



Seguro de Vida FORTE

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

Condições Gerais

- 04 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 - CONDIÇÕES DE ADESÃO
- 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
- 10 ARTIGO 13.º - PAGAMENTO DO PRÉMIO
- 10 ARTIGO 14.º - FALTA DE PAGAMENTO DO PRÉMIO
- 11 ARTIGO 15.º - VERIFICAÇÃO DO SINISTRO E PAGAMENTO DAS IMPORTÂNCIAS SEGURAS
- 12 ARTIGO 16.º - CESSAÇÃO DO CONTRATO
- 12 ARTIGO 17.º - PARTICIPAÇÃO NOS RESULTADOS
- 12 ARTIGO 18.º - INVESTIMENTO AUTÓNOMO
- 12 ARTIGO 19.º - TRANSMISSIBILIDADE
- 12 ARTIGO 20.º - COMUNICAÇÕES E DOMÍLIOS
- 13 ARTIGO 21.º - LIVRE RESOLUÇÃO
- 13 ARTIGO 22.º - REGIME FISCAL
- 13 ARTIGO 23.º - LEI APLICÁVEL, RECLAMAÇÕES E ARBITRAGEM
- 14 ARTIGO 24.º - FORO COMPETENTE
- 14 ARTIGO 25.º - RELATÓRIO DE SOLVÊNCIA E SITUAÇÃO FINANCEIRA

Condições Especiais – FORTE

- 15 ARTIGO 1.º - GRUPO SEGURÁVEL
- 15 ARTIGO 2.º - PESSOAS SEGURAS
- 15 ARTIGO 3.º - INÍCIO DA COBERTURA
- 15 ARTIGO 4.º - GARANTIAS
- 16 ARTIGO 5.º - CESSAÇÃO DAS GARANTIAS
- 16 ARTIGO 6.º - DURAÇÃO DO CONTRATO
- 16 ARTIGO 7.º - PAGAMENTO DO PRÉMIO
- 16 ARTIGO 8.º - AGRAVAMENTO DO RISCO

Condições Especiais – FORTE

Cobertura Complementar – Doenças Graves

- 17 ARTIGO 1.º - DEFINIÇÕES
- 17 ARTIGO 2.º - OBJETO DA COBERTURA
- 17 ARTIGO 3.º - DOENÇAS GRAVES
- 20 ARTIGO 4.º - JUSTIFICAÇÃO E RECONHECIMENTO DO DIREITO ÀS GARANTIAS
- 21 ARTIGO 5.º - EXCLUSÕES
- 22 ARTIGO 6.º - BENEFICIÁRIOS
- 22 ARTIGO 7.º - CESSAÇÃO DAS GARANTIAS
- 22 ARTIGO 8.º - PAGAMENTO DO PRÉMIO
- 23 ARTIGO 9.º - DISPOSIÇÃO FINAL

Condições Especiais – FORTE

Cobertura Complementar – Serviços de Suporte

- 24 ARTIGO 1.º - DEFINIÇÕES
- 24 ARTIGO 2.º - OBJETO DA COBERTURA
- 26 ARTIGO 3.º - LIMITAÇÕES
- 26 ARTIGO 4.º - LINHA DE ATENDIMENTO
- 27 ARTIGO 5.º - EXCLUSÕES

Seguro de Vida FORTE

Condições Gerais

ARTIGO 1.º - DEFINIÇÕES

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;

GRUPO SEGURÁVEL: o conjunto de pessoas que, em cada momento, mantenha com o Tomador do Seguro o vínculo ou interesse comum definido como condição de elegibilidade nas Condições Especiais, Particulares ou Certificado Individual;

PESSOA SEGURA: a pessoa, integrante do Grupo Segurável que se tenha proposto aderir e tenha sido aceite pelo Segurador para efeitos da garantia dos riscos cobertos nos termos previstos neste contrato;

PROPOSTA DE ADESÃO: documento que titula a vontade da Pessoa Segura de subscrever um contrato de seguro em determinadas condições;

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

CAPITAL SEGURO: valor inscrito no Certificado Individual 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;

