

Este documento apresenta-se como um resumo das Condições Gerais e Especiais do seguro **PRÉVOIR Proteção Doenças Graves** e não dispensa a consulta integral das mesmas.

SEGURADOR	Prévoir-Vie – Groupe Prévoir S.A., Sucursal em Portugal, legalmente autorizada a exercer a atividade seguradora.
A QUEM SE DESTINA	Destina-se a pessoas que se preocupam em salvaguardar o seu equilíbrio financeiro, ou do seu agregado familiar, face à ocorrência de situações imprevistas graves, tais como em caso de morte ou de doenças graves. Este seguro está direcionado para pessoas com idades compreendidas entre os 50 anos e os 75 anos.
FINALIDADE	O PRÉVOIR PROTEÇÃO DOENÇAS GRAVES é um seguro de vida individual temporário anual renovável. O contrato tem por objeto as seguintes garantias: 1. GARANTIA PRINCIPAL: Morte da Pessoa Segura, em consequência de acidente ou doença garantidos, que ocorram durante a vigência do contrato. 2. GARANTIAS COMPLEMENTARES: Este contrato pressupõe, para além da Garantia Principal, a existência das seguintes coberturas complementares de subscrição obrigatória: a) Diagnóstico de Doenças Graves à Pessoa Segura , a escolher entre as seguintes opções: – Versão Base, que inclui 6 doenças graves; – Versão Premium, que inclui 7 doenças graves. b) Prestação de Serviços de Assistência. 3. Âmbito territorial: O contrato apenas dá cobertura a apólices emitidas para pessoas residentes em Portugal ou qualquer outro país europeu membro do Espaço Económico Europeu (países da União Europeia, Islândia, Liechtenstein e Noruega), Suíça e Reino Unido, na data de emissão da apólice.
CONDIÇÕES DE SUBSCRIÇÃO	São condições de subscrição do contrato, a Pessoa Segura: 1. Ter idade atuarial mínima de 50 anos; 2. Ter idade atuarial máxima de 75 anos; 3. Ter residência em território português; 4. Preencher um questionário médico e, se for solicitado, submeter-se a exames médicos e fornecer as informações médicas necessárias.
GARANTIAS E CAPITALIS	1. MORTE DA PESSOA SEGURA a) Esta garantia é de subscrição obrigatória. b) Em caso de Morte da Pessoa Segura, o Segurador pagará o capital seguro que corresponde a 10% do capital seguro da garantia de Diagnóstico de Doenças Graves. c) O contrato cessa e deixa de produzir qualquer efeito após o pagamento do capital seguro da garantia principal Morte. 2. DIAGNÓSTICO DE DOENÇAS GRAVES À PESSOA SEGURA a) Esta garantia é de subscrição obrigatória e carece da escolha de uma das seguintes opções: – Versão Base que inclui 6 doenças: Acidente Vascular Cerebral, Enfarte de Miocárdio, Alzheimer/Demência Severa, Doença de Parkinson, Cegueira e Paralisia; – Versão Premium que inclui 7 doenças: Cancro, Acidente Vascular Cerebral, Enfarte de Miocárdio, Alzheimer/Demência Severa, Doença de Parkinson, Cegueira e Paralisia. b) Os capitais seguros mínimos e máximos para a garantia Diagnóstico de Doenças Graves são respetivamente de 10.000€ e 50.000€.

- c) Será pago o capital seguro constante nas Condições Particulares, caso a Pessoa Segura venha a contrair durante a vigência do contrato qualquer uma das doenças graves que se encontram cobertas nas Condições Especiais.
- d) A cobertura do Diagnóstico de Doenças Graves está sujeita à existência dos seguintes períodos de carência:
 - 360 dias após a data início do contrato, no caso das doenças de Alzheimer ou Demência Severa e Parkinson;
 - 90 dias após a data início do contrato para as doenças de Enfarte de Miocárdio, Acidente Vascular Cerebral, Paralisia e Cegueira;
 - 180 dias após a data início do contrato, no caso de Cancro.
- e) Em caso de Morte da Pessoa Segura no prazo de 14 dias após a data de diagnóstico de Doença Grave garantida pelo contrato, e em consequência desta, pagar-se-á apenas o capital seguro da cobertura Morte.
- f) Se a Morte da Pessoa Segura em consequência de doença grave garantida pelo contrato, ocorrer em data posterior em mais de 14 dias após o seu diagnóstico, pagar-se-á o capital seguro correspondente à cobertura Diagnóstico de Doenças Graves.
- g) Com o pagamento do capital seguro da cobertura Diagnóstico de Doenças, o contrato cessa e deixa de produzir qualquer efeito.
- h) A indemnização da cobertura do Diagnóstico de Doenças Graves será paga após o primeiro diagnóstico de uma das doenças cobertas.

3. PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA

Esta garantia é de subscrição obrigatória. Para efeitos desta cobertura considera-se a prestação dos seguintes serviços à Pessoa Segura:

a) Segunda Opinião

Em situação de Doença Grave ou Crónica diagnosticada e a partir da lista de patologias constantes nas Condições Gerais da apólice, o serviço PRÉVOIR Assistência diligenciará e suportará os custos de obtenção de um relatório médico de Segunda Opinião, elaborado por centros de Excelência.

O relatório fornecerá uma confirmação do diagnóstico ou definirá um outro, recomendando o tratamento e local mais adequados.

Os serviços de PRÉVOIR Assistência realizarão:

- Captura, análise, tradução e transmissão da informação médica do paciente pelo departamento médico da PRÉVOIR Assistência;
- Análise de toda a informação e seleção do melhor especialista na patologia ou subespecialidade, a partir de uma rede de centros de excelência;
- Receção e entrega do relatório de Segunda Opinião.

b) Apoio nas Doenças Graves

Em situação de Doença Grave, de acordo com a lista de patologias constantes nas Condições Gerais e Especiais da apólice, caso o Segurado pretender deslocar-se a outro médico ou centro clínico para obter uma segunda opinião sobre o seu diagnóstico e/ou tratamento, o serviço PRÉVOIR Assistência garante a preparação e organização dessas deslocações assim como o pagamento, até ao limite contratado, dos custos com as seguintes intervenções: deslocações, alojamento, *baby-sitting* para crianças.

Os custos com despesas médicas, cirúrgicas e farmacêuticas para o Segurado assim como todas as despesas com o acompanhante serão sempre da responsabilidade do Segurado.

c) Apoio Domiciliário

Em casos de doença e após alta hospitalar que obrigue a uma ajuda especializada, o serviço PRÉVOIR Assistência organizará e providenciará o envio de profissionais qualificados para

desempenhar atividades necessárias ao conforto e tratamento do serviço de assistência, tais como serviços de enfermagem, serviços médicos, serviços de higiene, serviços de alimentação, serviços de fisioterapia.

Os custos associados ficarão a cargo do Segurado tratando o serviço PRÉVOIR Assistência apenas da sua disponibilização e organização a preços de tabela PRÉVOIR Assistência.

d) Capital para adaptação do domicílio

Em casos de acidente que origine situações de incapacidade permanente comprovada clinicamente e que implique a adaptação do domicílio do segurado, o Serviço PRÉVOIR Assistência organizará e providenciará o envio de profissionais qualificados para a realização das obras de adaptação necessárias.

Os custos associados são a cargo do Serviço de Assistência até ao limite estipulado. Ultrapassado o limite o serviço PRÉVOIR Assistência pode disponibilizar todos os serviços sendo que todos os custos ficarão a cargo do Segurado tratando o Serviço de Assistência apenas da sua disponibilização e organização.

e) Envio de médico de urgência ao domicílio

Na sequência de um Aconselhamento Médico e caso o médico o entenda como necessário, será enviado um médico de clínica geral ao domicílio do Segurado.

No caso de não existir disponibilidade imediata de um médico, o serviço PRÉVOIR Assistência promoverá, se necessário, a transferência do Segurado para um centro clínico adequado.

Se, em consequência de acidente ou doença, o Segurado tiver necessidade de ser transportado em auto-ambulância, o serviço PRÉVOIR Assistência promoverá o seu envio, desde que o transporte decorra da intervenção do médico ao domicílio. O Segurado será acompanhado por um médico do Serviço de Assistência se tal for reconhecido como necessário.

