

CONDIÇÕES GERAIS

Artigo Preliminar

Entre a companhia de seguros Real Vida Seguros S.A., com sede na Avenida de França, 316 - 2.º, Edifício Capitólio, 4050-276 Porto, adiante designada por Segurador, e o Tomador do Seguro identificado nas Condições Particulares, estabelece-se o presente contrato de seguro que se regula pelas Condições Gerais, Condições Especiais e ainda pelas Condições Particulares acordadas, de harmonia com as declarações constantes da proposta que lhe serviu de base e que dela faz parte integrante.

ARTIGO 1.º

DEFINIÇÕES

1. Para efeitos do presente contrato entende-se por:

Segurador: A Real Vida Seguros, S.A., que subscreve com o Tomador do Seguro o presente contrato;

Tomador do Seguro: Pessoa que celebra o contrato de seguro com o Segurador e é responsável pelo pagamento dos prémios;

Pessoa Segura: A pessoa cuja vida, saúde ou integridade física se seguram nos termos e condições deste contrato;

Beneficiário: Pessoa singular ou colectiva a favor de quem reverte a prestação do Segurador decorrente do contrato;

Proposta: Documento através do qual o candidato a Tomador do Seguro expressa a vontade de celebrar o contrato de seguro e dá a conhecer ao Segurador, em conjunto com a Pessoa Segura quando sejam diferentes, os dados individuais respectivos, necessários à avaliação do risco pelo Segurador;

Apólice: Documento que titula o contrato celebrado entre o Tomador do Seguro e o Segurador, do qual fazem parte integrante as Condições Gerais, Especiais, se as houver, e Particulares acordadas, bem como, as Actas Adicionais emitidas na vigência do contrato;

Acta Adicional: Documento que titula a alteração de uma Apólice;

Capital Seguro: Valor máximo, definido nas Condições Particulares, que o Segurador paga em caso de sinistro;

Prémio: Preço pago pelo Tomador do Seguro ao Segurador pela contratação do seguro como contrapartida das garantias cobertas pela Apólice e que inclui os custos de aquisição, emissão, administração do contrato, cobrança, cargas fiscais e parafiscais;

Acidente: O acontecimento fortuito provocado por uma causa súbita, externa e violenta, alheia à Pessoa Segura e que nesta produza lesões corporais que possam ser clinicamente constatadas;

Doença: Toda a alteração involuntária do estado de saúde da Pessoa Segura que origine a necessidade de tratamento médico ou cirúrgico clinicamente comprovado;

Pré-Existência: Toda a patologia, lesão ou deficiência de que a Pessoa Segura seja portadora à data início do contrato;

Sinistro: Evento ou série de eventos que resultam de uma mesma causa e que accionam a cobertura do risco prevista no contrato.

2. Sempre que a interpretação do texto o permita, o masculino englobará o feminino e o singular o plural, e vice-versa.

ARTIGO 2.º

ÂMBITO DO SEGURO

1. O seguro garante a cobertura dos riscos identificados nas Condições Particulares.

2. Para além da cobertura principal de Morte, está abrangida por esta apólice a cobertura complementar de Doenças Graves da Pessoa Segura, se ocorridas durante o prazo de vigência da respectiva adesão, e a cobertura complementar de Invalidez Total e Permanente, sem prejuízo dos limites que venham a ser estabelecidos pelo Segurador nas respectivas Condições Especiais e Condições Particulares.

3. O seguro vigora sobre uma Pessoa Segura.

4. Os riscos estão cobertos em qualquer parte do mundo, salvo convenção em contrário constante das Condições Particulares, considerando:

a) As deslocações efectuadas para zonas geográficas consideradas de alto risco político ou de guerra deverão ser sempre comunicadas ao Segurador, previamente ao início da viagem, para avaliação e aceitação do risco. Os riscos políticos ou de guerra não serão em caso algum aceites quando a Pessoa Segura fizer voluntária ou obrigatoriamente, parte das forças armadas ou assimiladas, formações paramilitares paramilitares ou participar em missões de paz no estrangeiro, em operações de guerra ou hostilidade de qualquer natureza. São consideradas zonas geográficas de risco qualquer país ou região que se encontre em conflito político ou social.

b) A estadia fora do território nacional que tiver duração superior ou igual a 60 dias obriga, previamente ao início de qualquer deslocação, à comunicação ao Segurador para avaliação e aceitação do risco, quando o local de destino não se enquadrar numa das seguintes áreas geográficas: União Europeia, Suíça, Canadá, Estados Unidos da América, Japão e Oceânia.

ARTIGO 3.º

EXCLUSÕES APLICÁVEIS

1. O seguro não garante a cobertura do risco quando este resulte de alguma das seguintes circunstâncias:

a) Actos ou omissões dolosos ou praticados com negligência grave pela Pessoa Segura, Tomador do Seguro

ou Beneficiário, bem como por aqueles pelos quais sejam civilmente responsáveis;

b) Actos ou omissões da Pessoa Segura quando esta apresente evidência de consumo de álcool com um grau de alcoolémia no sangue superior à taxa legalmente em vigor à data do sinistro, drogas, ou de estupefacientes fora de prescrição médica;

c) Participação activa da Pessoa Segura em assaltos, greves, tumultos, sabotagem, rebelião;

d) Actos de terrorismo, como tal considerados pela legislação penal portuguesa;

e) Suicídio ocorrido até 2 anos após o início do contrato, da sua reposição em vigor, aumento de capital ou inclusão de coberturas.