CERTIFICADO INDIVIDUAL: o documento emitido pelo Segurador comprovativo da adesão de cada Pessoa segura ao contrato de seguro, mencionando, nomeadamente, o capital seguro e as identificações do Tomador do seguro, da Pessoa segura e dos Beneficiários;

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

SEGURO DE GRUPO CONTRIBUTIVO: O Seguro de grupo diz-se contributivo quando resulta do contrato que as Pessoas Seguras suportam no todo ou em parte o pagamento do montante correspondente ao prémio devido pelo Tomador do Seguro;

SEGURO DE GRUPO NÃO CONTRIBUTIVO: O Seguro de grupo diz-se não contributivo quando o pagamento do prémio é suportado pelo Tomador do Seguro.

ARTIGO 2.º - DECLARAÇÃO DO RISCO

1 - As declarações do Tomador do Seguro e da Pessoa Segura, prestadas na Proposta de Seguro e na Proposta de Adesão, 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 ou da adesão, conforme as situações e nos termos previstos na lei.

ARTIGO 3.º - 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 e Certificados Individuais, 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 ou adiantamento.

3 - Salvo convenção em contrário nas Condições Especiais, particulares ou no Certificado Individual 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 a Pessoa Segura ou no caso de seguro de grupo não contributivo, 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 ordenamento jurídico portuguesa.

ARTIGO 4.º - 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 Especiais ou 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.

3 - As adesões que não tenham início na data aniversária do contrato vigoram pelo período que decorre até àquela data, após o qual se prorrogam nos termos previstos no número anterior.

ARTIGO 5.º - INCONTESTABILIDADE

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 6.º - CONDIÇÕES DE ADESÃO

1.- Podem propor-se aderir a este contrato todas as pessoas que façam parte do Grupo Segurável definido nas Condições Especiais, Particulares ou Certificado Individual.

2 - A Proposta de Adesão, devidamente preenchida e assinada pelo candidato a Pessoa Segura, bem como o Questionário de Saúde quando existente, serve de base à apreciação 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.

3 - A Pessoa Segura, pode exigir, a qualquer altura, o acesso aos dados médicos de exames realizados.

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

5 - Até à apreciação das informações solicitadas nos termos dos números anteriores e até ao termo do prazo legalmente fixado para o efeito, a Proposta de Adesão não se considera aceite, podendo o Segurador adiar a decisão por uma ou mais vezes, mediante comunicação fundamentada remetida ao candidato a Pessoa Segura.

6 - Da apreciação global do risco pelo Segurador pode resultar a aceitação ou recusa da adesão ao contrato ou a aceitação mediante o pagamento de sobreprémio, redução dos capitais ou exclusão, total ou parcial, de coberturas.

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

8 - Por iniciativa do Tomador do Seguro ou do Segurador, os efeitos decorrentes do contrato poderão ser circunscritos aos emergentes dos Certificados Individuais já emitidos e em vigor em determinada data.

9 - Para efeitos do exercício da faculdade prevista no número anterior, a parte interessada deverá comunicar à outra a sua intenção, mediante carta registada expedida com a antecedência mínima de 30 dias em relação à data em que pretenda a produção de efeitos.

ARTIGO 7.º - EXCLUSÕES

1 - Ao abrigo da cobertura principal de Morte, não se consideram cobertos 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, à da aceitação de uma nova cobertura 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. Caso ocorra alguma alteração ao estado de saúde da Pessoa Segura entre a data da subscrição e a data de adesão ao presente contrato, essa alteração deverá ser comunicada ao Segurador de forma a ser reavaliado o risco em conformidade;**
- 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 nucleares e contaminação radioativa;**
- g) ato intencional ou mutilação voluntária, embriaguez ou de uso de estupefacientes fora de prescrição médica, considerando-se que se encontra em estado de embriaguez aquele a quem for detetado uma taxa de alcoolemia superior a 0,5 g/l;**
- h) deslocação temporária ou permanente para países ou regiões em que ocorra epidemia declarada pelas autoridades de saúde;**

A cobertura garantida pela apólice pode ser extensiva aos casos previstos na alínea h) do número anterior, nas condições que para o efeito sejam estabelecidas com o Segurador e mediante o pagamento prévio do respetivo sobreprémio.