Se o Segurado ou o seu representante legal tiver requisitado diretamente a auto-ambulância e liquidado o respetivo custo, o serviço PRÉVOIR Assistência não se responsabiliza pelo reembolso das respetivas despesas.

Ficará a cargo do Segurado o pagamento de um copagamento de 15€ por cada pedido de assistência efetuado.

f) Limites dos serviços:

Serviços	Capitais / Limites
Segunda Opinião	1 vez / ano
Apoio nas Doenças Graves	1.000€ / ano
Apoio Domiciliário (em caso de doença do Cliente)	750€ / ano
Capital para adaptação domicílio	1.500€
Envio de médico de urgência ao domicílio	Ilimitado/ copagamento 15€

g) Solicitação dos serviços

- Em caso de sinistro, a comunicação far-se-á no mais curto espaço de tempo possível.
- Todos os pedidos de prestação de serviços de assistência devem ser efetuados diretamente pelo Segurado/Beneficiário ou por uma pessoa próxima junto da PRÉVOIR Assistência através do telefone n.º 210 321 854.

EXCLUSÕES

1. Exclusão específica da garantia Morte

O suicídio da Pessoa Segura durante o primeiro ano de subscrição.

2. Exclusões comuns a todas as garantias

Ficam expressamente excluídos de todas as garantias, não havendo, portanto, lugar a qualquer pagamento:

- a) As consequências da tentativa de suicídio por parte da Pessoa Segura;
- b) Os acidentes ou doenças intencionalmente provocados pelo Tomador do Seguro, Pessoa Segura ou Beneficiários;
- c) Os acidentes ocorridos antes da entrada em vigor do contrato;
- d) As doenças de qualquer natureza, existentes antes da entrada em vigor das garantias do contrato, desde que delas a Pessoa Segura tenha conhecimento;
- e) Qualquer acidente ou doença ocorrido durante a estadia da Pessoa Segura, por um período superior a 6 semanas, fora do espaço da União Europeia, do Reino Unido, da Austrália, do Canadá, dos Estados Unidos da América, do Japão, da Suíça, da Nova Zelândia, exceto se declarado na proposta, ou posteriormente, e previsto nas Condições Particulares ou em Ata Adicional;
- f) Os casos em que seja verificada a existência de álcool no sangue da Pessoa Segura em grau igual ou superior ao que se encontrar definido na lei como permitido para os condutores de veículos automóveis em Portugal;
- g) Os casos em que seja verificado o consumo de drogas ou estupefacientes, não receitados por médicos, ou, tendo-o sido, haja recomendação ou prescrição para não ser praticado o ato ou atividade em que ocorreu o acidente, enquanto perdurasse o efeito;
- h) As consequências dos atos de guerra civil ou com país estrangeiro, motins, rixas e movimentos populares;
- i) As consequências da prática, treino ou ensino de um desporto a título profissional, exceto se declarado na proposta ou posteriormente e previsto nas Condições Particulares ou em Ata Adicional;
- j) As consequências da participação em competições, demonstrações, acrobacias, raides, que utilizem engenhos aéreos assim como a participação em voos de ensaio e voos em protótipos;
- k) As consequências de qualquer ato criminoso ou ilegal em que a Pessoa Segura intervenha;
- l) As hérnias de qualquer natureza, as consequências de esforços e de estafa, as dores da coluna vertebral e outras afeções da coluna;
- m) Transformação ou radiação nuclear causadas pela aceleração artificial das partículas nucleares atómicas.

