

☐ Novo
☐ AlteraçãoApólice
Data de início
Singular ☐ Empresa ☐ Venda Cruzada ☐ Enquadramento Comercial ☐
Agente/Mediador
Gestor de Rede **1 TOMADOR DO SEGURO**

N.º Cliente
Nome
Morada
Cód. Postal - País Morada
País Naturalidade Nacionalidade Dupla Nacionalidade: Sim ☐ Não ☐
Se Sim, qual(ais):
B. Identidade/C. Cidadão Sexo: M ☐ F ☐ Data Nascimento - -
Tel. Contrib. N.º Profissão
Ent. Patronal Contrib. N.º (Ent. Patronal)
CAE Descrição
N.º Empregados: 1 a 4 ☐ 5 a 9 ☐ 10 a 19 ☐ 20 a 49 ☐ 50 a 199 ☐ + de 200 ☐ Ano Início Atividade - -
Volume de Faturação (milhares de €): Até 149 ☐ De 150 a 499 ☐ De 500 a 2.499 ☐ Mais de 2.500 ☐
Forma Jurídica: Emp. Nome Individual ☐ Emp. Pública ☐ Soc. Unipessoal ☐ Soc. por Quotas ☐ Soc. Anónima ☐ Outra
Email

Nota: No caso em que o prémio anual seja superior a 15.000 €, é necessário preencher a declaração de proveniência e justificação de fundos.

ALTOS CARGOS PÚBLICOS (PEP)

Exerce ou exerceu, durante o último ano, um alto cargo de natureza política ou pública? Sim ☐ Não ☐
Em caso afirmativo, identifique o cargo
Possui relações de parentesco próximo (cônjuge, pais ou filhos e respetivos cônjuges, ou unidos de facto) com uma pessoa titular de um alto cargo de natureza política ou pública? Sim ☐ Não ☐
Em caso afirmativo, identifique o cargo do familiar em causa
Possui relações de natureza comercial ou societária, com uma pessoa titular de um alto cargo de natureza política ou pública? Sim ☐ Não ☐
Em caso afirmativo, identifique a relação existente

* Perguntas de resposta obrigatória nos casos em que o prémio anual seja superior a 15.000,00 €

2 SEGURADO/PESSOA SEGURA (Preencher se for diferente do Tomador do Seguro)

Nome
Morada
Cód. Postal - Tel.
Sexo: M ☐ F ☐ Data Nascimento - - Nacionalidade Contrib. N.º
B. Identidade/C. Cidadão Profissão
Ent. Patronal Contrib. N.º (Ent. Patronal)
Email

3 GARANTIAS E CAPITAIS

	☐ BASE	☐ MAIS	☐ TOP
Morte	5.000 €	10.000 €	20.000 €
Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível 60%	50.000 €	100.000 €	200.000 €
Doenças Graves (opcional)	☐ 5.000 €	25.000 €	

As coberturas cessam os seus efeitos no termo da anuidade em que o Segurado/Pessoa Segura complete sessenta e cinco (65) anos.

4 PRÉMIO E PERIODICIDADE DO PAGAMENTO

Prémio Total Anual:

--	--	--

--	--	--

,

--	--

 Euros

Periodicidade de Pagamento: ☐ Mensal ☐ Trimestral ☐ Semestral ☐ Anual

5 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)*

[illegible]

Código Postal / *Postal code** - Cidade / *City**

[illegible][illegible]

BIC SWIFT / SWIFT BIC							
--------------------------	--	--	--	--	--	--	--

Identificação do Credor
Creditor identification

Nome do Credor /
Creditor name

Identificação do Credor / <i>Creditor identifier</i>	PT19108811
---	------------

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

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.

6 BENEFICIÁRIOS

Morte: ☐ Herdeiros Legais do Segurado/Pessoa Segura ☐ Outros *

Invalidez ou Doença Grave: ☐ Segurado/Pessoa Segura ☐ Outros *

* Preencher a Minuta de Beneficiários mod. 9000-V752.

7 ANÁLISE CLÍNICA

Para as opções Base e Mais, o Segurado/Pessoa Segura deve preencher o questionário clínico (simples para Base, completo para Mais). Para a opção Top, deve fazer a tele-entrevista.