2. Salvo convenção em contrário nas Condições Particulares, o seguro não garante a cobertura do risco quando este resulte de alguma das seguintes circunstâncias:

a) Acidentes, doenças, lesões, deformidades ou sequelas pré-existentes, diagnosticadas antes da entrada em vigor do contrato, ainda que as consequências das mesmas persistam, se manifestem ou determinem durante a vigência do mesmo;

b) Participação como condutor ou passageiro em provas desportivas e respectivos treinos, que envolvam a utilização de qualquer veículo motorizado ou não;

c) Prática das seguintes actividades:

(i) Alpinismo, escalada, montanhismo e espeleologia;

(ii) Artes marciais e desportos de combate;

(iii) Desportos aéreos, paraquedismo, parapente, queda livre, skydiving, skysurfing, base jumping e saltos ou saltos invertidos com mecanismo de suspensão corporal (bungee jumping);

(iv) Desportos de Inverno, nomeadamente bobsleigh, saltos de esqui, prática de esqui, snowbord, snowblade, hóquei no gelo;

(v) Motonáutica;

(vi) Descida em rappel ou slide, descida de correntes originadas por desníveis nos cursos de água (rafting, canyoning, canoagem), parkour;

(vii) Caça grossa, caça submarina, imersões submarinas com auxiliares de respiração, tauromaquia;

(viii) Prática profissional de desportos ou ainda da participação como amador em provas desportivas integradas em campeonatos oficiais e respectivos treinos.

d) Pilotagem ou utilização como passageiro, de aeronaves que não sejam as de carreiras comerciais devidamente reconhecidas pela Comissão Europeia, Regulamento (CE) nº 474/2006;

e) Fenómenos catastróficos tais como tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas, inundações, queda de raio ou outros, e respectivas consequências;

f) Explosão ou quaisquer outros fenómenos, directa ou indirectamente, relacionados com a desintegração ou fusão de núcleos de átomos, bem como os efeitos da contaminação radioactiva;

g) Doença ou acidente motivados por riscos políticos e riscos de guerra.

3. Quando, no início ou no decurso da anuidade, for solicitada a

inclusão de algum dos riscos referidos no ponto 2, e o mesmo seja aceite pelo Segurador, haverá lugar ao pagamento de um prémio adicional por parte do Tomador do Seguro.

ARTIGO 4.º

INÍCIO E DURAÇÃO DO CONTRATO

1. O contrato produz os seus efeitos a partir das zero horas da data constante das Condições Particulares.

2. O contrato é celebrado por um ano a continuar pelos anos seguintes e prorroga-se sucessivamente por novos períodos de um ano, salvo se for denunciado por qualquer uma das partes ou se não for pago o prémio.

3. O presente contrato é anual e será automática e sucessivamente renovado por períodos de um ano, com expressa reserva de que a idade limite da Pessoa Segura não pode nunca ser superior a 64 (sessenta e quatro) anos.

ARTIGO 5.º

INEXACTIDÃO DA DECLARAÇÃO INICIAL DO RISCO

1. Compete ao Tomador do Seguro e à Pessoa Segura declarar com exactidão o risco a segurar. A inexactidão na declaração inicial do risco pode provocar a modificação ou a cessação do contrato.

2. Caso se verifique que, por negligência do Tomador do Seguro ou da Pessoa Segura, o risco não tenha sido declarado com exactidão, o Segurador pode, sem prejuízo dos direitos do beneficiário aceite, no prazo de 3 meses a contar do respectivo conhecimento:

a) Propor a modificação do contrato;

b) Fazer cessar o contrato, desde que demonstre que não celebra seguros para a cobertura dos riscos relacionados com o facto omitido ou declarado inexactamente.

3. Havendo modificação do contrato, o Segurador cobre os sinistros ocorridos anteriormente à modificação cuja verificação ou consequências tenham sido influenciadas por facto relativamente ao qual tenha havido omissões ou inexactidões negligentes, mas apenas na proporção da diferença entre o prémio pago e o prémio que seria devido se, aquando da celebração do contrato, tivesse conhecido o facto omitido ou declarado inexactamente.

4. Havendo cessação do contrato, o Segurador não cobre os sinistros ocorridos antes da cessação, cuja verificação ou consequências tenham sido influenciadas por facto relativamente ao qual tenha havido omissões ou inexactidões negligentes.

5. Caso se verifique que, por dolo do Tomador do Seguro ou da Pessoa Segura, o risco não tenha sido declarado com exactidão, o Segurador pode declarar a anulação do contrato, a qual deve ser transmitida ao Tomador do Seguro dentro de 3 meses a contar do respectivo conhecimento.

Neste caso, o Segurador não responde por sinistro ocorrido antes do conhecimento da inexactidão nem durante o decurso do referido prazo de 3 meses, tendo, contudo, direito ao prémio devido até à declaração de anulação. Contudo, se o dolo tiver tido o propósito de obtenção de uma vantagem, o Segurador tem direito ao prémio

devido até ao termo do contrato.

ARTIGO 6.º

INCONTESTABILIDADE

O Segurador não se pode prevalecer de omissões ou inexactidões negligentes na declaração inicial do risco decorridos 2 anos sobre a celebração do contrato, salvo no que respeita às coberturas de acidente e de invalidez.

ARTIGO 7.º

AGRAVAMENTO DO RISCO

1. Compete ao Tomador do Seguro e à Pessoa Segura comunicar o agravamento do risco ao Segurador, no prazo de 14 dias a partir do conhecimento dos factos, salvo se estes resultarem de agravamento do estado de saúde da Pessoa Segura. O agravamento do risco durante a vigência do contrato, pode provocar a modificação ou a cessação do contrato.

2. Podem agravar o risco assumido pelo Segurador, as seguintes circunstâncias:

a) Mudança da actividade profissional, ocupacional e desportiva da Pessoa Segura;

b) Mudança de residência da Pessoa Segura.

3. Caso se verifique um agravamento do risco, o Segurador pode:

a) Propor a modificação do contrato no prazo de 30 dias a contar do momento em que dele teve conhecimento.