3. Exclusões das garantias Diagnóstico de Doenças Graves

a) Enfarte do Miocárdio - de gravidade específica

- Lesão miocárdica que não seja uma consequência direta do abastecimento inadequado de sangue ou seja derivado de uma doença sistémica, ou de um traumatismo direto ao coração;
- Cardiomiopatia de Takotsubo;
- Miocardite e miopericardite;
- Todos os síndromes coronários agudos não associados a critérios de biomarcadores específicos para enfarte de miocárdio;
- Elevação de biomarcadores cardíacos específicos causados por arritmias cardíacas.

b) Acidente Vascular Cerebral - de gravidade específica

- Ataque isquémico transitório (AIT);
- Acidente vascular cerebral devido a um acidente ou lesão;
- Acidente vascular cerebral silencioso assintomático encontrado em provas de imagem;
- Anomalias de neuroimagem da matéria branca do cérebro também conhecidas como leucoaraiose.

c) Demência de Alzheimer e outros Transtornos Neurocognitivos Maiores (Demência) - de gravidade específica

- A demência devido a doenças psiquiátricas;
- Transtornos neurocognitivos leves (demência prodromática e ligeira deficiência cognitiva);
- Demência pré-clínica identificada apenas por biomarcadores, o que inclui, entre outros, neuroimagens avançadas e quaisquer outros biomarcadores presentes no líquido cefalorraquidiano, sangue, urina, ou outros fluidos corporais, na ausência de quaisquer sintomas cognitivos ou comportamentais.

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

- Qualquer outro tipo de parkinsonismo não incluído na definição desta cobertura.

e) Cegueira - de gravidade específica

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

f) Paralisia - de gravidade específica

- A paralisia devido a transtornos psicológicos não está coberta.

g) Cancro - de gravidade específica

Não estão cobertos os seguintes tumores segundo a última edição do Manual de Estadio do Cancro da AJCC:

- Todos os tumores que são histologicamente descritos como benignos, pré-malignos, malignos duvidosos ou borderline, de baixo potencial de malignidade, todos os graus de displasia, todos os graus de lesões escamosas intraepiteliais (HSIL e LSIL), e todos os graus de neoplasia intraepitelial;
- Todos os tumores classificados como carcinoma in-situ (Tis ou Cis) ou (Ta);
- Todos os cancros não melanomas que surjam na pele, a menos que se tenham propagado aos gânglios linfáticos (N+ de acordo com a AJCC) ou a áreas distantes (M+ de acordo com a AJCC), ou na ausência de propagação aos gânglios quando o tratamento tiver sido por cirurgia ressectiva seguida de radioterapia, quimioterapia ou terapia sistémica orientada;
- Todos os cancros de pele melanoma que estejam no estadio pronóstico I, ou menos, de acordo com o AJCC;
- Todos os melanomas oculares (uveais) confinados ao olho, a menos que sejam tratados com cirurgia ressectiva, braquiterapia, radioterapia de feixe externo, quimioterapia ou terapia sistémica orientada;
- Todos os tumores de tecidos moles, tumores do tecido conjuntivo e tumores anexos da pele (incluindo, entre outros, sarcomas, dermatofibromas, fibrossarcomas, tumores foliculares e neoplasias glandulares), a menos que se tenham propagado aos gânglios linfáticos (N+ de acordo com a AJCC) ou a áreas distantes (M+ de acordo com a AJCC) ou se o tumor for considerado irressecável e precisa de radioterapia, quimioterapia ou terapia sistémica orientada;
- Todos os linfomas cutâneos primários, incluindo a micose fungóide, que estejam no estadio pronóstico I ou menos segundo a ISCL/EORTC, e que permaneçam confinados na pele, confirmada pela ausência de evidência histológica de envolvimento nodal ou de evidência de envolvimento visceral, ou a menos que seja necessária fototerapia corporal total com psoraleno e ultravioleta A (PUVA);
- Todos os tumores neuroendócrinos (carcinoides) e os tumores do estroma gastrointestinal que são prognósticos da fase I ou menos;
- Todos os tumores de tiróides que estejam em estadio pronóstico I ou menos;
- O cancro da próstata, a menos que, histologicamente, tenha progredido pelo menos ao estágio T2N0M0, ou, segundo a escala de Gleason tinha sido classificado com um grau igual ou superior a 7;