Tele-Entrevista (Top)

Contacto Tel.: dias úteis entre as 9h00 e as 20h00)

Data Pretendida - -

☐ **Questionário Clínico** (opções Base e Mais)

QUESTIONÁRIO CLÍNICO SIMPLES - OPÇÃO BASE

1. Altura (cm): _____ Peso (kg): _____
2. Está de baixa do seu trabalho por doença ou acidente ou a ser avaliado por alguma situação de incapacidade ou tem alguma incapacidade atribuída? Não ☐ Sim ☐
3. Tem conhecimento de ter alguma doença ou deficiência física, foi-lhe diagnosticada ou teve no passado, ou já foi hospitalizado ou recebeu algum tratamento médico? Não ☐ Sim ☐
4. Está atualmente à espera de algum dos seguintes itens relativamente a alguma situação que não tenha sido declarada anteriormente? (marque todos os itens que se aplicam)
- ☐ Consulta médica (exclui consultas de rotina), exame, investigação, teste ou procedimento (por exemplo, biópsia, testes de diagnóstico, laboratórios, etc)
- ☐ Hospitalização, cirurgia ou tratamento
- ☐ Resultados de testes
- ☐ Não

Se respondeu "Sim" a pelo menos uma pergunta, deve indicar abaixo os detalhes e/ou enviar documentação clínica. Anexo ☐

O Segurado/Pessoa Segura DECLARA ter respondido, nesta data com exatidão ao Questionário Clínico, não tendo conhecimento de ser portador de nenhuma doença, para além das acima referidas, se for o caso, nem omitido qualquer situação relevante para efeitos de apreciação do risco por parte do Segurador que seja do seu conhecimento, ainda que a mesma não conste expressamente de qualquer uma das perguntas acima formuladas. O Segurado/Pessoa Segura AUTORIZA expressamente o Segurador a inquirir junto de qualquer entidade que o tenha tratado e/ou examinado, a pedir todos os elementos clínicos e/ou médicos e/ou hospitalares, consultas médicas, e exames complementares de diagnóstico para efeito de aceitação ou recusa da celebração do contrato de seguro do ramo vida ou para efeito de apuramento da existência de falsas declarações sobre o estado de saúde do Segurado/Pessoa Segura suscetíveis de influenciarem a decisão de aceitação do contrato de seguro do ramo vida e de gerarem a anulabilidade deste. O Segurado/Pessoa Segura DECLARA expressamente que esta autorização foi prestada por forma inteiramente livre e com integral informação sobre os fins a que se destina.

Lido e Aprovado: _____, ____/____/____

Assinatura do Segurado/Pessoa Segura de acordo com o B.I./C. Cidadão

QUESTIONÁRIO CLÍNICO COMPLETO - OPÇÃO MAIS

1. Altura (cm): _____

Peso (kg): _____

2. Profissão: _____

A sua profissão envolve trabalho na indústria pesqueira, na produção de óleo ou de gás, na mineração, na atividade subaquática ou no subsolo, ou no manuseamento de explosivos ou em maquinaria pesada, nas Forças Armadas, como bombeiro, ou trabalha em alturas superiores a 15 m?

Não ☐ Sim ☐

3. Prática: Descida em rappel, slide ou descidas de correntes originadas por desníveis de curso de águas, caça submarina ou mergulho até 40 metros de profundidade?

Não ☐ Sim ☐

4. Fuma mais do que 15 cigarros por dia?

Não ☐ Sim ☐

5. Consome mais do que 15 unidades de álcool por semana? (1 unidade = 1 copo de vinho, cerveja, ou licor)

Não ☐ Sim ☐

6. Consome ou alguma vez consumiu estupefacientes ou drogas ilegais?

Não ☐ Sim ☐

7. Alguma vez foi submetido a (ou foi-lhe aconselhado) alguma investigação ou vigilância médica ou algum tratamento psiquiátrico ou de reabilitação, cirurgia, ou foi hospitalizado por alguma doença ou acidente?
(omitir partos, operações às amígdalas, apêndice, extração dental, adenoides, hérnias abdominais ou externas, vasectomia, ligadura de trompas, apendicite, cirurgia estética ou fraturas acidentais curadas e sem sequelas)

Não ☐ Sim ☐

8. Tem previsto alguma consulta médica ou a realização de algum exame ou prova médica (como por exemplo, análises, radiografias, TAC/scanner, ressonância, mamografia, ecografia, eletrocardiograma, ecocardiograma, outras), ou está à espera do resultado de algum diagnóstico, de ser hospitalizado ou de alguma intervenção cirúrgica?
(omitir partos, operações às amígdalas, apêndice, extração dental, adenoides, hérnias abdominais ou externas, vasectomia, ligadura de trompas, apendicite, cirurgia estética ou fraturas acidentais curadas e sem sequelas)

Não ☐ Sim ☐

9. Encontra-se atualmente em situação de baixa laboral por doença ou acidente, ou tem alguma incapacidade ou invalidez ou encontra-se em processo de avaliação para atribuição de alguma desvalorização?

