos claramente relacionados (AVC silencioso).

1.4 Cirurgia de *bypass* das artérias coronárias – para tratamento de doença coronária de múltiplos vasos

Realização de cirurgia cardíaca para corrigir o estreitamento ou o bloqueio de duas ou mais artérias coronárias com enxertos de *bypass*. Estão abrangidos a cirurgia cardíaca com esternotomia total (divisão vertical do esterno) e os procedimentos minimamente invasivos (esternotomia parcial ou toracotomia). A cirurgia deve ser determinada como sendo clinicamente necessária por médico Cardiologista ou por Cirurgião Cardio-torácico e sustentada por resultados no angiograma coronário.

Excluem-se as seguintes situações:

- i) Cirurgia de *bypass* para tratar estenose ou bloqueio de uma artéria coronária;
- ii) Angioplastia coronária ou colocação de *stent*.

1.5 Doença renal terminal – que requer diálises permanentes

Insuficiência crônica e irreversível da função de ambos os rins, resultando na necessidade de realizar regularmente hemodiálise ou diálise peritoneal ou se tiver sido realizado transplante renal. A diálise deve ser clinicamente necessária e confirmada por médico Nefrologista.

Excluem-se as seguintes situações:

- i) Insuficiência renal aguda reversível com diálise renal temporária.

1.6 Transplante de órgão principal, tecido conjuntivo ou medula óssea

Transplante de órgãos em que a pessoa segura é o recetor de aloenxerto ou isoenxerto de um ou mais dos seguintes órgãos:

- i) Coração;
- ii) Rim;
- iii) Fígado (incluindo transplante de fígado parcial e transplante de fígado de dador vivo);
- iv) Pulmão (incluindo transplante de lóbulo de dador vivo ou transplante de um único pulmão);
- v) Medula óssea (transplante alogénico de células estaminais hematopoiéticas antecedido de ablação total da medula óssea);
- vi) Intestino delgado;
- vii) Pâncreas.

O transplante parcial ou total do rosto, mão, braço e perna (transplante de aloenxerto de tecido composto) também está abrangido por esta definição. O quadro clínico que leva ao transplante deve ser considerado intratável por quaisquer outros meios, conforme confirmado por médico da Especialidade.

Excluem-se as seguintes situações:

- i) Transplante de outros órgãos, partes do corpo ou tecidos (incluindo a córnea e a pele);
- ii) Transplante de outras células (incluindo células das ilhotas de Langerhans e células estaminais que não as hematopoiéticas).

1.7 Paralisia dos membros – total e irreversível

Perda total e irreversível da função muscular da totalidade de quaisquer 2 membros, como resultado de lesão ou doença da espinal medula ou do cérebro. Define-se “membro” como a totalidade do braço ou da perna. A paralisia deve estar presente durante mais de 3 meses, confirmada por médico Neurologista e sustentada por resultados clínicos e diagnósticos.

Excluem-se as seguintes situações:

- i) Paralisia devido a danos autoinfligidos ou perturbações psicológicas;

- ii) Síndrome de Guillain-Barré;
- iii) Paralisia intermitente ou hereditária.

1.8 Perda profunda de visão – irreversível

Perda profunda de visão em ambos os olhos, resultante de doença ou traumatismo, que não possa ser corrigida por correção refrativa, medicação ou cirurgia. A perda profunda de visão é evidenciada ou por uma acuidade visual de 3/60 ou menos (0,05 ou menos na notação decimal) para o melhor olho após correção ou um campo visual inferior a 10° de diâmetro no melhor olho após correção. O diagnóstico terá de ser confirmado por médico Oftalmologista.

1.9 Cirurgia das válvulas cardíacas – incluindo procedimentos minimamente invasivos e com cateter

A realização de cirurgia para substituir ou reparar anomalias de uma ou mais válvulas cardíacas. Nesta definição estão abrangidos os seguintes procedimentos:

- i) Substituição ou reparação de válvulas cardíacas com esternotomia total (divisão vertical do esterno), esternotomia parcial ou toracotomia;
- ii) Procedimento de Ross;
- iii) Valvuloplastia através de cateter;
- iv) Implantação de válvula aórtica transcater (IVAT).

A cirurgia deve ser confirmada como sendo clinicamente necessária por médico Cardiologista ou por Cirurgião Córdio-torácico e sustentada por resultados do ecocardiograma ou do cateterismo cardíaco.

Excluem-se as seguintes situações:

- i) *Clipping* da válvula mitral transcater.