ARTIGO 8.º - BENEFICIÁRIOS

1 - Salvo disposto em contrário nas Condições Especiais ou Particulares, a Pessoa Segura ou, no caso de seguro de grupo não contributivo, 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 da Pessoa Segura ou do Tomador do Seguro, quando tal tiver sido convencionado, em a alterar.

4 - A renúncia da Pessoa Segura ou 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 9.º - CESSAÇÃO DAS COBERTURAS PARA CADA PESSOA SEGURA

1 - Salvo disposto em contrário nas Condições Especiais, particulares, ou no Certificado Individual, as coberturas garantidas ao abrigo deste contrato cessam para cada Pessoa Segura:

- a) em caso de denúncia do contrato ou do vínculo resultante da adesão, 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 no Certificado Individual;**
- d) na data em que a Pessoa Segura seja excluída do seguro de grupo em caso de cessação do vínculo com o Tomador do Seguro;**
- e) quando, consoante o que tenha sido acordado, o Tomador do Seguro ou a Pessoa Segura não proceda ao pagamento do prémio ao Segurador na data estipulada para o efeito;**
- f) quando a Pessoa Segura ou o Beneficiário com o conhecimento daquela pratique atos fraudulentos em prejuízo do Segurador ou do Tomador do Seguro;**
- g) em caso de pagamento do capital seguro por ter sido atingido o objeto do contrato.**

2 - O Tomador do Seguro e a Pessoa Segura obrigam-se a comunicar ao Segurador, no prazo de oito dias, a cessação do vínculo ou interesse comum definido no contrato como condição de elegibilidade.

ARTIGO 10º - AGRAVAMENTO DO RISCO

1 - Relativamente às coberturas 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, demonstrando que em caso algum celebra contratos que cubram riscos com as características resultantes desse agravamento do risco.

ARTIGO 11.º - 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. Caso se trate de prémio fixo o Capital Seguro será revisto de acordo com a idade da Pessoa Segura.

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 12.º - CÁLCULO DO PRÉMIO

O prémio é fixo durante toda a vigência contrato e dependendo da opção selecionada respeitando os termos previstos nas Condições Especiais ou no Certificado Individual.

ARTIGO 13.º - PAGAMENTO DO PRÉMIO

1 - A obrigação de pagamento do prémio nas datas e condições estipuladas na apólice impende sobre a Pessoa Segura ou, no caso de seguro de grupo não contributivo, sobre o Tomador do Seguro

2 - Na vigência do contrato, o Segurador deve avisar por escrito a Pessoa Segura ou, no caso de seguro de grupo não contributivo, 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 no Certificado Individual, 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 14.º - FALTA DE PAGAMENTO DO PRÉMIO

1 - A falta de pagamento do prémio na data do vencimento confere ao Segurador o direito a fazer cessar as coberturas relativamente à Pessoa Segura ou à resolução do contrato, consoante o caso.

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 à Pessoa Segura ou ao Tomador do Seguro, no caso de seguro de grupo não contributivo, no referido pagamento.

3 - Mediante o pagamento dos prémios em atraso, acrescidos de juros de mora contados à taxa aplicável às operações comerciais, a Pessoa Segura 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. As coberturas de risco são repostas em vigor a partir do vencimento do último pagamento do prémio.

ARTIGO 15.º - 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; e
- c) quando aplicável, do cumprimento das determinações da Pessoa Segura 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 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 premissão 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, nos termos e segundo as regras legais da sucessão.

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

10 - Nos casos em que o Segurador pague o capital seguro e venha a demonstrar-se que não se verificou um risco coberto ou se comprove a existência de uma exclusão aplicável, o Segurador tem direito ao reembolso do respetivo montante.

ARTIGO 16.º - 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 - Após a denúncia do contrato, os Certificados Individuais e documentos adicionais não produzem qualquer efeito, não sendo admitida a sua reposição em vigor.

3 - O contrato poderá ser resolvido nos termos do n.º 1 do artigo 14.º, ou se, na data aniversária, o número de Pessoas Seguras for inferior ao mínimo que, para o efeito, tenha sido estipulado nas Condições Especiais, particulares ou no Certificado Individual, bem como nos demais casos previstos na lei.

