

N.º Mediador  Cód. Prot.  VC  D. Com  %

EC  N.º Cotação  -

Visto

Data Aprovação  -  -

N.º Apólice

DATA DE ENTRADA

**Produto:**  
SATRQ - Individual

**Motivo:**  
NOVO   
ALTERAÇÃO   
TRANSFERÊNCIA

Em caso de alteração, preencher apenas o 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

País 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?

Ano de Início de Atividade

## 2.1 Início do Seguro

Data  -  -   
 Hora

## 2.2 Duração do Seguro

Um Ano e Seguintes Data de Vencimento  -  - 

## 2.3 Periodicidade de Pagamento \*

Anual  Semestral  Trimestral  Mensal

\* Quando a periodicidade de pagamento escolhida for a MENSAL, fica desde já acordado que não haverá lugar ao envio prévio dos avisos para pagamento dos prémios, sendo as datas em que são devidas cada uma das frações e respetivos valores indicados nas Condições Particulares da Apólice.

## 2.4 Modalidade de Pagamento

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.

## 2.5 Contactos para resposta a questionário clínico

Data preferencial de contacto:  -  -  Contacto preferencial: Telefone  Telemóvel

Horário: 9h-12h  12h-14h  14h-16h  16h-18h  18h-20h

## 3.1 Opções BASE, MAIS e TOP

COBERTURAS	<input type="checkbox"/> BASE		<input type="checkbox"/> MAIS		<input type="checkbox"/> TOP	
	Capital	Copagamento (a cargo do Cliente) Rede / Fora da Rede	Capital	Copagamento (a cargo do Cliente) Rede / Fora da Rede	Capital	Copagamento (a cargo do Cliente) Rede / Fora da Rede
<b>HOSPITALIZAÇÃO</b> (a) (internamentos, cirurgias, oncologia)	15 000 €	10% mín 250 € máx 500 € (b) (c) / 50%	75 000 €	10% mín 250 € máx 500 € (b) (c) / 50%	500 000 €	
<b>PARTO</b> Parto normal e interrupção Inv. Gravidez Cesariana	-	-	Incluído Hospitalização	250 € / 50% 500 € / 50%	Incluído Hospitalização	0 € / 30%
<b>AMBULATORIO</b> Consultas	<input type="checkbox"/>	18,5 € / 50% (máx. 35 €)		18,5 € / 50% (máx. 35 €)		18,5 € / 30% (máx. 35 €)
Urgências (d)		45 € / 50%		45 € / 50%		45 € / 30%
Análises (e)		2 € / 50%		2 € / 50%		2 € / 30%
Anatomia Patológica/Raio X (e)		10 € / 50%		10 € / 50%		10 € / 30%
Ecografia (e)	8 consultas, 2 análises e 2 exames (g)	15 € / 50%	2 500 €	15 € / 50%	5 000 €	15 € / 30%
TAC (e)		30 € / 50%		30 € / 50%		30 € / 30%
Ressonância Magnética (e)		70 € / 50%		70 € / 50%		70 € / 30%
Restantes atos		10% / 50%		10% / 50%		10 € / 30%
Fisioterapia e cinesioterapia (f)		10 € / -		10 € / -		10 € / -
Terapia da Fala (f)		16 € / -		16 € / -		16 € / -
<b>SAÚDE MENTAL</b> <b>Hospitalização</b> Internamento Psiquiátrico	Incluído Hospitalização 30 dias / ano	10% mín 250 € máx. 500 € (c) / -	Incluído Hospitalização 30 dias / ano	10% mín 250 € máx. 500 € (c) / -	Incluído Hospitalização 30 dias / ano	0 € / -
<b>Ambulatório</b> Consulta Psiquiatria, Psicologia e Sessões Psicoterapia	Incluído Ambulatório (h)	25 € / -	Incluído Ambulatório	25 € / -	Incluído Ambulatório	25 € / -
<b>Médico Online</b> Consulta Psiquiatria, Psicologia e Sessões Psicoterapia	Incluído Médico Online	15 € / -	Incluído Médico Online	15 € / -	Incluído Médico Online	15 € / -