Neste caso, o Tomador do Seguro ou a Pessoa Segura dispõe de 30 dias para aceitar ou recusar a modificação proposta, a qual se considera aceite no fim deste prazo;

b) Fazer cessar o contrato no prazo de 30 dias a contar do conhecimento do agravamento, desde que demonstre que não celebra contratos que cubram riscos com as características resultantes desse agravamento.

4. Se ocorrer um sinistro antes da alteração ou da cessação do contrato, cuja verificação ou consequência tenha sido influenciada pelo agravamento do risco, o Segurador:

a) **Cobre o risco** se o agravamento tiver sido correctamente comunicado antes do sinistro ou antes do fim do prazo de 14 dias supra referido, excepto se demonstrar que não celebra contratos que cubram riscos com as características resultantes desse agravamento;

b) **Cobre parcialmente o risco**, reduzindo-se a indemnização na proporção entre o prémio pago e aquele que seria devido em função das reais circunstâncias do risco, se o agravamento não tiver sido correctamente comunicado antes do sinistro, excepto se demonstrar que não celebra contratos que cubram riscos com as características resultantes desse agravamento;

c) **Recusará a cobertura se o Tomador do Seguro ou a Pessoa Segura** tiverem agido com dolo com o propósito de obter uma vantagem, mantendo, contudo, o direito aos prémios vencidos.

ARTIGO 8.º

MODIFICAÇÃO DO CONTRATO

1. O contrato pode ser modificado por iniciativa do Segurador em caso de inexactidão da declaração inicial do risco devido a

negligência do Tomador do Seguro ou da Pessoa Segura.

No entanto, se o Tomador do Seguro ou a Pessoa Segura não responder ou rejeitar a proposta de alteração apresentada pelo Segurador, o contrato cessa decorridos 20 dias após a sua recepção, sem prejuízo dos direitos do Beneficiário Aceitante.

2. O contrato pode ser modificado quando houver uma alteração superveniente do risco que o diminua ou agrave, nas seguintes condições:

a) Por diminuição do risco: O Segurador reflectirá no prémio do contrato a diminuição inequívoca e duradoura do risco por si conhecida;

b) Por agravamento do risco: O Segurador pode propor a modificação do contrato no prazo de 30 dias a contar do momento em que dele teve conhecimento.

Neste caso, o Tomador do Seguro ou a Pessoa Segura dispõe de 30 dias para aceitar ou recusar a modificação proposta, a qual se considera aceite no fim deste prazo.

ARTIGO 9.º

CESSAÇÃO DO CONTRATO

O presente contrato cessa:

1. Na data em que se verifique o pagamento do Capital Seguro.

2. Por falta de pagamento do prémio.

3. Na data de vencimento da anuidade em que a Pessoa Segura atinja a idade prevista para a cobertura de Morte.

4. Por iniciativa do Tomador do Seguro:

a) Por denúncia com antecedência mínima de 30 dias em relação à data de renovação do contrato;

b) Com justa causa, a todo o tempo;

c) Quando ocorra uma diminuição do risco que deva ser reflectida no prémio e o Segurador o não faça ou quando não concorde com o novo prémio proposto.

d) **Sem ter que invocar justa causa, sendo pessoa singular, até 30 dias após a data da recepção da apólice, mediante comunicação ao Segurador, efectuada por escrito, em suporte de papel ou outro meio duradouro disponível e acessível a este.**

A cessação tem efeito retroactivo ao início do contrato e o Segurador tem direito ao valor do prémio calculado proporcionalmente ao tempo decorrido na medida em que tenha suportado o risco até à resolução do contrato, bem como ao montante das despesas razoáveis que tenha efectuado com exames médicos.

5. Por iniciativa do Segurador:

a) Por denúncia com antecedência mínima de 30 dias em relação à data de renovação do contrato;

b) Com justa causa, a todo o tempo;

c) **Por inexactidão da declaração inicial do risco devido a negligência do Tomador do Seguro ou da Pessoa Segura, desde que demonstre que não celebra contratos para a cobertura dos riscos relacionados com o facto omitido ou declarado inexactamente.**

Neste caso, o contrato cessa 30 dias após o envio da respectiva comunicação pelo Segurador;

d) Por inexactidão da declaração inicial do risco com dolo do Tomador do Seguro ou da Pessoa Segura. Neste caso, o Segurador tem direito ao prémio devido até ao final do prazo de 3 meses de que dispõe para fazer cessar o contrato, ou à totalidade do prémio devido até ao termo do contrato se o dolo tiver tido o propósito de obtenção de uma vantagem;

e) Por agravamento do risco, desde que demonstre que não celebra contratos que cubram riscos com as características resultantes desse agravamento.

6. As coberturas complementares que tenham sido contratadas cessam antecipadamente no termo da anuidade em que a Pessoa Segura atinja a idade limite prevista para as mesmas na respectiva Condição Especial.

ARTIGO 10.º

PRÉMIOS

1. O prémio do seguro é devido pelo Tomador do Seguro, nos termos e condições constantes nas Condições Particulares e vence-se na data início do período a que se refere.
2. O prémio é sempre estabelecido por períodos anuais.
3. Os prémios serão calculados de acordo com as tarifas do Segurador em vigor na data do início de vigência do contrato ou nas suas renovações, em função das idades actuariais, coberturas e capitais contratados. As tarifas e as bases técnicas utilizadas no cálculo dos prémios poderão ser actualizadas nas datas de renovação do contrato desde que justificadas em evidência estatística que demonstre uma alteração da tendência de sinistralidade. As alterações de tarifas e bases técnicas serão comunicadas ao Tomador do Seguro, com uma antecedência mínima de 30 dias em relação à data de renovação.
4. O Segurador pode facultar o pagamento dos prémios em fracções.
5. O Segurador avisará o Tomador do Seguro com uma antecedência mínima de 30 dias da data em que se vence o prémio.
6. Salvo disposição em contrário, a cobrança dos prémios será efectuada mensalmente através da conta Cartão Universo devidamente autorizado pelo Tomador do Seguro ou por outra forma prevista na lei ou nas Condições Particulares.
7. Os prémios serão alterados durante a vigência do contrato quando se verificar alteração do risco, capitais seguros, tarifas ou idades actuariais.
8. Os prémios das coberturas de doenças graves e de invalidez serão também alterados quando se verifique o agravamento do risco.