	<ul style="list-style-type: none"> – Todas as malignidades da medula óssea (incluindo, entre outros, leucemia, neoplasias mieloproliferativas, trombocitemia essencial, mielofibrose primaria, policitemia vera e síndrome mielodisplásico), a menos que a malignidade da medula óssea do segurado requeira tratamento com: quimioterapia sistémica, terapias orientadas contra o cancro, transplante da medula óssea, transplante de células mãe hematopoiéticas, ou dependa permanente de transfusões de produtos sanguíneos ou flebotomias terapêuticas; – Todos os cancros apenas identificados a partir das células tumorais, material genético, ou quaisquer outros biomarcadores, alguns dos quais podem estar presentes no sangue, saliva, urina ou outros fluidos corporais, incluindo, mas não limitado a testes conhecidos como “biopsias líquidas”. <p>h) Exclusões da cobertura Prestação de Serviços de Assistência</p> <ul style="list-style-type: none"> – Prestações que não tenham sido solicitadas ao Segurador e que não tenham sido efetuadas com o seu acordo prévio, salvo nos casos de força maior ou de impossibilidade material demonstrada; – Sinistros resultantes de acontecimentos ocorridos antes da entrada em vigor do presente contrato; – Sinistros decorrentes de dolo da Pessoa Segura, ou na sequência de suicídio ou de tentativa de suicídio; – Sinistros resultantes de acontecimentos sobrevindos à Pessoa Segura em estado de embriaguez ou sob a influência de estupefacientes ou outras drogas não prescritas clinicamente; – Sinistros decorrentes de apostas, da participação em competições desportivas e dos treinos com vista a essas competições; – Sinistros decorrentes de atos de guerra, greves, tumultos e perturbações da ordem pública; – Situações decorrentes de internamentos da Pessoa Segura não autorizados pelo Segurador ou se autorizados que não provoquem uma situação de dependência clinicamente comprovada.
<p>INÍCIO, DURAÇÃO E RENOVAÇÃO DO CONTRATO</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sem prejuízo do período de carência, o contrato tem início e produz os seus efeitos a partir das zero horas do dia indicado nas Condições Particulares. 2. O contrato é celebrado por um ano e prorroga-se sucessivamente por iguais períodos, até ao final da anuidade em que a Pessoa Segura atinja o limite de permanência no contrato, salvo se, entretanto, vier a ser resolvido, nomeadamente por falta de pagamento dos prémios. 3. O contrato termina, no máximo, na anuidade do contrato em que a Pessoa Segura perfizer 100 anos de idade atuarial. 4. O pagamento de um dos capitais Morte ou Diagnóstico de Doenças Graves põe fim ao contrato.
<p>CESSAÇÃO DO CONTRATO E DAS GARANTIAS</p>	<p>O contrato pode cessar por denúncia, resolução ou revogação, tendo como consequência a cessação de todas as garantias relativas à Pessoa Segura.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Denúncia <ul style="list-style-type: none"> – Desde que respeitados os limites previstos na Lei, a Denúncia corresponde à vontade de qualquer das partes de não prorrogar o contrato celebrado por termo determinado e com prorrogação automática. – A Denúncia efetua-se mediante comunicação prévia e escrita, dirigida à outra parte, ou de qualquer outro meio do qual fique registo duradouro, com uma antecedência mínima de 30 dias em relação à data de vencimento anual do contrato. 2. Resolução <ul style="list-style-type: none"> – O contrato de seguro pode ser resolvido por qualquer das partes a todo o tempo, havendo justa causa, nos termos gerais de direito aplicáveis.