<b>ESTOMATOLOGIA E MEDICINA DENTÁRIA</b> Tratamentos	-	-	<input type="checkbox"/> 250 € <input type="checkbox"/> 500 €	Valores contratados Rede AdvanceCare / 50% ou Dentinet	1 000 €	Valores contratados Rede AdvanceCare / 30% ou Dentinet
Aparelhos e Próteses Dentárias	-	-				
<b>PRÓTESES E ORTÓTESES</b> Óculos e lentes (sublimite)	-	-	2 000 € 250 €	- / 50% - / 50%	2 500 € 500 €	- / 50% - / 50%
<b>MEDICAMENTOS</b>	-	-	-	-	1 000 €	- / 30%
<b>ASSISTÊNCIA ÀS PESSOAS</b> (i) Médico ao domicílio	✓	15 € / -	✓	15 € / -	✓	15 € / -
Entrega Medicamentos ao domicílio	✓	1 € por entrega (necessita receita)	✓	1€ por entrega (necessita receita)	✓	1 € por entrega (necessita receita)
Enfermagem ao domicílio	300 € ou máximo 10 dias por ano	Conforme serviço escolhido	300 € ou máximo 10 dias por ano	Conforme serviço escolhido	300 € ou máximo 10 dias por ano	Conforme serviço escolhido
<b>MÉDICO ONLINE</b> Clínica Geral e Familiar, Pediatria e Consulta Viajante	✓	2 consultas gratuitas (l) restantes a 15 € / -	✓	2 consultas gratuitas (l) restantes a 15 € / -	✓	2 consultas gratuitas (l) restantes a 15 € / -
Nutrição		15 € / -	-	15 € / -		15 € / -
<b>2ª OPINIÃO MÉDICA</b>	✓	0 € / -	✓	0 € / -	✓	0 € / -
<b>REDE MÉDICA ADVANCECARE</b>	Valores contratados Rede AdvanceCare					
<b>REDE DE ESTOMATOLOGIA E MEDICINA DENTÁRIA</b>	Valores contratados Rede AdvanceCare ou Dentinet					
<b>REDE BEM-ESTAR</b>	Valores contratados Rede Bem-estar					
<b>REEMBOLSO DE DESPESAS EM ESPANHA</b> (k)	✓	- / 50%	✓	- / 50%	✓	- / 30%
<b>EXTRA</b>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		✓	
<b>HOSPITALIZAÇÃO</b> (complemento)	150 000 €	10% mín 250 € máx 500 € (b) (c) / 50%	150 000 €	10% mín 250 € máx 500 € (b) (c) / 50%	-	-
<b>HOSPITALIZAÇÃO E TRATAMENTOS ONCOLÓGICOS CHAMPALIMAUD</b> (l)	150 000 €	0 € / -	150 000 €	0 € / -	150 000 €	0 € / -
<b>ONCO-RISCO - PROGRAMA DE AVALIAÇÃO E GESTÃO DE RISCO ONCOLÓGICO</b>	✓	0 € / -	✓	0 € / -	✓	0 € / -
<b>ASSISTÊNCIA ONCOLÓGICA</b> (m)	✓	conforme serviço escolhido	✓	conforme serviço escolhido	✓	conforme serviço escolhido
<b>COBERTURA INTERNACIONAL</b> (n)	✓	- / 50%	✓	- / 50%	✓	- / 30%
<b>DOENÇAS GRAVES</b> (o)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		✓	
<b>DOENÇAS GRAVES</b>	1 000 000 €	0 € / -	1 000 000 €	0 € / -	1 000 000 €	0 € / -

(a) Inclui Quimioterapia realizada em ambulatório ou facultada pelo hospital e efetuada em casa e também Radioterapia realizada em ambulatório, em hospital ou clínica. Os honorários médicos ficam limitados ao valor máximo de k de 7 €.

(b) Em caso de intervenção cirúrgica ao joelho, os copagamentos a cargo da Pessoa Segura dentro e fora da Rede serão aumentados em 10% e, sempre que se apliquem valores mínimos e máximos estes passarão a 500 € e 1.000 €, respetivamente.

(c) Valor pago por internamento/cirurgia.

(d) O copagamento é único por consulta independentemente do nº de especialistas consultado.