ARTIGO 11.º

FALTA DE PAGAMENTO DOS PRÉMIOS

1. O não pagamento dos prémios ou suas fracções na data do seu vencimento, concede ao Segurador a faculdade de, nos termos legais, e após aviso por escrito ou por outro meio do qual fique registo duradouro para o domicílio do Tomador do Seguro, proceder à resolução do contrato sem prejuízo dos direitos que assistam ao Beneficiário Irrevogável.
A resolução será efectuada por escrito ou por outro meio do

qual fique registo duradouro para o domicílio do Tomador do Seguro.

2. O Beneficiário designado de forma irrevogável será interpelado pelo Segurador, no prazo de 30 dias, para, querendo, substituir-se ao Tomador do Seguro no pagamento.
3. A utilização da faculdade concedida no número anterior não prejudica o direito do Segurador ao prémio ou fracções em dívida correspondentes ao período decorrido, acrescidos dos juros de mora legais.
4. O Tomador do Seguro dispõe da faculdade de repor o contrato em vigor nas condições originais e sem novo exame médico, se efectuar o pagamento do prémio em atraso dentro de 6 meses contados a partir da data em que se tenha verificado a resolução do contrato. A reposição em vigor ocorrerá no dia seguinte ao do pagamento do prémio respectivo.

ARTIGO 12.º

LIQUIDAÇÃO DAS IMPORTÂNCIAS SEGURAS

1. Obrigações do Segurador:
Pagar as indemnizações até ao 30º dia após o apuramento dos factos relativos à ocorrência do sinistro e das suas causas, circunstâncias e consequências e a entrega dos documentos respectivos.
Em caso de incumprimento, o Segurador incorrerá em mora, vencendo a indemnização juros à taxa legal em vigor.
2. Obrigações do Tomador do Seguro, da Pessoa Segura e do Beneficiário:
 - a) Participar o sinistro ao Segurador no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar daquele em que tenha conhecimento do mesmo;
 - b) Tomar as medidas ao seu alcance no sentido de evitar ou limitar as consequências do sinistro;
 - c) Entregar documentos comprovativos da identidade e qualidade de beneficiário ou de herdeiro com direito à indemnização.Em caso de Morte deve ser apresentada a seguinte documentação:
 - Certificado de óbito original ou autenticado;
 - Se a morte for consequência de doença, enviar a médico designado pelo Segurador de declaração do médico assistente que especifique a causa, antecedentes e circunstâncias da morte, a data do diagnóstico, histórico da evolução da doença ou lesão;
 - Se a morte for consequência de acidente, enviar a médico designado pelo Segurador o relatório da autópsia da Pessoa Segura e auto de ocorrência incluindo os resultados dos testes toxicológicos e de alcoolémia.
3. O Segurador reserva-se o direito de solicitar outros elementos ou de proceder às averiguações que entender convenientes para melhor esclarecimento da natureza e extensão das suas responsabilidades. Para o efeito, a Pessoa Segura obriga-se a efectuar todos os exames que o segurador entender necessários, bem como autorizar o seu médico assistente, ou qualquer outro que o tenha assistido, a prestar as informações necessárias.
O incumprimento das obrigações referidas pode determinar a redução da prestação do Segurador ou, em caso de dolo, determinar a cessação da responsabilidade do Segurador.
4. Se houver diferença entre a idade da Pessoa Segura declarada

na Apólice e a constante no Bilhete de Identidade/Cartão de Cidadão, haverá lugar a correcção nas importâncias seguras de acordo com os prémios pagos, as idades exactas e a tarifa em vigor aquando da emissão da Apólice.

5. No acto da liquidação das importâncias seguras, o Segurador descontará as fracções de prémios devidas pelo Tomador do Seguro e referentes à anuidade em curso.

6. As importâncias seguras serão pagas ao Beneficiário designado ou, no caso de este já ter falecido, aos herdeiros legais da Pessoa Segura em partes iguais. Porém, se o Beneficiário tiver falecido depois de ter adquirido o direito às referidas importâncias ou se tiver sido designado de forma irrevogável, serão essas importâncias atribuídas aos seus herdeiros segundo as regras referidas.

7. Se o Beneficiário for menor, o Segurador depositará o capital, em nome daquele, na Instituição Bancária indicada pelo representante legal, em conta a prazo até à maioridade, depois de obter a quitação pelo legal representante.

8. Em caso de pluralidade de Beneficiários, o pagamento das importâncias devidas repartir-se-á em partes iguais, salvo se o contrário resultar de declaração expressa da Pessoa Segura, e será efectuado por quitação individual de cada um deles. A referida declaração só produzirá efeitos em relação ao Segurador a partir da data em que se tenha recebido a correspondente comunicação escrita.

ARTIGO 13.º BENEFICIÁRIOS

1. Salvo disposto em contrário nas Condições Particulares o Tomador do Seguro designará os respectivos Beneficiários, 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. Esta alteração constará obrigatoriamente do respectivo documento adicional emitido pelo Segurador.

2. Na falta de indicação expressa de Beneficiário nas Condições Particulares, consideram-se como tal, em caso de Morte, os herdeiros legais da Pessoa Segura. O Beneficiário do contrato nas restantes coberturas, salvo convenção em contrário constante nas Condições Particulares, é a Pessoa Segura.

3. O Tomador do Seguro, pode em qualquer momento designar ou substituir o Beneficiário, mas tal só produzirá efeito em relação ao Segurador a partir da data em que este tenha recebido a correspondente comunicação escrita.