1.10 Cirurgia da aorta – incluindo procedimentos minimamente invasivos

Realização de cirurgia para tratamento de estenose, obstrução, aneurisma ou dissecação da aorta. Os procedimentos minimamente invasivos, como a reparação endovascular, estão abrangidos por esta definição. A cirurgia deve ser confirmada como sendo clinicamente necessária por médico Cirurgião Córdio-torácico e sustentada por resultados imagiológicos.

Excluem-se as seguintes situações:

- i) Cirurgia a qualquer dos ramos da aorta torácica ou abdominal (incluindo enxertos de bypass aorto-femoral ou aorto-ilíaco);
- ii) Cirurgia da aorta relacionada com doenças hereditárias do tecido conjuntivo (por ex. síndrome de Marfan, síndrome de Ehlers–Danlos);
- iii) Paralisia Cirurgia após lesão traumática da aorta.

1.11 Esclerose múltipla – com sintomas persistentes

Diagnóstico definitivo de esclerose múltipla, que deve ser confirmado por

médico Neurologista e sustentado por todos os critérios seguintes:

- i) Comprometimento clínico atual da função motora ou sensorial, que deve persistir durante um período contínuo de, pelo menos, 6 meses;
- ii) Ressonância magnética (RM) que mostre, pelo menos, duas lesões de desmielinização no cérebro ou na espinal medula, características da esclerose múltipla.

A definição anterior exclui os seguintes casos:

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

1.12 Doença de Alzheimer (antes dos 65 anos) – que requer supervisão constante

Diagnóstico definitivo de doença de Alzheimer evidenciado por todos os elementos seguintes:

- i) Perda da capacidade intelectual, envolvendo o compromisso da memória e das funções executivas (sequenciação, organização, abstração e planeamento), que resulta numa redução significativa do funcionamento mental e social;
- ii) Alteração da personalidade;
- iii) Início gradual e declínio continuado das funções cognitivas;
- iv) Sem perturbação do estado de consciência;
- v) Resultados neuropsicológicos e neuroimagiológicos típicos (por ex. TAC/RMN).

A doença terá de exigir (antes dos 65 anos) supervisão constante (24 horas por dia). O diagnóstico e a necessidade de supervisão terão de ser confirmados por Médico Neurologista.

Excluem-se as seguintes situações:

- i) Outras formas de demência devido a perturbações cerebrais ou sistêmicas ou devido a patologias do foro psiquiátrico.

1.13 Anemia aplásica – com insuficiência grave de medula óssea

Diagnóstico definitivo de anemia aplásica, que resulta em insuficiência grave da medula óssea, com anemia, neutropenia e trombocitopenia. A doença terá de ser tratada com transfusões sanguíneas e com, pelo menos, um dos tratamentos seguintes:

- i) Agentes estimuladores da medula óssea;
- ii) Imunossupressores;
- iii) Transplante de medula óssea.

O diagnóstico deve ser confirmado por médico Hematologista e evidenciado pela histologia da medula óssea.

1.14 Tumor cerebral benigno

Diagnóstico definitivo de um tumor cerebral benigno, que se define como sendo um crescimento de tecido não maligno, localizado na cavidade craniana e limitado ao cérebro, meninges ou nervos cranianos. O tumor deve ser submetido a, pelo menos, um dos seguintes tratamentos:

- i) Remoção cirúrgica completa ou incompleta;
- ii) Radiocirurgia estereotáctica;
- iii) Irradiação com feixe externo.

Se nenhuma das opções de tratamento for possível por motivos clínicos, o tumor terá de causar um défice neurológico persistente, documentado há, pelo menos, 3 meses após a data do diagnóstico. O diagnóstico deve ser confirmado por médico Neurologista ou Neurocirurgião e sustentado por resultados imagiológicos.

Excluem-se as seguintes situações:

- i) Diagnóstico ou tratamento de qualquer quisto, granuloma, hamartoma ou malformação das artérias ou veias do cérebro;
- ii) Tumores da glândula pituitária.

1.15 Doença hepática grave – Classe B ou C de Child-Pugh

Diagnóstico definitivo de doença hepática grave evidenciada por uma pontuação Child-Pugh de, pelo menos, 7 pontos (Classe B ou C de Child-Pugh). A pontuação deve ser calculada utilizando todas as variáveis seguintes:

- i) Níveis de bilirrubina total sérica;
- ii) Níveis de albumina sérica;
- iii) Gravidade da ascite;
- iv) Valores de INR;
- iv) Encefalopatia hepática.