(e) Valor pago por ato médico (no caso das análises considera-se valor por cada análise).

(f) Está garantido apenas nas opções com capital de Ambulatório.

(g) Disponível dentro da Rede (nesta opção não existe reembolso fora da Rede).

(h) Na opção Base XL aplica-se o limite máximo de 8 consultas.

(i) Esta cobertura inclui diversos serviços de assistência, em caso de doença. Consultar detalhe nas Condições Gerais e Especiais.

(j) As 2 consultas gratuitas por Pessoa Segura e anuidade só se aplicam às consultas online de Clínica Geral e Familiar, Pediatria e Consulta do Viajante.

(k) Incluído em todas as opções e utiliza o mesmo capital da cobertura de Hospitalização e Ambulatório, caso esta última esteja contratada (à exceção das opções com as 8 consultas, 2 análises e 2 exames, onde não se aplica o reembolso de despesas em Espanha em Ambulatório). Aplicam-se percentagens e limites de comparticipação fora da Rede.

(l) Capital disponível para tratamentos na Fundação Champalimaud e depois de esgotar o capital de Hospitalização.

(m) Esta cobertura inclui diversos serviços de assistência, em caso de doença oncológica. Consultar detalhe nas Condições Gerais e Especiais.

(n) Com a subscrição de uma opção com o Extra, do Extra isoladamente ou do Top fica garantido o Reembolso de despesas no estrangeiro em Hospitalização e ambulatório, caso esta última esteja contratada (à exceção das opções com as 8 consultas, 2 análises e 2 exames, onde não se aplica o reembolso de despesas Fora da Rede em Ambulatório). Apicam-se percentagens e limites de comparticipação fora da Rede.

(o) A opção de Doenças Graves está disponível para menores de 15 anos de idade apenas em conjunto com um dos pais.

### 3.2 Opção EXTRA

COBERTURAS	EXTRA	
	Capital	Copagamento (a cargo do Cliente) Rede/Fora da Rede
HOSPITALIZAÇÃO <sup>(a)</sup> (internamentos, cirurgias, oncologia)	150 000 €	10% <sup>(b)</sup> / 50%
HOSPITALIZAÇÃO E TRATAMENTOS ONCOLÓGICOS CHAMPALIMAUD <sup>(d)</sup>	150 000 €	0 € / -
ONCO-RISCO - PROGRAMA DE AVALIAÇÃO E GESTÃO DE RISCO ONCOLÓGICO	✓	0 € / -
ASSISTÊNCIA ONCOLÓGICA <sup>(e)</sup>	✓	conforme serviço escolhido
2ª OPINIÃO MÉDICA		0 € / -
COBERTURA INTERNACIONAL <sup>(f)</sup>	✓	- / 50%
REEMBOLSO DE DESPESAS EM ESPANHA <sup>(g)</sup>	✓	- / 50%
<b>DOENÇAS GRAVES <sup>(h)</sup></b>		
DOENÇAS GRAVES	1 000 000 €	0 € / -

(a) Os honorários do cirurgião, anestesista e ajudantes Fora da Rede ficam limitados ao valor do n.º de K correspondente ao ato médico, multiplicado pelo valor de K médico de 7 €.

(b) Em caso de intervenção cirúrgica ao joelho, os copagamentos a cargo da Pessoa Segura dentro e fora da Rede serão aumentados em 10% e, sempre que se apliquem valores mínimos e máximos estes passarão a 500 € e 1.000 €, respetivamente.

(c) Valor pago por internamento/cirurgia.

(d) Capital disponível para tratamentos na Fundação Champalimaud e após esgotado o capital de Hospitalização.

(e) Esta cobertura inclui diversos serviços de assistência, em caso de doença oncológica. Consultar detalhe nas Condições Gerais e Especiais.

(f) Fica garantido o Reembolso de despesas no estrangeiro em Hospitalização.

(g) Utiliza o mesmo capital da cobertura de Hospitalização para reembolso de despesas no estrangeiro e aplicam-se percentagens e limites de participação fora da Rede.

(h) A opção de Doenças Graves está disponível para menores de 15 anos de idade somente em conjunto com um dos pais.

