

N.º Mediador Cód. Prot. VC D. Com %

EC N.º Simulação / Cotação

Visto

Data Aprovação - -

N.º Apólice

DATA DE ENTRADA

Produto:
 APIDV - Individual

Motivo:
 NOVO
 ALTERAÇÃO Em caso de alteração, preencher apenas número de apólice e os campos a alterar.

Nota: As zonas a tracejado são para preenchimento do Segurador. - Preencha os espaços em letra de imprensa. - Assinale com cruz "X" os casos aplicáveis.

1 TOMADOR DO SEGURO

Se já é Cliente, indique por favor um dos seguintes elementos

N.º Cliente N.º Apólice Matrícula

N.º Contribuinte

1.1 Dados Obrigatórios

Nome Título/Sigla

Morada N.º Andar Código Postal -

Localidade País Morada

N.º Contribuinte Nacionalidade

Pais Naturalidade Dupla Nacionalidade: Não Sim País

Cliente Individual Data Nascimento - - Sexo: M F

Profissão Código Estatístico

Cliente Coletivo CAE Descrição

Formas de representação da empresa: Sede Social Sucursal Outro País da Sede Social

Existem sócios com uma participação >= 25% no capital ou direito de voto? Não Sim (indique no mod. 5500-321 Minuta de Sócios)

N.º Empregados: 1 a 4 5 a 9 10 a 19 20 a 49 50 a 199 + de 200

Telefone Telemóvel Fax

Email

1.2 Dados Complementares

De forma a podermos melhorar o serviço ao cliente, queira por favor preencher os seguintes dados:

Contacto Preferencial: Agente Correio Email Fax Telefone Telemóvel

Período Preferencial: Semana Fim de Semana Hora 9/18 18/21

Nome de Contacto

Cliente Individual

BI/C.Cidadão

Carta de Condução N.º Tipo Carta Data Carta - -

Estado Civil: Solteiro União de Facto Casado Separado Divorciado Viúvo N.º Filhos:

Situação Profissional: Quadro superior Técnico/Profissional de Nível Médio Técnico Especializado Administrativo Pessoal de Serviços/Vendedor

Setor de Atividade: Operário e Similar Doméstica Não Ativo (Estudante, Reformado, Desempregado) Outra, qual?

Agricultura/Pescas Transportes/Comunicações e Energia Administração Pública Banca/Seguros Hotelaria e Restauração

Construção Educação, Saúde e Ação Social Indústria Comércio Outros Serviços

Outro, qual?

Habilitações Literárias: Ensino Básico (até 9.º ano) Ensino Secundário (até 12.º ano) Bacharelato/Licenciatura Pós-Graduação/Mestrado/Doutoramento

Cliente Coletivo

Forma Jurídica: Emp. Nome Individual Soc. Unipessoal Soc. por Quotas Soc. Anónima Outra, qual?

DADOS DA APÓLICE

2.1 Início do Seguro

Data - -
 Hora

2.2 Duração do Seguro

Um Ano e Seguintes Data de Vencimento - -
 Temporário N.º Dias ou Data Fim - -

2.3 Periodicidade de Pagamento

Anual Semestral Trimestral Única

2.4 Modalidade de Pagamento

Sugerimos a escolha da modalidade DÉBITO DIRETO para que possa assegurar o pagamento atempado do prémio/fração.

Autorização de Débito Direto SEPA
 SEPA Direct Debit Mandate

Referência da autorização (ADD) a completar pelo Credor.
 Mandate reference – to be completed by the creditor.

Ao subscrever esta autorização, está a autorizar o CREDOR a enviar instruções ao seu BANCO para debitar a sua conta e, simultaneamente, a autorizar o seu BANCO a debitar a sua conta, de acordo com as instruções do CREDOR.
 Os seus direitos incluem a possibilidade de exigir do seu BANCO o reembolso do montante debitado, nos termos e condições acordados com o seu BANCO. O reembolso deve ser solicitado até um prazo de oito semanas, a contar da data do débito na sua conta. Preencha por favor todos os campos assinalados com *.