	<ul style="list-style-type: none"> – O Tomador do Seguro, sendo pessoa singular, pode resolver o contrato sem invocar justa causa, nos 30 dias imediatos à data de receção da apólice. – Quando o Tomador do Seguro tiver ficado em poder, em suporte duradouro, de todas as informações relevantes do seguro que constam nas Condições Gerais e Especiais e irão constar nas Condições Particulares, pode igualmente resolver o contrato sem invocação de justa causa, desde que o faça nos 30 dias subseqüentes à data da celebração do contrato. – As comunicações de Resolução do contrato devem ser efetuadas por escrito ou por outro meio duradouro disponível e acessível ao Segurador. – Sempre que o Tomador do Seguro não coincida com a Pessoa Segura, o Segurador deve avisar a Pessoa Segura da resolução do contrato, no prazo máximo de 20 dias após a Resolução. – A Resolução tem efeito retroativo 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 data da comunicação da resolução do contrato, despesas efetuadas com o contrato e custos de desinvestimento que comprovadamente tenha suportado. <p>3. Revogação</p> <ul style="list-style-type: none"> – A Revogação ocorrerá se o Tomador do Seguro e o Segurador, a todo o tempo e por comum acordo, determinarem a cessação do contrato. – Se o Tomador do Seguro não coincidir com a Pessoa Segura, a Revogação depende do consentimento desta. 										
<p>PRÉMIOS</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. O prémio é anual e será recalculado anualmente, durante a vigência do contrato, em função da idade atuarial da Pessoa Segura. 2. O prémio é devido anualmente e será pago antecipadamente em relação a cada período, na respetiva data de vencimento, de uma só vez ou fracionadamente. 3. O Segurador avisará o Tomador do Seguro das eventuais alterações referidas no número anterior. Mediante comunicação prévia ao Tomador do Seguro, com a antecedência mínima de 90 dias, fica reservado ao Segurador o direito de rever anualmente a tarifa com efeitos à data de renovação do contrato, em função dos resultados da modalidade. 4. Na vigência do contrato, com a antecedência mínima de 30 dias em relação à data da renovação, o Segurador avisará por escrito o Tomador do Seguro do montante do prémio anual a pagar na nova anuidade, bem como o valor do fracionamento se for essa a modalidade de pagamento. 5. Os encargos deste contrato, de natureza fiscal, parafiscal ou outros que sejam devidos ficam a cargo do Tomador do Seguro e serão incorporados no prémio total. 6. São também da conta do Tomador do Seguro os eventuais encargos de fracionamento do prémio, desde que constem nas Condições Particulares, o custo da apólice e das atas adicionais. <table border="1" data-bbox="678 1563 1177 1769"> <thead> <tr> <th>Fracionamento</th> <th>Encargos de fracionamento</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Anual</td> <td>0%</td> </tr> <tr> <td>Semestral</td> <td>1%</td> </tr> <tr> <td>Trimestral</td> <td>2%</td> </tr> <tr> <td>Mensal</td> <td>3%</td> </tr> </tbody> </table> <ol style="list-style-type: none"> 7. A cobrança dos prémios será feita por débito direto ou tesouraria desde que, neste último caso, o pagamento seja efetuado em fracionamentos trimestrais, semestrais ou anuais. O pagamento por débito direto fica isento de encargos de fracionamento. 	Fracionamento	Encargos de fracionamento	Anual	0%	Semestral	1%	Trimestral	2%	Mensal	3%
Fracionamento	Encargos de fracionamento										
Anual	0%										
Semestral	1%										
Trimestral	2%										
Mensal	3%										
<p>FALTA DE PAGAMENTO DO PRÉMIO</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Na falta de pagamento de prémio ou de fração nos dez dias subseqüentes ao vencimento, o Segurador enviará ao Tomador do Seguro uma carta registada fixando-lhe um prazo, nunca inferior a oito dias seguidos, contados da data de registo, para ser efetuado o pagamento, informando-o das consequências da respetiva falta. 										