ARTIGO 17.º - PARTICIPAÇÃO NOS RESULTADOS

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

ARTIGO 18.º - INVESTIMENTO AUTÓNOMO

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

ARTIGO 19.º - TRANSMISSIBILIDADE

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

ARTIGO 20.º - 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 - A Pessoa Segura ou, no caso de seguro de grupo não contributivo, o Tomador do Seguro que temporariamente fixar residência fora de Portugal deve designar domicílio em território português para os efeitos do presente contrato.

ARTIGO 21.º - LIVRE RESOLUÇÃO

1 - O Tomador do Seguro, ou, quando Grupo Contributivo, a Pessoa Segura, 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 22.º - 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 23.º - 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 ao departamento responsável pela gestão de reclamações do Segurador, no Livro de Reclamações, ao Provedor do Cliente ou à Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões (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 24.º - FORO COMPETENTE

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

ARTIGO 25.º - 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.

Condições Especiais

Condições Especiais – FORTE

ARTIGO 1.º - GRUPO SEGURÁVEL

1 - O Grupo Segurável é constituído pelo conjunto de pessoas que, sendo clientes do Tomador do Seguro ou de entidade que com este se encontre coligada, direta ou indiretamente e que, satisfazendo o estipulado no Artigo 6.º das Condições Gerais do Seguro Temporário Anual Renovável (Seguro de Vida Grupo), tenham idade atuarial superior a 50 anos e inferior a 75 anos no momento da subscrição.

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 o Tomador do Seguro ou com qualquer outra Instituição Bancária.

ARTIGO 2.º - PESSOAS SEGURAS

1 - As Pessoas Seguras são aquelas que pertençam ao Grupo Segurável e cujo risco tenha sido aceite pelo Segurador, após receção das respetivas Propostas de Adesão e dos elementos clínicos considerados necessários para análise do referido risco.

2 - A aceitação do risco pode respeitar a uma Pessoa Segura, conforme estipulado nas Condições Particulares ou Certificados Individuais.

ARTIGO 3.º - INÍCIO DA COBERTURA

Para cada Pessoa Segura os efeitos do contrato têm início às zero horas do dia imediato ao da aceitação do risco individual pelo Segurador.

ARTIGO 4.º - GARANTIAS

1 - Pelo presente contrato o Segurador garante, nos termos das Condições Gerais e Especiais aplicáveis, o pagamento aos beneficiários designados do Capital Seguro estipulado no respetivo Certificado Individual ou Ata Adicional de acordo com a opção escolhida pela Pessoa Segura.

2 - Além da cobertura principal, este contrato inclui a cobertura complementar de Doenças Graves, sujeita à aceitação pelo Segurador. O capital seguro desta cobertura é decrescente e calculado de acordo com a idade atuarial da Pessoa Segura, sendo atualizado anualmente na data de renovação do contrato e comunicado antecipadamente à Pessoa Segura. O capital seguro para os primeiros 10 anos do contrato corresponde ao apresentado na Simulação, desde que a idade atuarial não sofra alteração até ao momento da emissão do respetivo contrato.

3 - A Pessoa Segura pode subscrever uma de três opções de prémio fixo, podendo alterar essa opção para uma outra opção de montante superior, uma vez durante a vigência do contrato, sujeita a aceitação do Segurador.

4 - A Pessoa Segura pode apenas subscrever um certificado deste produto.

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

ARTIGO 5.º - CESSAÇÃO DAS GARANTIAS

1 - Para além do estipulado nas Condições Gerais e Especiais, as garantias do contrato cessam, nas seguintes condições:

- a) quando a Pessoa Segura atingir, na data de renovação do contrato, 100 anos de idade atuarial, salvo indicação em contrário nas Condições Particulares ou Certificado Individual de Seguro;**
- b) em caso de liquidação do Capital Seguro por Morte ou ao abrigo da cobertura complementar.**

ARTIGO 6.º - DURAÇÃO DO CONTRATO

Sem prejuízo do estipulado nos artigos 10.º e 16.º das Condições Gerais, o contrato é celebrado pelo prazo de um ano, sendo automaticamente renovado por períodos sucessivos de um ano.