By signing this mandate form, you authorise the CREDITOR to send instructions to your BANK to debit your account and authorise your BANK as well to debit your account in accordance with the instructions from CREDITOR.
 As part of your rights, you are entitled to a refund from your BANK under the terms and conditions of your agreement with your BANK. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited. Please complete all the fields marked *.

Identificação do Devedor

Debtor identification

Nome do(s) Devedor(es) /
 Name of the debtor(s)*

Nome de rua e número /
 Street name and number*

Código Postal / Postal code* - Cidade / City*

País / Country*

Número de conta - IBAN /
 Account number - IBAN*

BIC SWIFT /
 SWIFT BIC

Identificação do Credor

Creditor identification

Nome do Credor /
 Creditor name GENERALI SEGUROS, S. A.

Identificação do Credor /
 Creditor identifier PT18100002

Nome de rua e número /
 Street name and number AV. DA LIBERDADE, 242

Código Postal / Postal code 1250 - 149 Cidade / City LISBOA

País / Country PORTUGAL

Tipos de pagamento

Type of payments

Pagamento recorrente / Recurrent payment

Local onde está a assinar

Location in which you are signing

Localidade / Location Data / Date - -

Assinar aqui por favor:

Please sign here

Assinatura(s) / Signature(s)*

Os seus direitos, referentes à autorização acima referida, são explicados em declaração que pode obter no seu Banco.
 Your rights regarding the above mandate are explained in a statement that you can obtain from your bank.

Em alternativa, enviaremos o aviso de cobrança para a morada por si indicada:

Envio para a morada

Morada da Cobrança

(Preencher se diferente da morada do Tomador) N.º Andar Código Postal -

2.5 Questões Obrigatórias

O risco que pretende garantir está ou esteve seguro em qualquer outro Segurador? Sim Não Existem débitos por falta de pagamento dos prémios? Sim Não

3 PESSOA SEGURA - Preencher apenas se diferente do Tomador do Seguro

Se já é Cliente, indique por favor um dos seguintes elementos

N.º Cliente N.º Apólice Matrícula

N.º Contribuinte

3.1 Dados Obrigatórios

Nome

Título/Sigla Nacionalidade

Morada

N.º Andar Código Postal -

Localidade N.º Contribuinte

Data Nascimento - - Sexo M F Estado Civil B.I./C.C.

Profissão Código Estatístico

Telefone Telemóvel Fax

Email

4 COBERTURAS, CAPITALS E FRANQUIAS

		<input type="checkbox"/> AP Incapacidades	<input type="checkbox"/> Base	<input type="checkbox"/> Mais	<input type="checkbox"/> Mais XL	<input type="checkbox"/> Top	<input type="checkbox"/> Premium
Acidente	<input type="checkbox"/>	Incapacidade Temporária Absoluta (por dia)	7 €	10 €	17 €	20 €	25,50 €
	<input type="checkbox"/>	Perda total e definitiva do uso dos membros, da fala, da audição ou da visão	8 000 €	14 000 €	20 000 €	26 000 €	32 000 €
	<input type="checkbox"/>	Assistência às Pessoas Base	✓	✓	✓	✓	✓
Doença	<input type="checkbox"/>	Incapacidade Temporária Absoluta (por dia)	7 €	10 €	17 €	20 €	25,50 €
	<input type="checkbox"/>	Assistência às Pessoas Mais	✓	✓	✓	✓	✓
	<input type="checkbox"/>	Indemnização por Diagnóstico Doença Grave	5 000 €	10 250 €	15 500 €	20 750 €	26 000 €
	<input type="checkbox"/>	Assistência às Pessoas Premium	✓	✓	✓	✓	✓