4. O direito do Tomador do Seguro de proceder à substituição do Beneficiário cessa no momento em que este adquire o direito ao recebimento do Capital Seguro.

5. A designação do Beneficiário será considerada irrevogável sempre que, por escrito, o Beneficiário tenha aceite essa indicação, e o Tomador do Seguro tenha expressamente renunciado à sua alteração, e disso tenha sido dado conhecimento ao Segurador.

6. Sendo a designação do Beneficiário irrevogável, será necessária a prévia autorização do mesmo para que o Tomador do Seguro exerça o direito de modificar as condições contratuais que tenham incidência sobre os direitos daquele, assim como o Beneficiário só pode transmitir a sua posição, seja a que título for, com o acordo escrito do Tomador do Seguro.

7. O Tomador do Seguro readquire o direito pleno ao exercício dos direitos referidos no ponto anterior se o Beneficiário designado como irrevogável comunicar por escrito ao Segurador que deixou de ter interesse no benefício.

8. Todas as alterações à cláusula beneficiária serão consagradas em Acta Adicional.

ARTIGO 14.º

PARTICIPAÇÃO NOS RESULTADOS, REDUÇÃO E RESGATE

Esta modalidade não confere direito a participação nos resultados, nem a valores de redução ou resgate.

ARTIGO 15.º

COMUNICAÇÕES ENTRE AS PARTES

1. As comunicações e notificações enviadas ao Tomador do Seguro, à Pessoa Segura e ao Beneficiário para o último domicílio conhecido do Segurador, consideram-se efectuadas mesmo que a correspondência tenha sido devolvida, salvo se tiver havido erro na transcrição da morada.

2. Para efeitos deste contrato, serão considerados domicílio do Tomador do Seguro, da Pessoa Segura e Beneficiário, os indicados nas Condições Particulares ou, em caso de alteração, qualquer outro que, por escrito, tenha sido por aqueles comunicado ao Segurador, sendo que, em qualquer dos casos deve o domicílio situar-se em território português.

3. As comunicações e notificações do Tomador do Seguro, Pessoa Segura e Beneficiário, consideram-se válidas se efectuadas por escrito para a sede social do Segurador.

4. Em caso de extravio, furto ou destruição da Apólice, o Tomador do Seguro ou a Pessoa Segura deverá comunicar tal facto por escrito ao Segurador.

ARTIGO 16.º

REGIME FISCAL

O contrato está sujeito ao regime fiscal português, nomeadamente às normas do CIRS e do CIRC, conforme o caso, e do Estatuto dos Benefícios Fiscais, desde que aplicáveis.

ARTIGO 17.º

RECLAMAÇÕES

O Segurador dispõe de uma unidade orgânica específica para receber, analisar e dar resposta às reclamações efectuadas, sem prejuízo de poder ser requerida a intervenção da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões e da possibilidade de recurso à arbitragem.

ARTIGO 18.º

LEI APLICÁVEL E FORO COMPETENTE

1. O presente contrato rege-se pela lei portuguesa.

2. O foro competente para dirimir qualquer litígio emergente deste contrato é o fixado na lei civil.

CONDIÇÃO ESPECIAL COMPLEMENTAR DE DOENÇAS GRAVES

ARTIGO 1.º DISPOSIÇÕES APLICÁVEIS

Na parte não especificamente regulamentada, aplicam-se a esta Condição Especial as Condições Gerais do Seguro.

ARTIGO 2.º DEFINIÇÕES

Doença: Toda e qualquer alteração involuntária de saúde da Pessoa Segura, e não causada por acidente, que se revele por sinais manifestos e seja atestada como tal por autoridade médica competente.

Período de Diferimento: Período de tempo que medeia a ocorrência do sinistro e a entrada em pagamento do capital.

Período de Carência: Período de tempo entre a contratação da apólice e a ocorrência do sinistro. Os sinistros que ocorram dentro do período de carência não estão cobertos.

ARTIGO 3.º GARANTIAS

1. Por esta cobertura complementar o Segurador garante a antecipação do Capital Seguro pela cobertura principal no limite máximo referido nas Condições Particulares, em caso de ocorrência pela primeira vez de uma das Doenças Graves a seguir definidas, manifestada pela Pessoa Segura durante a vigência do contrato, cancelando, automaticamente a apólice. Considera-se data de ocorrência a data em que a Doença Grave é diagnosticada de acordo com as definições constantes no ponto 2 deste artigo.

2. Para efeito do nº 1 consideram-se Doenças Graves:

- Cancro:

Doença que se manifesta pela presença de uma tumor maligno caracterizado por um desenvolvimento incontrolado de células malignas e invasão de tecidos. O diagnóstico deve ser evidenciado por histologia claramente definida. O termo “cancro” inclui as leucemias e as doenças malignas do sistema linfático como Doença de Hodgkin.

Excluem-se:

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

- Cirurgia de “By-Pass” Coronário:

A realização de cirurgia de peito/tórax aberto para a correcção de uma ou mais artérias coronárias, que se encontrem obstruídas, com um implante de uma ponte coronária. A necessidade de tal cirurgia deve ter sido constatada por meio

de angiografia coronária e a realização da cirurgia deve ser confirmada por médico especialista.

Excluem-se:

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

- Enfarte do Miocárdio:

Morte de uma parte do músculo cardíaco subsequente a uma insuficiência de fluxo sanguíneo local. Esta necrose deve ser recente e claramente objectivada por todos os critérios a seguir indicados:

- a) História de precordialgias específicas;
- b) Alterações electrocardiográficas específicas do enfarte do miocárdio;
- c) Elevação das enzimas cardíacas específicas de enfarte, troponinas ou outros marcadores bioquímicos.