ARTIGO 7.º - PAGAMENTO DO PRÉMIO

1 - A obrigação de pagamento do prémio nas datas e condições estipuladas na Apólice impende sobre a Pessoa Segura.

2 - O prémio é pago mensalmente e depende da opção em vigor.

3 - Nos termos do n.º 4 do Artigo 13.º das Condições Gerais, o encargo relacionado com a emissão da apólice ou de atas adicionais é de 5,00€. A este valor acrescerão os encargos legais.

ARTIGO 8.º - AGRAVAMENTO DO RISCO

1 - Relativamente às coberturas 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, demonstrando que em caso algum celebra contratos que cubram riscos com as características resultantes desse agravamento do risco.

Condições Especiais – FORTE

Cobertura Complementar – Doenças Graves

ARTIGO 1.º - 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 2.º - OBJETO DA COBERTURA

1 - Pela presente cobertura o Segurador garante ao Beneficiário o pagamento do capital seguro indicado nas Condições Particulares ou Certificado Individual, 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 3 meses para as doenças Enfarte de Miocárdio, Acidente Vascular Cerebral, Paralisia e Cegueira, 6 meses para Cancro e 12 meses no caso de Alzheimer ou Demência Severa e Parkinson. Em tal caso, serão devolvidos os prémios pagos relativos à presente cobertura e esta anulada com referência à data de início da mesma.

3 - Com o pagamento do capital ao abrigo desta cobertura cessam todas as coberturas da apólice.

ARTIGO 3.º - DOENÇAS GRAVES

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

a) Cancro ou Tumores malignos - de gravidade específica

Considera-se cancro ou tumor maligno aquele em que se tenha verificado crescimento incontrolado e disseminação de células malignas e invasão do tecido, incluindo leucemia, sarcoma e linfoma, desde que confirmado em diagnóstico definitivo e

mediante relatório patológico. O diagnóstico definitivo deve ser confirmado por um Oncologista inscrito na Ordem dos Médicos. Encontram-se excluídos da cobertura:

- i) Todos os tumores que são histologicamente descritos como benignos, pré-malignos, limítrofes ou *borderline*, de baixo potencial de malignidade, todos os graus de displasia, todos os graus de lesões escamosas intraepiteliais (LEIAG ou HSIL e LEIBG ou LSIL), e todos os graus de neoplasia intraepitelial;
 - ii) Qualquer tumor classificado como carcinoma in-situ (Cis ou Tis) ou Ta pela última edição do Manual de Estádio do Cancro da *American Joint Committee on Cancer*, doravante designada de AJCC;
 - iii) Todos os cancros de pele não melanomas, linfoma cutâneo, e dermatofibrosarcoma que não se tenha expandido aos gânglios linfáticos ou a zonas distantes;
 - iv) Os melanomas cutâneos no estágio 1 pela última edição do Manual de Estádio do Cancro da AJCC; tumores neuro endócrinos (carcinoides);
 - v) Tumores de estroma gastrointestinal;
 - vi) Cancro de tireoide classificado como T1N0M0 que seja menor de 2 cm;
 - vii) O cancro de próstata com exceção dos que sejam classificados histologicamente num grau maior ou igual a 7 segundo a escala de Gleason ou tenha progredido até, pelo menos, ao estágio T2N0M0 segundo a última edição do Manual de Estádio do Cancro da AJCC;
 - viii) Todas as malignidades da medula óssea (incluindo, mas não limitado a leucemia, as neoplasias mieloproliferativas, trombocitemia essencial, mielofibrose primária, policitemia vera, e síndrome mielodisplásico), com exceção das que requerem tratamento com transfusões de sangue recorrentes, flebotomias terapêuticas, quimioterapia, transplante de medula óssea ou transplante de células progenitoras hematopoiéticas.
 - ix) Todos os cancros identificados exclusivamente por células tumorais, fragmentos de ADN ou qualquer outro biomarcador, alguns dos quais podem estar presentes no sangue, saliva, urina, ou em outros fluidos corporais, incluindo, mas não limitado aos testes conhecidos como "biópsias líquidas".
- b) Enfarte de miocárdio (Ataque cardíaco) – de gravidade específica**