		<input type="checkbox"/> AP Hospitalização	<input type="checkbox"/> Base	<input type="checkbox"/> Mais	<input type="checkbox"/> Mais XL	<input type="checkbox"/> Top	<input type="checkbox"/> Premium
Acidente	<input type="checkbox"/>	Incapacidade Temporária Absoluta Internamento Hospitalar (por dia)	55 €	80 €	105 €	130 €	135 €
	<input type="checkbox"/>	Convalescência (por dia)	27,50 €	40 €	52,50 €	65 €	77,50 €
	<input type="checkbox"/>	Cuidados intensivos	500 €	750 €	1 000 €	1 250 €	1 500 €
	<input type="checkbox"/>	Fraturas menores	52 €	76 €	102 €	126 €	152 €
	<input type="checkbox"/>	Fraturas maiores	125 €	188 €	250 €	313 €	375 €
	<input type="checkbox"/>	Morte	10 500 €	15 500 €	20 000 €	25 000 €	30 000 €
	<input type="checkbox"/>	Assistência às Pessoas Base	✓	✓	✓	✓	✓
	<input type="checkbox"/>	Invalidez Total Permanente (a partir dos 16 anos)	50 000 €	50 000 €	50 000 €	50 000 €	50 000 €
Doença	<input type="checkbox"/>	Incapacidade Temporária Absoluta Internamento Hospitalar (por dia)	55 €	80 €	105 €	130 €	135 €
	<input type="checkbox"/>	Convalescência (por dia)	27,50 €	40 €	52,50 €	65 €	77,50 €
	<input type="checkbox"/>	Cuidados intensivos	500 €	750 €	1 000 €	1 250 €	1 500 €
	<input type="checkbox"/>	Assistência às Pessoas Mais	✓	✓	✓	✓	✓
	<input type="checkbox"/>	Indemnização por Diagnóstico Doença Grave	5 000 €	10 250 €	15 500 €	20 750 €	26 000 €
	<input type="checkbox"/>	Assistência às Pessoas Premium	✓	✓	✓	✓	✓

5 QUESTIONÁRIO REFERENTE À PESSOA SEGURA

1. Questionário Obrigatório

- 1.1. Sofreu/sofre de enfermidades suscetíveis de determinar acidentes, de agravar as suas consequências ou atrasar a cura das lesões (por exemplo: reumatismo, paralisia, diminuição das faculdades visuais ou auditivas, vertigens, síncope, diabetes, alcoolismo, epilepsia, doenças da coluna ou medulares, doenças do foro psíquico)?

Não Sim, especifique: _____

1.2. Foi-lhe atribuída uma invalidez permanente?

Não Sim, especifique: _____

2. Questionário **Obrigatório** se escolheu as coberturas de **Doença e Doenças Graves**

2.1. Sofreu/sofre de DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATÓRIO (alergias, asma, bronquite, tuberculose, ou outras)?

Não Sim, especifique: _____

2.2. Sofreu/sofre de DOENÇAS DO APARELHO DIGESTIVO (gastrite, úlceras, hepatite B ou C, colite ou outras)?

Não Sim, especifique: _____

2.3. Sofreu/sofre de DOENÇAS DO APARELHO URINÁRIO (infecções, cálculos ou outras)?

Não Sim, especifique: _____

2.4. Sofreu/sofre de DOENÇAS DO APARELHO GENITAL FEMININO E MAMA (miomas, quistos, nódulos, displasia ou outras)?

Não Sim, especifique: _____

2.5. Sofreu/sofre de DOENÇAS DO APARELHO GENITAL MASCULINO (fimose, próstata ou outras)?

Não Sim, especifique: _____

2.6. Sofreu/sofre de DOENÇAS DOS OSSOS E ARTICULAÇÕES (gota, dor ciática ou outras)?

Não Sim, especifique: _____

2.7. Sofreu/sofre de DOENÇAS ENDÓCRINAS, METABÓLICAS OU DO SANGUE (tiroide, bócio, obesidade, anemia ou outras)?

Não Sim, especifique: _____

2.8. Sofreu/sofre de DOENÇAS DA PELE (sinais com alterações, eczema, quistos ou outras)?

Não Sim, especifique: _____

2.9. Sofreu/sofre de VARIZES (má circulação, derrames ou flebites)?

Não Sim, especifique: _____

2.10. Sofreu/sofre de HÉRNIAS, HEMORRÓIDAS OU FÍSTULAS?

Não Sim, especifique: _____

2.11. Sofreu/sofre de DOENÇAS DO CORAÇÃO E APARELHO CIRCULATÓRIO (enfarte, angina de peito ou outras doenças do coração ou vasos sanguíneos)?