Não ☐ Sim ☐

10. Tenciona residir ou viajar para fora de Portugal por um período superior a 30 dias?

Não ☐ Sim ☐

(Omitir: férias, viagens ou deslocações superiores a 30 dias na Europa, Canadá, Estados Unidos da América, América Latina, Japão e Oceânia)

O Segurado/Pessoa Segura DECLARA ter respondido, nesta data com exatidão ao Questionário Clínico, não tendo conhecimento de ser portador de nenhuma doença, para além das acima referidas, se for o caso, nem omitido qualquer situação relevante para efeitos de apreciação do risco por parte do Segurador que seja do seu conhecimento, ainda que a mesma não conste expressamente de qualquer uma das perguntas acima formuladas. O Segurado/Pessoa Segura AUTORIZA expressamente o Segurador a inquirir junto de qualquer entidade que o tenha tratado e/ou examinado, a pedir todos os elementos clínicos e/ou médicos e/ou hospitalares, consultas médicas, e exames complementares de diagnóstico para efeito de aceitação ou recusa da celebração do contrato de seguro do ramo vida ou para efeito de apuramento da existência de falsas declarações sobre o estado de saúde do Segurado/Pessoa Segura suscetíveis de influenciarem a decisão de aceitação do contrato de seguro do ramo vida e de gerarem a anulabilidade deste. O Segurado/Pessoa Segura DECLARA expressamente que esta autorização foi prestada por forma inteiramente livre e com integral informação sobre os fins a que se destina.

Lido e Aprovado: _____, ____/____/____

Assinatura do Segurado/Pessoa Segura de acordo com o B.I./C. Cidadão

8**CONSEQUÊNCIA DA FALTA DE PAGAMENTO DO PRÉMIO**

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.

9 DECLARAÇÕES

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 inexacto 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 inexacto, salvo se entretanto ocorrer a incontestabilidade do contrato.

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) 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 18º e 185º do DL n.º 72/2008, de 16 de abril, bem como ter recebido a "Nota Informativa", incluída na presente Proposta, com um resumo das Condições Gerais e Especiais aplicáveis ao contrato.

DECLARA(M) 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 no site do Segurador.

DECLARA(M) ter tomado conhecimento de que o Segurador irá informar o Beneficiário designado de forma irrevogável (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, a AdvanceCare - Gestão de Serviços de Saúde, S.A., 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.

Lido e Aprovado: _____ / _____ / _____
(Assinaturas conforme BI/Cartão de Cidadão) (Tomador do Seguro) (Segurado/Pessoa Segura)

10 INFORMAÇÕES DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO POR PARTE DO AGENTE

Confirmo ter validado os dados indicados na presente Proposta pelo Tomador do Seguro e pelo Segurado/Pessoa Segura, mediante a exibição/cópia dos respetivos documentos comprovativos, conforme instruções recebidas pelo Segurador.

Mais ainda informo que:

- O meio de pagamento utilizado pelo Tomador do Seguro para pagamento do prémio foi:

☐ Numerário (Até 250 € inclusive) ☐ Débito em Conta ☐ Cheque ☐ Cartão Débito

- A titularidade da conta bancária associada ao meio de pagamento acima referido pertence:

☐ ao Tomador do Seguro ☐ ao Segurado/Pessoa Segura

N.º de Agente:
(Assinatura Agente)

11 DOCUMENTOS COMPROVATIVOS**Tomador individual**

- Cópia do Cartão de Cidadão ou Bilhete de Identidade, ou outro documento equivalente no qual conste a filiação (Tomador do Seguro e Pessoas Seguras).
- Comprovativo de titularidade do IBAN indicado na autorização de Débito Direto SEPA.
- Comprovativo de morada (cópia da carta de condução, ou outro documento onde consta a morada completa, ex. recibo de água, gás, luz, ou certidão de domicílio fiscal obtido no portal das Finanças).
- Comprovativo de Profissão (cópia da cédula ou cartão profissional, cópia do recibo de remuneração) (artigo 3.1.1. da Norma Regulamentar n.º 10/2005 da ASF).
- Consentimento do titular dos Dados Pessoais (preencher o mod. 2500-433).