Excluem-se:

- As sequelas e cicatrizes de enfartes do miocárdio descobertos nos electrocardiogramas;
- Outras síndromes coronárias agudas (por exemplo angina de peito estável ou instável);
- Enfarte do miocárdio sem elevação do segmento ST com, unicamente, elevação da Troponina I ou T.

- Insuficiência Renal Terminal:

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

- Acidente Vascular Cerebral (AVC):

Qualquer incidente vascular cerebral que produza sequelas neurológicas permanentes e irreversíveis. Compreende o enfarte do tecido cerebral, hemorragia cerebral e embolia cerebral de causa extra craniana. O diagnóstico deve ser confirmado por médico especialista e evidenciado por sintomas clínicos típicos, para além dos resultados registados em TAC (Tomografia Axial Computorizada) do cérebro e RNM (Ressonância Nuclear Magnética). Deve documentar-se a deficiência neurológica com pelo menos três meses a contar da data de realização do diagnóstico.

Excluem-se:

- Acidentes isquémicos transitórios (TIA);
- Lesões traumáticas do cérebro;
- Sintoma neurológicos secundários a enxaqueca;
- Enfartes lacunares sem deficit neurológico.

- Transplante de um Órgão Principal:

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

3. Considera-se um período de carência de três meses para a entrada em vigor da cobertura.

ARTIGO 4.º**DURAÇÃO**

1. As garantias da presente cobertura complementar, salvo indicação em contrário nas Condições Particulares, são aplicáveis se a Doença Grave se verificar antes da data do vencimento da Apólice e não poderá ultrapassar os 64 (sessenta e quatro) anos de idade da Pessoa Segura.

2. A cobertura é contratada por um ano e seguintes, e vigorará por períodos certos de um ano, sendo tacitamente renovada no termo de cada anuidade, salvo denúncia, por carta registada, com pré-aviso de 30 (trinta) dias.

ARTIGO 5.º**RISCOS EXCLUÍDOS**

O Segurador não garante, nesta cobertura complementar, o pagamento das importâncias seguras, relativamente aos sinistros excluídos pelas Condições Gerais e Especiais da cobertura principal e ainda quando originados por:

- a) Intervenção cirúrgica, desde que esta se não imponha como consequência de doença ou acidente;
- b) Ferimentos ou lesões provocadas por actos de sequestro, tumultos, insurreição, motins, rixas, terrorismo ou sabotagem, qualquer que seja o lugar em que se desenrolem os acontecimentos e quaisquer que sejam os protagonistas, desde que a Pessoa Segura tome parte activa, excepto em caso de legítima defesa;
- c) Doença, terapia, intervenção cirúrgica, tratamento médico e/ou acidentes anteriores à entrada da apólice de seguro;
- d) Doença acompanhada de infecção por HIV;
- e) Qualquer doença e/ou intervenção cirúrgica não definida na presente cobertura complementar;
- f) Os actos e respectivas consequências de doença ou acidente provocados intencionalmente pela Pessoa Segura ou com a sua cumplicidade, bem como a tentativa de suicídio deste;
- g) O consumo de drogas e/ou estupefacientes não prescritos por médico;
- h) As doenças e/ou acidentes originados pelo consumo excessivo de álcool.

ARTIGO 6.º**PAGAMENTO DE PRÉMIOS**

O prémio desta cobertura complementar será pago na mesma data que o da cobertura principal.

ARTIGO 7.º**EXTINÇÃO DA GARANTIA**

Para além das situações previstas nas Condições Gerais, a presente garantia extingue-se:

- a) Por resolução a pedido do Tomador do Seguro e/ou Pessoa Segura, mediante aviso registado enviado ao Segurador, com pelo menos, 30 (trinta) dias de antecedência;
- b) No momento em que o seguro principal de que esta garantia é complementar deixe de produzir os seus efeitos;

c) No termo da anuidade em que a Pessoa Segura complete 64 (sessenta e quatro) anos de idade, ou outra idade expressamente estipulada nas Condições Particulares como sendo o limite máximo das garantias desta cobertura;

d) Com o pagamento do Capital garantido por esta cobertura complementar.

ARTIGO 8.º**INFORMAÇÃO E AVISO DE SINISTRO**

1. Verificando-se qualquer evento que faça funcionar as garantias desta cobertura, o Tomador do Seguro e a Pessoa Segura, sob pena de responderem por perdas e danos obrigam-se a:

a) Enviar ao Segurador um relatório elaborado pelo seu médico assistente, preciso e detalhado, descrevendo a sua história Clínica e mencionando a data dos primeiros sintomas. Este relatório, por conta do Tomador de Seguro ou Pessoa Segura, deve ser enviado ao Segurador nos 60 (podem ser 90) dias que se seguirem ao diagnóstico da doença;

b) O facto que justifica a doença grave, a sua causa, terá de se verificar durante a vigência da Apólice e/ou durante o período em que a cobertura estiver em vigor para a Pessoa Segura e, simultaneamente, terá que ser denunciado ao Segurador no prazo máximo de 90 dias a contar da data de cessação da cobertura.

c) A Pessoa Segura deve fazer prova da sua idade;

d) Tomar todas as providências para evitar o agravamento das consequências da doença ou acidente;

e) Recorrer a um médico e seguir as suas prescrições;

f) Escolher um hospital ou clínica para hospitalização se o seu estado de saúde o exigir;

g) Sujeitar-se a exame por médico designado pelo Segurador, caso este o considere necessário;

h) Dar indicações ao médico assistente no sentido de prestar todas as informações que o Segurador lhe solicite, bem como fornecer os elementos que ele julgue necessários para o completo esclarecimento e formação do respectivo processo.

2. As declarações inexactas ou incompletas não intencionais, bem como a reticência ou omissão de factos ou circunstâncias também não intencionais, que poderiam ter influído na apreciação da responsabilidade a cargo do Segurador implicam o dever de responder pelas perdas e danos daí resultantes.