Não Sim, especifique: _____

2.12. Sofreu/sofre de DOENÇAS DOS OUVIDOS, NARIZ E GARGANTA (otites, sinusite, amigdalites frequentes, desvio do septo nasal ou outras)?

Não Sim, especifique: _____

2.13. Sofreu/sofre de DOENÇAS DO FORO ONCOLÓGICO?

Não Sim, especifique: _____

2.14. Sofre de alguma DEFICIÊNCIA FÍSICA OU DOENÇA CONGÉNITA?

Não Sim, especifique: _____

6

OBSERVAÇÕES

**Valor a Pagar na
Primeira Anuidade** €

O valor indicado poderá sofrer um ligeiro ajuste em relação ao valor a constar no aviso de cobrança.

CONSEQUÊNCIA DE FALTA DE PAGAMENTO DO VALOR A PAGAR

Acordados entre as partes os termos e condições em que o contrato vigorará, a produção de efeitos do mesmo e respetivas coberturas ficará sempre dependente do efetivo pagamento do prémio ou fração inicial por parte do Tomador do Seguro.

O não pagamento do prémio determinará, em relação ao prémio ou fração inicial, a resolução automática do contrato a contar da respetiva data de celebração, em relação aos restantes prémios, a resolução automática do contrato na data em que o mesmo era devido ou a não renovação do contrato.

DECLARAÇÃO

O Tomador do Seguro e o(s) Segurado(s)/Pessoa(s) Segura(s) GARANTE(M) a exatidão e completude das declarações prestadas na presente Proposta e Questionário Clínico, quando houver lugar ao preenchimento do mesmo, sob pena de incorrer nas consequências previstas nos artigos 25º e 26º do Regime Jurídico do Contrato de Seguro (DL n.º 72/2008, de 16 de abril). Nesta conformidade, caso se trate de uma inexactidão ou omissão dolosa, o contrato será anulado e os sinistros recusados. Em caso de inexactidão ou omissão negligente, o contrato será alterado e os sinistros garantidos na proporção da diferença entre o prémio pago e o prémio que seria devido se o facto inexato ou omitido fosse conhecido, sem prejuízo da possibilidade de o Segurador poder anular o contrato caso se prove que em caso algum o teria celebrado se tivesse conhecido o facto omitido ou inexato, salvo se entretanto ocorrer a incontestabilidade do contrato.

O Tomador do Seguro e o(s) Segurado(s)/Pessoa(s) Segura(s) DECLARA(M) terem-lhe sido prestadas todas as informações relevantes para a subscrição do presente Contrato, nomeadamente as suas principais características e âmbito das garantias.

DECLARA(M) ainda ter recebido uma "Nota Informativa" com um resumo das Condições Gerais e Especiais, as próprias Condições Gerais e Especiais aplicáveis ao contrato, bem como os esclarecimentos exigíveis nos termos previstos nos artigos 18º e 185º do DL n.º 72/2008, de 16 de abril.

DECLARA(M) ter tomado conhecimento de que o Segurador deve informar o Beneficiário (no caso de ter sido nomeado pelo Tomador do Seguro) da existência deste contrato e do seu direito ao Capital Seguro exceto nos casos em que a designação beneficiária seja confidencial ou nos casos em que não tenham sido facultados os elementos suficientes para dar cumprimento aos deveres de informação e comunicação previstos na lei.

DECLARA(M) ter sido informado(s) que todas as condições ao abrigo deste Contrato só terão efeito após aceitação por parte do Segurador, emissão das condições particulares da apólice e pagamento do primeiro recibo de prémio.