O diagnóstico deve ser confirmado por médico Gastreterologista e sustentado por resultados imagiológicos e analíticos.

Excluem-se as seguintes situações:

- i) Doença hepática grave, secundária ao consumo de álcool ou estupefacientes (incluindo infeções por hepatite B ou C adquirida através do consumo de drogas intravenosas).

1.16 Doença pulmonar crónica – que resulta em insuficiência respiratória crónica

Diagnóstico definitivo de doença pulmonar grave que resulta em insuficiência respiratória crónica, evidenciada por todos os critérios seguintes:

- i) FEV1 (Forced Expiratory Volume at 1 second, volume expiratório forçado ao 1.º segundo) inferior a 40% do previsto em 2 ocasiões com pelo menos 1 mês de intervalo;
- ii) Tratamento com oxigenoterapia durante, pelo menos, 16 horas por

dia durante um período mínimo de três meses;

- iii) Redução persistente nas pressões parciais de oxigênio (PaO₂) abaixo dos 55 mmHg (7,3 kPa) na gasometria arterial medida sem administração de oxigênio.

O diagnóstico deve ser confirmado por médico Pneumologista.

1.17 Coma – que resulta em sintomas persistentes

Diagnóstico definitivo de um estado de perda de consciência, sem reação ou resposta a estímulos externos ou a necessidades internas, que:

- i) Resulta numa pontuação de 8 ou menos na escala de coma de Glasgow, persistindo continuamente durante, pelo menos, 96 horas;
- ii) Exige a utilização de sistemas de suporte de vida; e
- iii) Resulta num déficit neurológico persistente, que terá de ser avaliado decorridos, pelo menos, 30 dias após o início do coma.

O diagnóstico deve ser confirmado por médico Neurologista.

Excluem-se as seguintes situações:

- i) Coma clinicamente induzido;
- ii) Qualquer coma devido a lesões autoinfligidas, consumo de álcool ou estupefacientes.

1.18 Surdez – permanente e irreversível

Diagnóstico definitivo de uma perda permanente e irreversível da audição, em ambos os ouvidos, como resultado de doença ou lesão acidental. O diagnóstico terá de ser confirmado por médico Otorrinolaringologista e sustentado por um limiar auditivo médio de mais de 90 dB nas frequências de 500, 1000 e 2000 hertz no ouvido melhor, utilizando um audiograma tonal.

1.19 Hepatite viral fulminante – que resulta em insuficiência hepática aguda

Diagnóstico definitivo de hepatite viral fulminante evidenciado por todos os critérios seguintes:

- i) Curso serológico típico da hepatite viral aguda;
- ii) Desenvolvimento de encefalopatia hepática;
- iii) Diminuição do tamanho do fígado;
- iv) Aumento dos níveis de bilirrubina sérica;
- v) Coagulopatia com um rácio normalizado internacional (INR) superior a 1,5;
- vi) Desenvolvimento de insuficiência hepática nos 7 dias após o início dos sintomas;
- vii) Sem antecedentes conhecidos de doença hepática.

O diagnóstico deve ser confirmado por médico Gastrenterologista.

Excluem-se as seguintes situações:

- i) Todas as outras causas não virais de insuficiência hepática aguda

- (incluindo intoxicação por paracetamol ou aflatoxina);
- ii) Hepatite viral fulminante associada ao consumo de estupefacientes por via intravenosa.

1.20 Traumatismo craniano grave – que resulta na perda permanente das capacidades físicas

Diagnóstico definitivo de uma perturbação da função cerebral, em resultado de uma lesão crânio encefálica traumática. O traumatismo craniano terá de resultar numa incapacidade total de realizar, de forma independente, pelo menos, 3 das 6 Atividades da Vida Diária (AVD) durante um período ininterrupto de, pelo menos, 3 meses, sem probabilidade razoável de recuperação.

O diagnóstico deve ser confirmado por médico Neurologista ou Neurocirurgião e sustentado por resultados imagiológicos típicos (TC ou RMN cerebral).

Excluem-se as seguintes situações:

- i) Qualquer traumatismo craniano devido a lesões autoinfligidas, consumo de álcool ou estupefacientes.