## 4 NOTAS IMPORTANTES

### ACEITAÇÃO DO CONTRATO

De acordo com o estipulado no Art. 9.º das Condições Gerais, a receção da presente Proposta pelo Segurador não pressupõe a aceitação automática deste Contrato de Seguro, podendo o Segurador ainda solicitar informações clínicas, relatórios ou questionários médicos complementares para efeitos de avaliação do risco (preencher o modelo 5500-220 – Declaração Individual de Saúde e preencher ou responder através de entrevista telefónica ao Questionário Clínico).

### PRAZO PARA APRESENTAÇÃO DAS DESPESAS

As despesas de saúde realizadas no âmbito de prestações indemnizatórias deverão ser apresentadas a pagamento no prazo máximo de 180 dias, exceto em situações em que tenham existido impedimentos objetivos de o fazer no prazo estipulado.

## 5 OBSERVAÇÕES

---



---



---



---



---



---

## 6 PRÉMIO

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 Cliente/Tomador do Seguro garante a exatidão e completude das declarações prestadas na presente Proposta sob pena de incorrer nas consequências previstas nos artigos 25.º e 26.º 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 inexacto ou omitido fosse conhecido, sem prejuízo da possibilidade do Segurador poder anular o contrato caso se comprove que em caso algum o teria celebrado se tivesse conhecido o facto omitido ou inexacto.

Qualquer alteração à morada ou sede do Tomador do Seguro acima indicada deverá ser comunicada, por carta registada com aviso de receção, ao Segurador no prazo de 30 dias a contar da data em que se verifica, sob pena das comunicações ou notificações que o Segurador venha a efetuar para a morada desatualizada serem consideradas válidas e eficazes.

O Cliente/Tomador do Seguro declara terem-lhe sido prestadas todas as informações relevantes para a subscrição do presente Contrato, nomeadamente as suas principais características, âmbito das garantias e exclusões e demais esclarecimentos exigíveis nos termos previstos no artigo 18.º do DL n.º 72/2008, de 16 de abril, bem como ter recebido a "Nota Informativa" (Páginas 7 a 8 da Presente Proposta) com um resumo das Condições Gerais e Especiais aplicáveis ao contrato.

Declara ainda terem-lhe sido explicadas e colocadas à disposição, no ato da celebração do contrato, as Condições Gerais aplicáveis à Apólice de Seguro, que, para sua maior comodidade, se encontram disponíveis, a todo o tempo, para consulta ou impressão em [tranquilidade.pt](http://tranquilidade.pt).

		Serviços Externos		_____/_____/_____ CLIENTE / TOMADOR DO SEGURO
Canal de Cobrança	<input type="text"/>			
Canal de Captação	<input type="text"/>	Tipo de Venda:	A1 - Articulada NB <input type="checkbox"/>	VD - Direta NB <input type="checkbox"/>
Prestação de Serviços	<input type="text"/>	Indexador Externo:	<input type="text"/>	

( Página propositadamente deixada em branco )



## NOTA INFORMATIVA

### SAÚDE INDIVIDUAL

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](http://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, o presente Contrato garante, até ao limite dos capitais seguros indicados na proposta, o pagamento de prestações convencionadas ou indemnizatórias em consequência de doenças ou acidentes sofridos pela(s) Pessoa(s) Segura(s) durante a vigência do contrato.

#### Períodos de carência aplicáveis

Salvo disposição em contrário nas Condições Particulares, a entrada em vigor das garantias, em relação a cada uma das Pessoas Seguras, só se verificará, em caso de doença, após o decurso de um período de carência de:

- 90 dias para Hospitalização, Hospitalização e Tratamentos Oncológicos Champalimaud e Onco-Risco - Programa de Avaliação e Gestão de Risco Oncológico;
- 60 dias para Ambulatório, Estomatologia e Medicina Dentária, Próteses e Ortóteses e Medicamentos.

Em relação a algumas situações específicas previstas nas Condições Gerais e Especiais da Apólice, o período de carência poderá ser alargado até 365 dias.

Em relação à Condição Especial de "Doenças Graves", quando subscrita, será sempre aplicado, em relação às despesas aí garantidas, um período de carência de 6 meses (180 dias).