Considera-se enfarte agudo de miocárdio aquele em que tenha havido morte de uma parte do músculo cardíaco como resultado de um abastecimento desadequado de sangue ao coração e que preencha os três (3) seguintes critérios cumulativos e que deverão ser consistentes com o diagnóstico de enfarte agudo de miocárdio:

- i) Sintomas clínicos;
- ii) Alterações eletrocardiográficas (ECG) características; e
- iii) Aumento característico acima dos valores considerados normais dos marcadores bioquímicos cardíacos específicos.

O diagnóstico definitivo deve ser confirmado por um Cardiologista inscrito na Ordem dos Médicos.

Encontram-se excluídos da cobertura:

- i) Angina de peito, miocardite, insuficiência cardíaca, e todas as formas de síndromas coronários agudos;
- ii) Cardiomiopatia de Takotsubo; e
- iii) Lesão miocárdica aguda devido a arritmias, traumatismo, embolia pulmonar, ou septicemia.

c) Acidente Vascular Cerebral – de gravidade específica

Considera-se acidente vascular cerebral (AVC) agudo aquele que seja apoiado pelos resultados nas provas de imagem do cérebro. Deve haver morte irreversível do tecido cerebral devido ao fornecimento inadequado de sangue ou a hemorragia dentro da substância cerebral, ou a hemorragia dentro do espaço subaracnoídeo. O acidente vascular cerebral deve ocasionar um déficit neurológico permanente e objetivo, que seja evidente no exame físico e que persista durante um período contínuo de pelo menos 30 dias após a ocorrência do acidente vascular cerebral. O diagnóstico definitivo deve ser confirmado por um Neurologista inscrito na Ordem dos Médicos.

Encontram-se excluídos da cobertura:

- i) Ataque Isquémico Transitório (AIT);
- ii) Acidente vascular cerebral devido a um acidente ou lesão;
- iii) Transtornos dos vasos sanguíneos que afetem o olho, incluindo enfarte do nervo ótico ou da retina;
- iv) Eventos vasculares que afetam a medula espinal; ou
- v) Acidente vascular cerebral silencioso assintomático encontrado em provas de imagem.

d) Demência de Alzheimer e outros Transtornos Neuro cognitivos Maiores (Demência) – de gravidade específica

Considera-se Transtorno Neuro cognitivo Maior (Demência) ou Doença de Alzheimer aquele que seja confirmado pela história clínica, por testes neuro cognitivos e por provas de imagem cerebral. Deve haver uma deterioração progressiva da memória e da capacidade intelectual com disfunção cognitiva grave evidenciada por um Mini-Exame do Estado Mental (MMSE) com uma pontuação inferior a 10 de um máximo de 30, ou equivalente a esta pontuação utilizando outro teste de função cognitiva padronizado e clinicamente aceite. Deve haver também uma redução permanente da função mental e social para que a pessoa segura requeira supervisão contínua na assistência das atividades da vida diária.

A demência devido a doença psiquiátrica está excluída.

O diagnóstico definitivo deve ser confirmado por um Neurologista inscrito na Ordem dos Médicos.

e) Doença de Parkinson e outros Transtornos Parkinsonianos Específicos - de gravidade específica

Considera-se diagnóstico definitivo da doença de Parkinson idiopática ou de um dos seguintes transtornos parkinsonianos atípicos - Paralisia Supranuclear Progressiva, Degeneração Corticobasal, ou Atrofia de Sistemas Múltiplos - aquele em que a Pessoa Segura apresente sinais objetivos de deterioração progressiva para a qual o neurologista tenha recomendado medicação dopaminérgica ou outro tratamento equivalente clinicamente aceite para a Doença de Parkinson.

Na definição acima descrita, qualquer outro tipo de parkinsonismo está excluído.