3. O Tomador do Seguro e/ou Pessoa Segura perdem o direito às garantias desta cobertura se:

a) Causarem ou agravarem, voluntária e intencionalmente, as consequências da doença ou acidente;

b) Usarem de fraude, simulação, falsidade ou quaisquer outros meios dolosos, bem como documentos falsos para justificarem a sua reclamação;

c) Usarem de má-fé.

ARTIGO 9.º**LIQUIDAÇÃO DAS IMPORTÂNCIAS SEGURAS**

1. O pagamento das importâncias seguras será efectuado à Pessoa Segura.

2. O Capital Seguro é liquidado de uma só vez, ainda que

diagnosticada na Pessoa Segura mais do que uma Doença Grave, na mesma data ou em datas distintas.

3. Em caso de Morte ou de Invalidez Total e Permanente causada por uma das Doença Graves referida no nº 2 do artº 3, antes do Segurador ter verificado o direito ao pagamento do Capital Seguro por esta cobertura, haverá lugar apenas ao pagamento do capital por Morte ou Invalidez Total e Permanente.

4. A liquidação das importâncias seguras quando devidas ao abrigo desta cobertura, será efectuada mediante a entrega dos seguintes documentos:

- Participação de sinistro conforme impresso a disponibilizar pelo Segurador;
- Bilhete de Identidade e de Identificação Fiscal/Cartão de Cidadão da Pessoa Segura;
- Enviar a médico designado pelo Segurador de relatório do médico assistente da especialidade que indique as causas, a data dos primeiros sintomas, meios de diagnóstico utilizados, a evolução, tratamentos, situação clínica actual e prognóstico.

5. Na falta de acordo entre as partes quanto ao reconhecimento do estado de Dependência uma comissão de peritos decidirá o litígio. Esta comissão será constituída por um médico indicado pelo Segurador, por um indicado pela Pessoa Segura e por um terceiro escolhido de comum acordo pelos médicos das partes. Cada uma das partes suportará as despesas e honorários do seu médico e metade das despesas e honorários do perito de desempate.

CONDIÇÃO ESPECIAL COMPLEMENTAR DE INVALIDEZ TOTAL E PERMANENTE

ARTIGO 1.º DISPOSIÇÕES APLICÁVEIS

Na parte não especificamente regulamentada, aplicam-se a esta Condição Especial as Condições Gerais do Seguro.

ARTIGO 2.º DEFINIÇÕES

Invalidez Total e Permanente: Considera-se Invalidez Total e Permanente, o estado de invalidez em que se encontra a Pessoa Segura quando cumulativamente, e em consequência de doença ou acidente, se verificarem relativamente a ela as três condições seguintes:

- A Pessoa Segura fique totalmente incapaz de exercer a sua profissão ou qualquer outra actividade lucrativa compatível com as suas capacidades, conhecimentos e aptidões;
- Apresentar um grau de incapacidade que, conforme o definido nas Condições Particulares, poderá ser igual ou superior a 65% de acordo com a tabela nacional de Incapacidades por Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais em vigor na data de avaliação da desvalorização sofrida pela Pessoa Segura, não entrando para o seu cálculo quaisquer incapacidades ou patologias pré-existentes;
- Irreversibilidade da invalidez total, isto é, sem quaisquer esperanças de haver melhoria no seu estado de saúde por continuação de tratamento médico.

O reconhecimento da situação de Invalidez Total e Permanente (ou

do seu grau) deve ser feito com base em sinais médicos objectivos, por um médico do Segurador ou, em caso de divergência com esta, por Tribunal Arbitral ou Judicial, prevalecendo aquele sobre quaisquer pareceres ou decisões da Segurança Social, Caixa Geral de Aposentações ou qualquer outro regime facultativo ou obrigatório que os substitua ou complemente.

Acidente: O acontecimento fortuito provocado por uma causa súbita, externa e violenta, alheia à Pessoa Segura e que nesta produza lesões corporais que possam ser clínica e objectivamente constatadas.

- São tidas como originadas por acidente, lesões corporais causadas pela inalação involuntária de gases ou vapores, por afogamento e, ainda, as infecções e envenenamentos resultantes de um acidente;
- Não são considerados acidentes, as doenças e as consequências de perturbações psíquicas, nervosas ou epilépticas.

ARTIGO 3.º GARANTIAS

1. Por esta cobertura complementar, quando subscrita pelo Tomador do Seguro e nos termos expressamente previstos nas Condições Particulares, o Segurador garante o pagamento, em caso de Invalidez Total e Permanente da Pessoa Segura, do valor do Capital Seguro pela cobertura principal.

2. Quando este complementar vigorar sobre duas Pessoas Seguras o pagamento do capital será devido após a Invalidez Total e Permanente que primeiro ocorrer, extinguindo-se as garantias da Apólice relativamente à outra Pessoa Segura.

ARTIGO 4.º DURAÇÃO

1. A presente cobertura complementar não poderá, salvo expressa indicação em contrário nas Condições Particulares, ultrapassar os 64 (sessenta e quatro) anos de idade da Pessoa Segura.

2. A cobertura é contratada por um ano e seguintes, e vigorará por períodos certos de um ano, sendo tacitamente renovada no termo de cada anuidade, salvo denúncia, por cartaregistrada, com pré-aviso de 30 (trinta) dias.