	<ol style="list-style-type: none"> Decorrido o prazo fixado para pagamento, sem que o prémio se encontre pago, o contrato fica automaticamente resolvido, sem qualquer outra comunicação, deixando de produzir qualquer efeito, sem prejuízo da exigibilidade de prémio correspondente. Desde que expressamente aceite pelo Segurador, o contrato de seguro que seja resolvido, pode ser repostado em vigor, desde que o Tomador do Seguro o solicite por escrito, no prazo de seis meses a contar da data da resolução, que o pedido seja acompanhado de declaração do estado de saúde da Pessoa Segura e que sejam pagos os prémios em falta.
MODIFICAÇÃO DAS GARANTIAS	<ol style="list-style-type: none"> Durante a vigência do contrato, o Tomador do Seguro pode solicitar a diminuição do capital seguro, desde que respeitados os capitais mínimos previstos. Sem prejuízo de outra data acordada entre as partes, quaisquer modificações efetuadas ao contrato têm efeito na sua data aniversária seguinte ao pedido do Tomador do Seguro, e desde que aceites pelo Segurador. A confirmação desta aceitação é efetuada pelo envio ao Tomador do Seguro de Ata Adicional. As alterações ao contrato de seguro serão sempre efetuadas de acordo com as tarifas e bases técnicas em vigor à data da respetiva modificação.
BENEFICIÁRIOS	<p>São Beneficiários do contrato:</p> <ol style="list-style-type: none"> Para o Capital em caso de Morte da Pessoa Segura: os Beneficiários designados pelo Tomador do Seguro e, na falta destes, os herdeiros legais da Pessoa Segura em partes iguais conforme constar nas Condições Particulares; O Beneficiário do contrato nas restantes coberturas é a própria Pessoa Segura, salvo convenção em contrário constante das Condições Particulares.
DEVER DE DECLARAÇÃO INICIAL DO RISCO	<ol style="list-style-type: none"> O Tomador do Seguro e/ou a Pessoa Segura estão obrigados, antes da celebração do contrato, a declararem com exatidão todas as circunstâncias que conheçam e razoavelmente devam ter por significativas para a apreciação do risco pelo Segurador, ainda que a menção não conste em questionário fornecido pelo Segurador para o efeito, mas de que o Tomador do Seguro e/ou a Pessoa Segura tenham conhecimento e desde que de razoável avaliação. Em caso de incumprimento negligente desta obrigação, o Segurador pode optar pela cessação ou alteração do contrato. Em caso de incumprimento doloso desta obrigação, o Segurador pode declarar a nulidade do contrato.
OBRIGAÇÕES EM CASO DE SINISTRO	<ol style="list-style-type: none"> Em caso de sinistro suscetível de poder fazer funcionar as garantias da apólice, o Tomador do Seguro, a Pessoa Segura ou os Beneficiários, conforme o caso, devem comunicar a situação verificada ao Segurador, por escrito, em prazo não superior a vinte dias à ocorrência do mesmo, com ressalva de comprovada impossibilidade, fazendo acompanhar essa comunicação dos documentos referidos nas Condições Gerais e Especiais do contrato. A obtenção dos documentos e respetivos custos referidos nos números anteriores ficam a cargo do Tomador do Seguro, da Pessoa Segura ou dos Beneficiários, de acordo com as circunstâncias. O Segurador reserva-se o direito de confirmar o estado da Pessoa Segura por médico por si contratado e à sua custa, sendo facultade sua confirmar as circunstâncias e causa das ocorrências, ficando o Segurador autorizado a pedir e confirmar os elementos que entenda necessários para a mais correta instrução do processo de sinistro, nomeadamente junto de hospitais, centros de saúde e médicos, bem como da Segurança Social. A liquidação das importâncias seguras será efetuada nos trinta dias subsequentes ao reconhecimento pelo Segurador de que a elas os Beneficiários tenham direito, desde que o Segurador esteja na posse de todos os documentos necessários à sua regularização.
PARTICIPAÇÃO NOS RESULTADOS	O contrato não confere direito a participação nos resultados.
REGIME FISCAL	O contrato está sujeito ao regime fiscal respetivo, nomeadamente às normas do CIRS e do CIRC, conforme o caso, e normas do Estatuto dos Benefícios Fiscais aplicáveis.
INFORMAÇÕES E RECLAMAÇÕES	Podem ser apresentadas reclamações no âmbito do presente contrato aos serviços do Segurador identificados no contrato, ao Provedor do cliente ou ainda à ASF - Autoridade de Supervisão de

	Seguros e Fundos de Pensões.
LEI APLICÁVEL	O presente contrato rege-se pela lei portuguesa.
SIGILO E PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS	O Segurador, através dos seus representantes, funcionários, agentes ou colaboradores, garante o rigoroso cumprimento da Lei de Proteção dos Dados Pessoais e guarda segredo de todas as informações de que tenha tomado conhecimento no âmbito da celebração ou da execução de um contrato de seguro, ainda que o contrato não se tenha celebrado, seja inválido ou tenha cessado.
AUTORIDADE DE SUPERVISÃO	ASF - Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões (www.asf.com.pt), com sede na Avenida da República, 76 1600-205 Lisboa, Portugal.