1.21 Infeção pelo VIH devido a transfusão sanguínea e derivados

Diagnóstico definitivo de infeção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) resultante da transfusão de sangue e derivados, ocorrida dentro de um dos países da União Europeia, Suíça, Noruega, EUA, Canadá, Austrália, Nova Zelândia e Japão. A infeção pelo VIH terá de ser evidenciada por todos os elementos seguintes:

- i) Infeção causada por uma transfusão, clinicamente necessária, de sangue e derivados, ocorrida após o início da apólice;
- ii) A instituição ou serviço, que forneceu o sangue e derivados, está registada e é oficialmente reconhecida pelas autoridades de saúde;
- iii) A instituição ou serviço, que forneceu o sangue e derivados, reconhece a responsabilidade;
- iv) A seroconversão do VIH deve ocorrer dentro dos 12 meses após a transfusão.

Excluem-se as seguintes situações:

- i) Infeção pelo VIH resultante de quaisquer outras formas de transmissão, incluindo atividade sexual ou consumo de estupefacientes;
- ii) Infeção pelo VIH resultante de transfusão sanguínea e derivados devido a hemofilia ou talassemia *major*.

1.22 Perda de membros

Diagnóstico definitivo de amputação completa de dois ou mais membros, ao nível ou acima da articulação do pulso ou do tornozelo, como

resultado de uma amputação acidental ou clinicamente necessária. O diagnóstico deve ser confirmado por médico especialista em Cirurgia Geral ou Ortopedia.

Excluem-se as seguintes situações:

- i) Perda de membros devido a lesão autoinfligida.

1.23 Perda da fala – permanente e irreversível

Diagnóstico definitivo de perda total e irreversível da capacidade de falar em resultado de lesão física ou doença. O quadro clínico tem de estar presente durante um período ininterrupto de, pelo menos, 6 meses. O diagnóstico deve ser confirmado por médico Otorrinolaringologista.

Excluem-se as seguintes situações:

- i) Perda da fala devido a perturbações do foro psiquiátrico.

1.24 Queimaduras de terceiro grau – cobrindo 20% da área de superfície corporal

Queimaduras que envolvem a destruição da pele em toda a sua profundidade, até ao tecido subjacente (queimaduras de terceiro grau) e que cobrem, pelo menos, 20% da superfície corporal, conforme comprovado pelo método "Regra dos Nove" ou pela "Tabela de Lund e Browder". O diagnóstico deve ser confirmado por médico Especialista em Cirurgia Plástica e Reconstructiva.

Excluem-se as seguintes situações:

- i) Queimaduras de 3.º grau devido a lesão autoinfligida;
- ii) Quaisquer queimaduras de 1.º ou 2.º grau.

1.25 Doença do neurónio motor – que resulta na perda permanente das capacidades físicas

Diagnóstico definitivo de uma das seguintes doenças do neurónio motor:

- i) Esclerose lateral amiotrófica (ELA ou doença de Lou Gehrig);
- ii) Esclerose lateral primária (ELP);
- iii) Atrofia muscular progressiva (AMP);
- iv) Paralisia bulbar progressiva (PBP).

A doença deve resultar numa incapacidade total para realizar, de forma independente, pelo menos, 3 das 6 Atividades da Vida Diária (AVD) durante um período contínuo de, pelo menos, 3 meses, sem probabilidade razoável de recuperação.

O diagnóstico deve ser confirmado por médico Neurologista e sustentada por estudos de condução nervosa (ECN) e de eletromiografia (EMG).

Excluem-se as seguintes situações:

- i) Neuropatia motora multifocal (NMM) e miosite de corpos de inclusão;
- ii) Síndrome pós-pólio;
- iii) Atrofia muscular espinal;
- iv) Polimiosite e dermatomiosite.

1.26 Meningite bacteriana – que resulta em sintomas persistentes

Diagnóstico definitivo de meningite bacteriana que resulta num défice neurológico persistente confirmado há, pelo menos, 3 meses após a data do diagnóstico. O diagnóstico deve ser confirmado por médico Neurologista e sustentado pelo crescimento de bactérias patogénicas a partir da cultura do líquido cefalorraquidiano.

Excluem-se as seguintes situações:

- i) Meningite asséptica, viral, parasitológica ou não infecciosa.

1.27 Doença de Parkinson idiopática (antes dos 65 anos) – que resulta na perda permanente de capacidades físicas

Diagnóstico definitivo de doença de Parkinson idiopática primária, evidenciado por, pelo menos, duas das seguintes manifestações clínicas:

- i) Rigidez muscular;
- ii) Tremor;
- iii) Bradicinesia (lentidão anormal de movimentos, indolência das respostas físicas e mentais).