O diagnóstico definitivo deve ser confirmado por um Neurologista inscrito na Ordem dos Médicos.

f) Cegueira – de gravidade específica

Considera-se diagnóstico definitivo da cegueira aquele em que haja uma perda de visão permanente e irreversível em ambos os olhos. Os testes de visão devem apresentar um (1) dos seguintes critérios:

i) A visão no melhor olho deve estar reduzida a uma melhor acuidade visual corrigida inferior a 20/200 (<0.1); ou

ii) Limitação do campo visual a 20 graus ou menos em ambos os olhos.

A cegueira não deve ser passível de ser corrigida por meios ou procedimentos cirúrgicos.

O diagnóstico definitivo deve ser confirmado por um Oftalmologista inscrito na Ordem dos Médicos.

g) Paralisia dos membros –total e irreversível – de gravidade específica

Considera-se diagnóstico definitivo de paralisia aquele em que haja uma perda total e irreversível do uso de dois ou mais membros devido a lesão ou doença do fornecimento nervoso ao músculo. Esta definição inclui também a quadriplegia, hemiplegia e paraplegia. A paralisia completa do(s) braço(s) e/ou da(s) perna(s) deve ser evidente ao exame físico e ser apoiada por provas neurológicas adequadas. Um Neurologista inscrito na Ordem dos Médicos deve ser da opinião que a paralisia é permanente e deve estar presente por mais de 90 dias.

Na definição acima descrita, a paralisia devido a transtornos psicológicos está excluída.

O diagnóstico definitivo deve ser confirmado por um Neurologista inscrito na Ordem dos Médicos.

ARTIGO 4.º - 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 - 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 - 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.

4 - 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.

5 - 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.

6 - 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.

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

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

ARTIGO 5.º - EXCLUSÕES

Ao abrigo da presente cobertura complementar de Doenças Graves, não estão cobertos sinistros decorrentes de patologias pré-existentes que não tenham sido declaradas pela Pessoa Segura.

Entende-se por doença pré-existente qualquer patologia, doença ou lesão em que, anteriormente à data de efeito da apólice, a Pessoa Segura tenha sido diagnosticada da mesma, ou tenha apresentado sinais ou sintomas da doença, ou tenha consultado um médico, ou lhe tenha sido prescrito algum tratamento, ou tenha realizado testes ou investigações médicas, ou era consciente da sua existência.

ARTIGO 6.º - BENEFICIÁRIOS

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

ARTIGO 7.º - 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, 100 anos de idade atuarial, salvo indicação em contrário nas Condições Particulares ou Certificado Individual de Seguro;
- c) em caso de pagamento do Capital Seguro exigível para a presente cobertura complementar;
- d) em caso de pagamento do Capital Seguro exigível para a cobertura principal.

2 - Se a morte do Pessoa Segura ocorrer antes de decorridos catorze (14) dias a contar da data do diagnóstico da patologia, o capital devido será o capital seguro da cobertura de morte, cessando de imediato o contrato.

ARTIGO 8.º - 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 9.º - DISPOSIÇÃO FINAL

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

Condições Especiais – FORTE

Cobertura Complementar – Serviços de Suporte

ARTIGO 1.º - DEFINIÇÕES

Para efeitos desta cobertura complementar, considera-se:

DOMICÍLIO: - Local onde a Pessoa Segura esteja a residir no local do sinistro.

SERVIÇO DE SUPORTE: - Estrutura de atendimento permanente, através da qual a Ocidental garante a prestação dos serviços nestas condições.

DOENÇA: – Toda a alteração involuntária do estado de saúde, não causada por acidente e diagnosticada por um médico.

ARTIGO 2.º - OBJETO DA COBERTURA

No âmbito desta cobertura complementar garantem-se os seguintes serviços de suporte, independentemente do acionamento das restantes coberturas contratadas:

(a) Médico ao Domicílio

Em caso de doença súbita e após pré-avaliação por parte do Serviço de Suporte, será promovido o envio de um Médico ao domicílio da Pessoa Segura.

Ficará a cargo da Pessoa Segura o copagamento de 10,00€ por deslocação efetuada, assim como os valores dos consumíveis utilizados nos atos a prestar.

Este serviço encontra-se disponível todos os dias, 24 horas por dia.