DECLARA(M) ainda, ter tomado conhecimento que o presente Contrato será afeto à carteira de seguros do seu Mediador, competindo a este último assegurar a prestação de quaisquer esclarecimentos relacionados com os deveres de informação.

DECLARAÇÃO AUTÓNOMA DE CEDÊNCIA DE AUTORIZAÇÃO DE RECOLHA DE ELEMENTOS CLÍNICOS

O titular consente expressamente que o Segurador ou outros subcontratantes procedam ao tratamento de dados de saúde complementares, em regime de absoluta confidencialidade, recolhidos junto de organismos públicos e empresas especializadas, e autoriza que estas prestem ao médico designado pelo Segurador, as informações e documentos que lhes sejam por estes solicitados no âmbito da autorização agora conferida, mesmo depois de constatado o óbito, tendo em vista a confirmação ou o complemento dos elementos recolhidos necessários à gestão da relação contratual. O titular consente igualmente, de forma expressa, que o Segurador faculte cópia de documento de identificação, quando solicitado.

Pessoa Segura _____

_____, ____ / ____ / ____
CLIENTE / TOMADOR DO SEGUROCanal de Cobrança Canal de Captação Prestação de Serviços

Serviços Externos

Tipo de Venda:

A1 - Articulada NB VD - Direta NB

Indexador Externo:

(Página propositadamente deixada em branco)



NOTA INFORMATIVA**SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS****FAMÍLIA****ESTUDAR NO ESTRANGEIRO****ESTUDANTES ESTRANGEIROS EM PORTUGAL****INCAPACIDADES****HOSPITALIZAÇÃO****ATIVIDADES DESPORTIVAS (MOVE IT)****PROGRAMAS OCUPACIONAIS**

A presente Nota Informativa não substitui a leitura das Condições Gerais e Especiais aplicáveis ao presente Contrato, constituindo apenas um resumo das mesmas.

Para sua maior comodidade, o Segurador disponibiliza ainda, a todo o tempo, no seu sítio da internet em www.tranquilidade.pt, as Condições Gerais aplicáveis ao seu contrato para consulta ou impressão.

Âmbito do risco

De acordo com as coberturas subscritas pelo Tomador do Seguro, em caso de acidente o presente Contrato permite garantir, até ao limite dos capitais seguros indicados na proposta, o pagamento dos capitais, subsídios e/ou indemnizações previstos nas seguintes coberturas:

Opção "Família"

- Morte
- Invalidez Permanente
- Morte ou Invalidez Permanente
- Incapacidade Temporária por Internamento Hospitalar
- Despesas de Tratamento e Repatriamento
- Despesas de Funeral
- Responsabilidade Civil
- Assistência menos de 25
- Assistência 65 mais
- Assistência em viagem

Opção "Estudar no Estrangeiro" e "Estudantes Estrangeiros em Portugal"

- Morte ou Invalidez Permanente
- Responsabilidade Civil
- Equipamento Eletrónico
- Assistência em viagem

Opção "Incapacidades"

- Perda total e definitiva do uso dos membros, da fala, da audição ou da visão
- Incapacidade temporária absoluta
- Indemnização por Diagnóstico de Doença Grave
- Assistência às Pessoas

Opção "Hospitalização"

- Incapacidade Temporária por internamento hospitalar
- Convalescença
- Morte
- Cuidados Intensivos
- Fraturas
- Invalidez Permanente (igual ou superior a 65%)
- Indemnização por diagnóstico de Doença Grave
- Assistência às Pessoas

Opção "Atividades Desportivas"

- Morte ou Invalidez Permanente
- Despesas de Tratamento
- Despesas de Funeral
- Responsabilidade Civil
- Assistência Atividades desportivas

Funcionamento das coberturas

O funcionamento das coberturas ficará condicionado à verificação dos seguintes pressupostos:

- Em relação às coberturas de Morte e Invalidez Permanente, o capital só será devido se a Morte ocorrer no decurso de dois (2) anos a contar da data do acidente, ou se a Invalidez Permanente for clinicamente constatada e fixada através de relatório médico no decurso de dois (2) anos a contar da data do acidente;
- Os capitais seguros para a cobertura de Morte ou Invalidez Permanente não são cumuláveis, pelo que, se a Pessoa Segura vier a falecer em consequência de acidente, ao capital por Morte será deduzido o valor do capital por Invalidez Permanente que, eventualmente, lhe tenha sido atribuído ou pago relativamente ao mesmo acidente;
- O montante da indemnização por Invalidez Permanente será determinado pela Tabela Nacional de Incapacidades por Acidente de Trabalho ou pela Tabela Nacional de Incapacidades em Direito Civil, consoante se trate de risco profissional ou extraprofissional;
- O subsídio diário garantido ao abrigo da cobertura de Incapacidade Temporária por Internamento Hospitalar só será devido se este tiver o seu início no decurso de 180 dias (90 dias na Opção Hospitalização) a contar da data do acidente.

Beneficiários em caso de morte

Na falta de designação, consideram-se beneficiários em caso de morte os herdeiros constantes nas alíneas a) a d) do n.º 1 do artigo 2133º do Código Civil, pela ordem aí estabelecida.

Exclusões aplicáveis

Ao presente Contrato são aplicáveis as exclusões constantes nas Condições Gerais, Especiais e Particulares da Apólice, que deverão, para seu conhecimento, ser consultadas e das quais destacamos as seguintes:

- Ação ou omissão da Pessoa Segura sob o efeito do álcool que determine grau de alcoolemia superior a 0,5 gr. por litro e/ou uso de estupefacientes;
- Ações ou omissões criminosas da Pessoa Segura;
- Negligência grave da Pessoa Segura;
- Suicídio ou tentativa de suicídio ou quaisquer ações praticadas pela Pessoa Segura sobre si própria;
- Atos perigosos não justificados pelo exercício da profissão;
- Apostas e desafios;
- Ações praticadas pelo Tomador do Seguro ou pelo Beneficiário sobre a Pessoa Segura bem como as que sejam praticadas por pessoas pelas quais sejam civilmente responsáveis;
- Implantação ou reparação de próteses e/ou ortóteses;
- Perturbações ou danos do foro psíquico;
- Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA);
- Explosão ou quaisquer outros fenômenos direta ou indiretamente relacionados com a desintegração ou fusão de núcleos de átomos, bem como os efeitos da contaminação radioativa;
- Cataclismos da natureza, tais como ventos ciclônicos, terremotos, maremotos, e outros fenômenos análogos nos seus efeitos, e ainda ação de queda de raio.

As quatro exclusões seguintes não se aplicam às opções **Incapacidades e Hospitalização**:

- Prática desportiva federada ou associativa e respetivos treinos;
- Prática de alpinismo, artes marciais, boxe, caça de animais ferozes, caça submarina, desportos de inverno, motonáutica, motorismo, paraquedismo, tauromaquia e outros desportos e atividades análogas na sua perigosidade, tais como por exemplo, voo em asa delta e ultraleves, BTT, bungee jumping, escalada, espeleologia, kite surf, montanhismo, parapente, rafting, rappel, rugby, esqui náutico, slide, surf, body board e windsurf;
- Pilotagem de aeronaves, utilização de veículos motorizados de duas ou três rodas e motoquatro (ATV), salvo bicicletas e trotinetas elétricas que mantenham as condições de origem e tenham uma potência máxima contínua de 0,25 kW com interrupção aos 25 km/hora;
- Greves, distúrbios laborais, tumultos e/ou alteração de ordem pública, atos de terrorismo e sabotagem, insurreição, revolução, guerra civil, invasão e guerra contra país estrangeiro (declarada ou não) e hostilidades entre nações estrangeiras (quer haja ou não declaração de guerra) ou atos bélicos provenientes direta ou indiretamente dessas hostilidades.