A doença de Parkinson idiopática terá de resultar (antes dos 65 anos) numa incapacidade total para realizar, de forma independente, pelo menos 3 das 6 Atividades da Vida Diária (AVD) durante um período contínuo de, pelo menos, 3 meses, independentemente do tratamento farmacológico, sem possibilidade razoável de recuperação.

O diagnóstico deve ser confirmado por médico Neurologista. A implantação de um neuro-estimulador para controlar os sintomas através da estimulação cerebral profunda está, independentemente das Atividades da Vida Diária (AVD), abrangida pela presente definição. A implantação terá de ser determinada como sendo clinicamente necessária por um Neurologista ou Neurocirurgião.

Excluem-se as seguintes situações:

- i) Parkinsonismo secundário (incluindo parkinsonismo induzido por fármacos ou toxinas);
- ii) Tremor essencial;
- iii) Parkinsonismo relacionado com outras doenças neuro-degenerativas.

2 - Para os efeitos da presente cobertura complementar, consideram-se Atividades da Vida Diária (AVD) as seguintes:

- i) Lavar-se – a capacidade de se lavar no banho ou no duche (incluindo entrar e sair da banheira ou da cabine de duche) ou de se lavar satisfatoriamente por outros meios;
- ii) Vestir-se e despir-se – a capacidade de se vestir, se despir, apertar e

- desapertar todas as peças de vestuário e, se necessário, quaisquer ortóteses, membros artificiais ou outros dispositivos cirúrgicos;
- iii) Alimentar-se – a incapacidade de se alimentar quando os alimentos (sólidos e líquidos) foram preparados e disponibilizados, incluindo poder sugar por uma palhinha ou usar outros utensílios adaptados;
 - iv) Manter a higiene pessoal – a capacidade de manter um nível satisfatório de higiene pessoal, usando a casa de banho ou controlando de outra forma o funcionamento dos esfíncteres urinário e retal;
 - v) Deslocar-se entre divisões – a capacidade de ir de uma divisão para outra divisão num piso plano;
 - vi) Entrar e sair da cama – a capacidade de sair da cama para uma cadeira na posição vertical ou cadeira de rodas e vice-versa.

3 - Para os efeitos da presente cobertura complementar considera-se Défice Neurológico os sintomas de disfunção no sistema nervoso presentes no exame clínico. Os sintomas abrangidos incluem a dormência (parestesia) e hiperestesia (sensibilidade aumentada), paralisia, fraqueza localizada, disartria (dificuldade no discurso), afasia (incapacidade de falar), disfagia (dificuldade em deglutir), compromisso visual, dificuldade em andar, falta de coordenação, tremores, convulsões, letargia, demência, delírio e coma, ficando excluídas as seguintes situações:

- i) alteração observada na TC ou RMN ou em outras técnicas de imagiologia sem sintomas clínicos relacionados definitivos;
- ii) sinais neurológicos que ocorrem sem alteração sintomática, por ex., reflexos bruscos sem outros sintomas;
- iii) sintomas de origem psicológica ou psiquiátrica.

ARTIGO 4º - EXCLUSÕES

Para além das exclusões constantes nas Condições Gerais, ficam excluídos das garantias desta cobertura complementar os sinistros resultantes de:

- a) Consequência direta ou indireta de atos provocados intencionalmente pela Pessoa Segura, Tomador do Seguro ou Beneficiário, ou com a sua cumplicidade, bem como a tentativa de suicídio da Pessoa Segura e todas as suas consequências;
- b) Duelo ou apostas de qualquer natureza, bem como acidente resultante de acto doloso da Pessoa Segura;
- c) Ferimentos ou lesões provocadas 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;
- d) Revolução, guerra civil e guerra com país estrangeiro declarada ou não;
- e) Estado de alcoolismo e ingestão de drogas ou medicação sem de prescrição médica;
- f) Prática de desportos a nível profissional ou integrado em campeonatos

- oficiais;
- g) Desportos de risco tais como corridas de automóveis, motociclos, caça fora do território Europeu, caça submarina, mergulho, montanhismo, espeleologia, qualquer modalidade de luta, paraquedismo, voo livre, voo sem motor, asa-delta, ultraligeiro, e em geral, qualquer desporto ou atividade recreativa de caráter notoriamente perigoso;
 - h) Desastres de Aviação, salvo quando a Pessoa Segura for passageiro de avião de carreira comercial de transporte de passageiros, devidamente autorizada pela Comissão Europeia;
 - i) Ocorrência de riscos nucleares;
 - j) No caso da Pessoa Segura provocar ou agravar o seu estado de saúde;
 - k) Doença, terapia, intervenção cirúrgica, tratamento médico e/ou acidentes anteriores à entrada em vigor da apólice de seguro;
 - l) Doença acompanhada de infeção por VIH, com exceção do previsto no ponto 1.21 do artigo 3.º;
 - m) Qualquer doença e/ou intervenção cirúrgica não definidas na presente cobertura complementar.