ARTIGO 5.º RISCOS EXCLUÍDOS

O Segurador não garante, nesta cobertura complementar, o pagamento das importâncias seguras, relativamente aos sinistros excluídos pelas Condições Gerais e ainda quando originadas por:

- Utilização de veículos motorizados de duas rodas de cilindrada superior a 500cc;
- Lesões auto infligidas ou qualquer acto voluntário que resulte numa invalidez, bem como, consequências resultantes directa ou indirectamente de acto do Tomador do Seguro, Pessoa Segura ou Beneficiário praticado com a sua cumplicidade e que se traduzam na activação das coberturas

contratadas;

c) **Patologias do foro psíquico, salvo se verificadas ininterruptamente por um período mínimo de 2 anos;**

d) **Tentativa de suicídio por parte da Pessoa Segura;**

e) **Invalidez parcial existente ou em processo de resolução antes do início do contrato;**

f) **Acidentes ou doenças anteriores à data da entrada em vigor desta cobertura complementar.**

ARTIGO 6.º

PAGAMENTO DE PRÉMIOS E SOBREPÉMIOS

1. O prémio desta cobertura complementar será pago na mesma data que o da cobertura principal.

2. No âmbito desta cobertura complementar, os sinistros ocorridos nas situações expressas nas alíneas a) e b) do artigo anterior podem ser garantidos, desde que aceites e expressamente referido nas Condições Particulares, mediante pagamento de sobreprémio a fixar pelo Segurador.

ARTIGO 7.º

EXTINÇÃO DA COBERTURA

Para além das situações previstas nas Condições Gerais, a presente garantia extingue-se:

a) **Por resolução a pedido do Tomador do Seguro e/ou Pessoa Segura, mediante aviso registado enviado ao Segurador, com pelo menos, 30 (trinta) dias de antecedência;**

b) **No momento em que o seguro principal de que esta garantia é complementar deixe de produzir os seus efeitos;**

c) **No termo da anuidade em que a Pessoa Segura complete 64 (sessenta e quatro) anos de idade, ou outra idade expressamente estipulada nas Condições Particulares como sendo o limite máximo das garantias desta cobertura;**

d) **Com o pagamento do Capital Seguro por esta cobertura complementar.**

Se o contrato for celebrado sobre duas pessoas, a cobertura cessará os seus efeitos na data em que uma das Pessoas Seguras atingir a idade acima referida, mantendo-se no entanto em vigor para a outra Pessoa Segura enquanto esta não atingir a idade em questão;

e) **Data em que a Pessoa Segura começar a receber uma pensão de reforma.**

ARTIGO 8.º

LIQUIDAÇÃO DAS IMPORTÂNCIAS SEGURAS

A liquidação das importâncias seguras quando devidas ao abrigo desta cobertura, será efectuada mediante:

a) Participação de sinistro conforme impresso a disponibilizar pelo Segurador;

b) Bilhete de Identidade e de Identificação Fiscal/Cartão de Cidadão da Pessoa Segura;

c) Entregar documentos comprovativos de invalidez:

- Enviar a médico designado pelo Segurador de relatório do médico assistente que indique as causas, a data do início, a evolução e as consequências da lesão corporal e ainda

informação sobre o grau de invalidez verificada e a sua provável duração. A divergência entre médico da Pessoa Segura e o médico designado pelo Segurador quanto ao grau de invalidez, pode ser decidida por um médico nomeado por ambas as partes;

- Documento comprovativo de reconhecimento da invalidez emitido pela Instituição de Segurança Social ou pelo Tribunal de Trabalho, bem como, em caso de Invalidez Absoluta e Definitiva, de documento comprovativo da necessidade da Pessoa Segura ser acompanhada por terceira pessoa por forma a efectuar as actividades diárias normais;

- Documento descrevendo a actividade profissional ou ocupação principal exercida pela Pessoa Segura antes de ter sido afectada pela invalidez;

- Atestado médico de incapacidade multiusos;

- Se a invalidez for consequência de acidente enviar o auto de ocorrência incluindo os resultados dos testes toxicológicos e de alcoolémia.



INFORMAÇÕES PRÉ-CONTRATUAIS DA SFS - GESTÃO E CONSULTORIA, S.A.

Nos termos do Artigo 31.º do Regime Jurídico da Distribuição de Seguros e Resseguros, aprovado pela Lei n.º 7/2019, de 16 de janeiro, a SFS Gestão e Consultoria, S.A., com sede no Lugar do Espido, Via Norte, 4470 - 177 Maia, mediador inscrito desde 02/03/2018 na categoria de Agente de Seguros junto da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões sob o nº 418459513/3, verificável em www.asf.pt, com autorização para exercer atividade nos Ramos Vida e Não-Vida, informa que:

- a) Atua em nome e por conta da Seguradora Real Vida Seguros S.A., entidade que garante os riscos cobertos pelo contrato de seguro;
- b) Nos termos de tal acordo entre as partes, está autorizada a receber prémios para serem entregues ao Segurador e a celebrar contratos em nome e por conta deste, não assumindo qualquer obrigação de distribuição exclusiva;
- c) Não presta aconselhamento, sendo que a sua intervenção não se esgota com a celebração do contrato de seguro, envolvendo a prestação de assistência ao longo do período de vigência do mesmo;
- d) A sua remuneração pelos serviços prestados é feita sob a forma de comissão paga pelo Segurador, integrante dos prémios de seguro, sendo fornecida informação sobre a mesma quando solicitada;
- e) Sem prejuízo do recurso aos mecanismos judiciais e extrajudiciais de resolução de litígios, assiste o direito aos tomadores de seguros ou outras partes interessadas a apresentarem reclamações junto da Autoridade de

Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões, no Livro de Reclamações da SFS Gestão e Consultoria, S.A., ou através do e-mail clienteuniverso@sonae.pt.

Mais se informa que a SFS Gestão e Consultoria, S.A. disponibiliza ao Cliente o acesso aos meios de resolução extrajudicial de conflitos a que SFS Gestão e Consultoria, S.A. aderiu:

Centro de Informação de Consumo e Arbitragem do Porto - CICAP

Rua Damião de Góis, n.º 31, Loja 6 4050-225 Porto

E-mail: cicap@mail.telepac.pt Web: www.cicap.pt