As 3 exclusões seguintes não se aplicam às opções **Incapacidades e Hospitalização**, se contratadas as coberturas opcionais de saúde:

- Hérnias de qualquer natureza, varizes e suas complicações, lumbagos, roturas ou distensões musculares;
- Ataque cardíaco, salvo se for causado por traumatismo físico externo à Pessoa Segura;
- Quaisquer doenças que não sejam consequência direta do acidente garantido pelo contrato.

Adicionalmente são aplicáveis à Opção **Atividades desportivas** as seguintes exclusões:

- Inobservância das disposições preventivas das leis e regulamentos em geral, e em especial, os relativos à prática das diversas atividades desportivas;
- Prática de alpinismo, BTT na modalidade de "downhill", "Parkour", escalada de paredes naturais ou artificiais, parapente, rafting, rappel, esqui náutico, slide, caça de animais ferozes, paraquedismo, tauromaquia, "bungee jumping", voo em asa delta, ultraleves, espeleologia, parapente e desportos motorizados à exceção da prática de motonáutica e outros desportos e atividades análogas na sua perigosidade;
- Sinistros ocorridos durante ou em consequência da prática de desportos motorizados e da prática de competição em geral de desportos motorizados, quer na competição em si, quer em treinos, apostas e desafios;
- Guerra, declarada ou não, invasão, atos de inimigos estrangeiros, rebelião, revolução, insurreição, greves, "lock-outs", distúrbios laborais, tumultos, alterações da ordem pública, atos de vandalismo, execução de lei marcial, usurpação de poder civil ou militar e atos de terrorismo, tal como se encontram tipificados na legislação penal;
- Atos perigosos não justificados pela prática da atividade desportiva segura (na Opção Atividades Desportivas).

Relativamente à garantia de **Responsabilidade Civil**, também não ficam garantidos os danos resultantes ou causados por:

- Responsabilidade civil profissional;
- Responsabilidade criminal, assim como todos os danos decorrentes da prática de um crime;
- Utilização ou propriedade de quaisquer veículos aquáticos, aéreos ou terrestres, exceto bicicletas sem motor quando utilizadas em recintos privados ou públicos não sujeitos ao Código da Estrada;
- Prática de atividades desportivas de caça e pesca, mesmo como amador, e de todas as restantes quando sejam praticadas em condições competitivas;
- Exercício de qualquer atividade profissional, mercantil, industrial, política, ou de um cargo ou atividade em associações ou organizações de qualquer tipo, mesmo não remunerada;
- Quaisquer danos que devam ser garantidos ao abrigo de seguros obrigatórios;
- Danos causados a bens confiados à guarda ou alugados pelo Segurado e ainda os que tenham sido entregues para transporte, manejo ou uso.

Relativamente à garantia de **Equipamento Eletrónico**, também não ficam garantidos os danos:

- Devidos a desgaste pelo uso ou a qualquer deficiência de funcionamento mecânico;
- Que estejam abrangidos nas garantias do fornecedor, fabricante ou instalador;
- Em máquinas ou equipamentos adquiridos ou em utilização há mais de 5 (cinco) anos;
- Desaparecimento inexplicável, perdas ou extravio.

Relativamente às opções de **Incapacidades e Hospitalização**, também não ficam garantidos:

- Acidentes ocorridos fora dos seguintes territórios: Europa, Estados Unidos da América (EUA), Canadá, Austrália e Nova Zelândia;
- Doenças ou lesões pré-existentes;
- Doenças epidémicas oficialmente declaradas;
- Partos e complicações devidas ao estado de gravidez ou da sua interrupção.