ARTIGO 5º - JUSTIFICAÇÃO E RECONHECIMENTO DO DIREITO ÀS GARANTIAS

1 - A participação do sinistro deve ser efetuada por escrito e nos 180 dias imediatos à constatação/diagnóstico da doença, enviando ao Segurador, para além das informações previstas no artigo 3.º destas Condições Especiais, os seguintes documentos:

- i) um relatório clínico, preciso e detalhado, elaborado pelo médico especialista que acompanha a Pessoa Segura, do qual conste o diagnóstico da Doença Grave e respetiva data, a referência a toda a história clínica da Pessoa Segura e a data em que se manifestaram os primeiros sintomas da Doença Grave, quais os tratamentos, internamentos, cirurgias e respetivas datas;
- ii) relatório histológico, quando aplicável
- iii) relatórios dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica que evidenciam o diagnóstico e respetivo acompanhamento clínico.

2 - A Pessoa Segura deve autorizar o seu médico assistente a fornecer confidencialmente ao médico representante do Segurador toda a informação médica respeitante ao sinistro declarado.

3 - O Segurador reserva-se o direito de exigir, a expensas suas, qualquer justificação complementar e de proceder às investigações que julgar convenientes para determinação do estado de saúde da Pessoa Segura, designadamente mandando-a examinar pelos seus médicos, cessando a sua responsabilidade se o

Tomador do Seguro, a Pessoa Segura ou os Beneficiários prejudicarem ou impedirem o normal exercício dessa faculdade.

4 - Sem prejuízo do disposto no número anterior, as despesas com a obtenção dos documentos comprovativos e necessários serão sempre de conta da Pessoa Segura ou Beneficiários.

5 - **As divergências de natureza clínica serão dirimidas por junta médica, obrigatoriamente realizada em território nacional, composta por três peritos médicos, sendo um designado pelo Segurador, outro pela Pessoa Segura e o terceiro por acordo entre os anteriores, sendo as respetivas decisões tomadas por maioria e insuscetíveis de recurso, e suportando cada uma das partes as despesas e honorários do seu médico, bem como 50% dos encargos referentes ao terceiro médico desta junta.**

6 - O direito às garantias, nos termos da presente cobertura complementar, produzirá efeitos a partir da data da verificação da Doença Grave pelo Segurador.

ARTIGO 6º - BENEFICIÁRIOS

Na falta de designação de beneficiário da presente cobertura complementar, o Beneficiário é a **Pessoa Segura**.

ARTIGO 7º - CESSAÇÃO DAS GARANTIAS

1 - **Para cada Pessoa Segura, as garantias da presente cobertura complementar cessam os seus efeitos:**

- a) **em caso de denúncia, anulação, declaração de nulidade, resolução ou caducidade da cobertura principal, de que esta cobertura é complementar;**
- b) **quando a Pessoa Segura atingir, na data de renovação do contrato, 65 anos de idade atuarial, salvo indicação em contrário nas Condições Particulares;**
- c) **em caso de pagamento do Capital Seguro exigível para a presente cobertura complementar.**

2 - **Caso o pagamento exigível ao abrigo desta cobertura complementar coincida com a totalidade do Capital Seguro da cobertura principal, cessam as garantias da referida cobertura principal, bem como as demais coberturas complementares mencionadas nas Condições Particulares.**

3 - **Caso o pagamento exigível ao abrigo desta cobertura complementar não coincida com a totalidade do Capital Seguro da cobertura principal, cessam as garantias das demais coberturas complementares mencionadas nas Condições Particulares, mantendo-se apenas a cobertura principal de morte pelo capital remanescente.**

ARTIGO 8º - PAGAMENTO DO PRÉMIO

O pagamento do prémio relativo a esta cobertura complementar será efetuado conjuntamente e nas mesmas condições do prémio da cobertura principal.

ARTIGO 9º - DISPOSIÇÃO FINAL

Em tudo o que não estiver expressamente previsto nesta cobertura complementar aplicam-se as Condições Gerais e Especiais da apólice.