(b) Enfermagem ao Domicílio

O Serviço de Suporte providencia o envio ao domicílio da Pessoa Segura de um profissional de enfermagem para realização de atos de enfermagem prescritos isoladamente. Ficam a cargo da Pessoa Segura os custos de consumíveis utilizados no ato a prestar.

Estão incluídos os seguintes atos de enfermagem:

- **Tratamento de feridas, úlceras de pressão e/ou escaras;**
- **Injeções;**
- **Algalias;**
- **Entubações naso-gástricas;**
- **Colocação de soro e vigilância;**
- **Retirar pontos e grafos;**
- **Cuidados de higiene e conforto;**
- **Vacinação;**
- **Aerossóis;**

- **Oxigenoterapia;**
- **Cuidados de enfermagem às colostomias, ileostomias, traqueostomias e urostomias.**
- **Serviços de Alimentação**

O Serviço de Suporte, organizará e suportará os custos com o envio de pessoa especializada para providenciar alimentação no domicílio da Pessoa Segura, ficando o custo da alimentação a cargo da Pessoa Segura.

Os custos associados à organização dos serviços são a cargo do Serviço de Suporte até ao limite de pedidos previstos. Ultrapassado o limite, o Serviço de Suporte pode disponibilizar todos os serviços ficando os custos a cargo da Pessoa Segura, tratando o Serviço de Suporte apenas da sua disponibilização e organização.

(c) Serviços de Fisioterapia ao Domicílio

No caso de haver uma prescrição médica, o Serviço de Suporte irá providenciar a deslocação de um profissional de fisioterapia para a realização dos tratamentos prescritos e passíveis de realizar no domicílio da Pessoa Segura.

Os custos associados à organização do serviço são a cargo do Serviço de Suporte até ao limite dos pedidos previstos.

Ultrapassado este limite, a Pessoa Segura poderá usufruir de todos os serviços, ficando os custos a cargo da Pessoa Segura, tratando o Serviço de Suporte apenas da sua disponibilização e organização.

(d) Análises ao Domicílio

No caso de haver uma prescrição médica, o Serviço de Suporte providenciará a deslocação de um técnico de saúde para a realização da recolha dos fluídos necessários para a realização dos exames laboratoriais.

Os custos associados à organização do serviço são a cargo do Serviço de Suporte até ao limite de pedidos previstos. Ultrapassado este limite, a Pessoa Segura poderá usufruir de todos os serviços, ficando os custos a cargo da Pessoa Segura, tratando o Serviço de Suporte apenas da sua disponibilização e organização.

(e) Transportes não Urgentes

O Serviço de Suporte organizará a deslocação da Pessoa Segura a Unidades de Saúde, em táxi, para a realização de Exames Complementares de Diagnóstico, Consultas, Internamentos e Altas Hospitalares.

Os custos associados à organização do serviço são a cargo do Serviço de Suporte até ao limite dos pedidos previstos. Ultrapassado este limite, a Pessoa Segura poderá usufruir de todos os serviços, ficando os custos a cargo da Pessoa Segura, tratando o Serviço de Suporte apenas da sua disponibilização e organização.

ARTIGO 3.º - LIMITAÇÕES

Os serviços e/ou benefícios à Pessoa Segura encontram-se limitados aos descritos na tabela de serviços abaixo.

Resumo Dos Serviços	Pedidos e Limites
Médico ao Domicílio	Ilimitado Copagamento 10€ / por deslocação
Enfermagem ao Domicílio	5 x / anuidade
Serviços de Fisioterapia ao Domicílio	5 x / anuidade
Análises ao Domicílio	1 x / anuidade
Transportes não Urgentes	2 x / anuidade

ARTIGO 4.º - LINHA DE ATENDIMENTO

Os Serviços de Suporte podem ser acionados pela Pessoa Segura através do número de apoio ao cliente indicado no Certificado Individual.

ARTIGO 5.º - EXCLUSÕES

Ao abrigo da presente cobertura complementar de Serviços de Suporte estão excluídas prestações que não tenham sido previamente solicitadas aos Serviços de Suporte através dos meios de contacto indicados no Certificado Individual de Seguro, ou tenham sido solicitadas fora do período de vigência do contrato.