Se contratada a cobertura de **Indemnização por Diagnóstico de Doença Grave**:

- Cancro da mama:
Ficam excluídos os tipos de cancro não invasivo da mama (por exemplo, carcinoma ductal ou lobular "in situ"); todos os cancros da mama micro invasivos (T1mic); tumores benignos da mama (por exemplo, os fibroadenomas ou quistos); qualquer displasia, hiperplasia atípica ou necrose gorda; carcinomas invasivos da mama ligados a síndromes hereditários (por exemplo, síndrome de Cowden);

Exclusões Aplicáveis (continuação)

- Cancro do útero:
Ficam excluídos os cancros que sejam histologicamente classificados como pré-malignos e não invasivos ou cancros "in situ" (incluindo a displasia cervical CIN-1, CIN-2 e CIN-3); lesões causadas por endometriose; miomas uterinos;
- Cancro do intestino:
Ficam excluídos os cancros histologicamente classificados como pré-malignos e não invasivos ou cancro "in situ" (incluindo adenomas displásicos); pólipos colorretais malignos minimamente invasivos, tratáveis unicamente por procedimentos endoscópicos; os tumores do tecido gastrointestinal (GIST) do cólon, reto ou apêndice com baixo potencial maligno; os tumores carcinoides; o cancro colorretal ligado a síndromes hereditárias (por exemplo, a polipose intestinal adenomatosa familiar);
- Cancro do pulmão:
Ficam excluídos o cancro do pulmão não classificado como cancro não microcítico do pulmão (SCLC) ou cancro do pulmão de células pequenas (SCLC); cancros que sejam histologicamente classificados como pré-malignos não invasivos ou cancro "in situ"; mesotelioma; metástases pulmonares de tumores primitivos, de outras partes do corpo;
- Cancro da próstata:
Ficam excluídos o cancro da próstata cuja classificação histológica não apresente um grau de Gleason maior do que 6 ou tenha evoluído, pelo menos, até ao estágio T2N0M0 da classificação TNM; neoplasia intra-epitelial prostática de baixo grau ou alto grau (LG-PIN ou HG-PIN);
- Enfarte do miocárdio:
Ficam excluídos o enfarte do miocárdio silencioso; outras síndromes coronárias agudas (por exemplo, angina de peito estável ou instável); enfarte do miocárdio sem elevação do segmento ST, apenas com elevação da Troponina I ou T.

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

O Segurador reserva-se o direito de se abster de executar qualquer operação sobre a apólice, que esteja ou que se suspeite estar relacionada com a prática dos crimes de branqueamento de capitais e/ou financiamento ao terrorismo.

Renovação e denúncia do contrato

Quando o contrato for celebrado por um ano a continuar pelos seguintes, considera-se sucessivamente renovado por períodos anuais, salvo se, previamente à data de vencimento, qualquer das partes manifestar a vontade de lhe pôr fim mediante comunicação escrita, com trinta (30) dias de antecedência em relação à data de efeito.

Livre resolução

Quando o contrato for celebrado por uma duração igual ou superior a seis (6) meses, o Tomador do Seguro, sendo pessoa singular, dispõe de um prazo de trinta (30) dias a contar da receção da Apólice para poder resolver o contrato sem invocar justa causa, mediante envio de comunicação escrita ao Segurador, em suporte de papel ou outro meio duradouro disponível e acessível ao Segurador.

A livre resolução do contrato tem efeito retroativo, tendo porém o Segurador direito ao:

- a) Valor do Prémio relativo ao período de tempo já decorrido, na medida em que tenha suportado o risco;
- b) Montante das despesas razoáveis que o Segurador tenha efetuado com exames médicos sempre que esses valores sejam imputados contratualmente ao Tomador do Seguro.

Regime de transmissão de contrato

A transmissão da posição contratual do Tomador do Seguro, nos casos em que seja possível, depende sempre do consentimento do Segurador.

Modo de efetuar reclamações

O Segurador dispõe de uma unidade orgânica responsável pela gestão de reclamações à qual poderão ser dirigidas quaisquer questões relacionadas com o presente Contrato. Em caso de divergência com o Segurador, o Tomador do Seguro e/ou Pessoa Segura podem também apresentar reclamação em Livro de Reclamações, bem como solicitar a intervenção da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões, sem prejuízo ainda da possibilidade do recurso à arbitragem ou aos tribunais, de acordo com as disposições legais em vigor.

Autoridade de supervisão

Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões.

Lei aplicável

O Contrato rege-se pela Lei portuguesa.