Não haverá lugar à aplicação de qualquer período de carência em caso de acidente que requeira tratamento de urgência em hospital. Considera-se tratamento de urgência aquele que deva ser efetuado no prazo máximo de 48 horas após o sinistro.

#### 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 se destacam:

- Doença ou lesões consequentes de acidente pré-existente;
- Gravidez pré-existente;
- Interrupção voluntária da gravidez;
- Doenças ou malformações congénitas, exceto quando verificadas as condições previstas nas Condições Gerais;
- Consultas, exames, tratamentos e/ou cirurgias de carácter estético ou plástico, exceto quando consequência de acidente ocorrido ou doença manifestada durante a vigência do contrato;
- Consultas, exames ou tratamento de emagrecimento e rejuvenescimento, tratamentos ou cirurgias para correção de obesidade/obesidade mórbida;
- Consultas, exames e tratamento do foro da nutrição e dietética;
- Consultas, exames e/ou tratamentos de infertilidade ou qualquer método de fecundação artificial e suas consequências, nomeadamente, interrupções involuntárias da gravidez;
- Alcoolismo e tratamentos relativos à toxicodependência, bem como todas as doenças ou lesões adquiridas pela Pessoa Segura sob influência de álcool, estupefacientes ou outras drogas ou produtos tóxicos não prescritos por receita médica;
- Doenças resultantes dos efeitos de radioatividade;
- Tratamentos de Hemodiálise;
- Transplante de órgãos ou tecidos e suas implicações;
- S.I.D.A. e suas implicações;
- Tratamento às varizes;
- Internamento/tratamento refrativo à miopia, astigmatismo e hipermetropia (cirúrgico ou laser);
- Cirurgias para correção da roncopia;
- Doenças epidémicas oficialmente declaradas;
- Acidentes de trabalho e doenças profissionais bem como lesões que devam ficar garantidos por seguro obrigatório;
- Quaisquer lesões resultantes de calamidades naturais, atos de terrorismo (incluindo efeitos de armas bacteriológicas, agentes químicos e contaminação de meio ambiente) atos de guerra, perturbações da ordem pública, intervenção em atos criminosos, rixas (exceto em caso de legítima defesa de bens ou pessoas);
- Acidentes derivados da prática de desportos perigosos (conforme descrição detalhada nas Condições Gerais), competições desportivas e respetivos treinos e desportos motorizados;
- Os acidentes inerentes à utilização de veículos motorizados, quando as despesas deles resultantes recaiam no âmbito da responsabilidade civil automóvel;
- Atos médicos praticados em consequência de doença ou acidente que tenha sido intencionalmente provocado pela Pessoa Segura, incluindo tentativa de suicídio ou o agravamento do estado de saúde;

## Exclusões aplicáveis (Continuação)

- Curas de repouso, exames gerais e de check-up;
- Despesas de saúde ou tratamento com finalidade meramente paliativa, convalescença, reabilitação psicomotora ou motivos sociais;
- Métodos contraceptivos ou realizados com essa finalidade, incluindo controlo de natalidade e planeamento familiar;
- Consultas e/ou tratamentos não reconhecidos oficialmente pela Ordem dos Médicos portuguesa;
- Despesas associadas a procedimentos médicos experimentais, assim como técnicas e/ou tecnologias cuja evidência de eficácia clínica ainda não se encontre devidamente comprovada;
- Serviços que não sejam clinicamente justificados;
- Aquisição ou aluguer dos artigos medicinais indicados nas Condições Gerais, Especiais e Particulares da Apólice;
- Tratamento de enfermagem prestados no domicílio ou em internamento hospitalar não contemplados nos serviços do hospital;
- Atos realizados por profissionais de saúde que sejam cônjuge, pais, filhos ou irmãos da Pessoa Segura;
- Despesas com acompanhantes, exceto no caso de internamento de menores de 14 anos;
- Despesas de natureza particular (comunicações, aluguer e equipamentos de som e/ou imagem, etc.);
- Deslocações e alojamento em Portugal e no estrangeiro, salvo se expressamente contratadas.

Para além das acima referidas, aplicar-se-ão igualmente as exclusões especificamente previstas nas Condições Especiais, para cada uma das garantias contratadas.

## 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 por 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 no 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.