Tomador coletivo

- Comprovativo de titularidade do IBAN indicado na autorização de Débito Direto SEPA.
- Certidão Permanente Comercial atualizada.
- Registo Central de Beneficiários Efetivos.
- Cópia de Cartão de Cidadão dos titulares do órgão de administração ou outros quadros superiores com poderes de gestão, bem como do titular da participação no capital, se o valor for igual ou superior a 5%.

Responsável pela IdentificaçãoAssinatura
(obrigatória)

NOTA INFORMATIVA

VIDA ATIVA

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 site, as Condições Gerais aplicáveis ao seu contrato para consulta ou impressão.

O contrato

O Seguro de Vida individual, anual renovável, durante o prazo estipulado nas Condições Particulares do Contrato, designado comercialmente por **Vida Ativa**, garante o pagamento do capital seguro contratado e indicado nas Condições Particulares, ao(s) Beneficiário(s) designado(s), no caso de se verificar uma das situações garantidas no Contrato no decorrer do prazo da Apólice.

Quais são as garantias?

I) Cobertura Principal

Morte: Garante o pagamento do capital seguro ao(s) Beneficiário(s) designado(s) em caso de morte do Segurado/Pessoa Segura por doença ou acidente.

II) Coberturas Complementares

a) **Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível (IDPAC 60% ou IDPAC 65%)** do Segurado/Pessoa Segura por doença ou acidente: Garante a antecipação do capital da Cobertura Principal de Morte, indicado nas Condições Particulares deste Contrato. **Definição de Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível** - quando o Segurado/Pessoa Segura, com carácter permanente e irreversível, esteja totalmente incapaz de exercer a sua profissão ou qualquer atividade lucrativa e/ou remunerada compatível com os seus conhecimentos e simultaneamente apresentar um grau de incapacidade de 60% ou 65%, conforme a opção subscrita pelo Tomador do Seguro e devidamente expressa nas Condições Particulares, de acordo com a Tabela Nacional de Incapacidade por Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais.

b) **Doenças Graves (Base):** Garante o pagamento do capital seguro desta cobertura ao(s) Beneficiário(s) designado(s) em caso de surgir uma das seguintes situações:

- Cancro invasivo da Mama;
- Cancro do Útero;
- Cancro Colorretal;
- Cancro do Pulmão;
- Cancro da Próstata;
- Enfarte do Miocárdio.

Período de carência: Noventa (90) dias.

Período de Sobrevivência: Trinta (30) dias.

c) **Médico Online:** Ao abrigo do presente serviço, o Segurador, através do Serviço de Assistência, garante o acesso ao serviço de vídeo consulta médica de Medicina Geral, Medicina Interna e Consulta do Viajante, 24h por dia, para consulta e eventual aconselhamento quanto à orientação a seguir.

O presente serviço é prestado pela AdvanceCare e só é válido se a Pessoa Segura solicitar previamente o mesmo, não havendo lugar a reembolsos de consultas.

O valor total do serviço ficará a cargo da Pessoa Segura. O custo de cada consulta será aplicado de acordo com o preço convencionado e em vigor na AdvanceCare à data da sua realização.

A Pessoa Segura será informada dos procedimentos necessários para aceder ao serviço via website.

Não existe qualquer período de carência nem limite de utilização.

d) **Saúde Mental:** Ao abrigo do presente serviço, o Segurador, através do Serviço de Assistência, garante o acesso ao serviço de vídeo consulta médica de Psiquiatria e Psicologia, 24h por dia, para consulta e eventual aconselhamento quanto à orientação a seguir.

O presente serviço é prestado pela AdvanceCare e só é válido se a Pessoa Segura solicitar previamente o mesmo, não havendo lugar a reembolsos de consultas.

O valor total do serviço ficará a cargo da Pessoa Segura. O custo de cada consulta será aplicado de acordo com o preço convencionado e em vigor na AdvanceCare à data da sua realização.

A Pessoa Segura será informada dos procedimentos necessários para aceder ao serviço via website.

Não existe qualquer período de carência nem limite de utilização.

Quais as condições para subscrever?

Subscrição	Idade Mínima: dezoito (18) anos Idade Máxima: cinquenta e cinco (55) anos
Permanência	Idade Máxima: sessenta e cinco (65) anos

Prazo

O prazo da Apólice está definido nas Condições Particulares e no máximo vigorará até à idade limite de permanência.

Capital seguro

Estão disponíveis três (3) opções de capital seguro:

		Capital Seguro		
		BASE	MAIS	TOP
Coberturas Base	Morte	5.000 €	10.000 €	20.000 €
	Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível 60%	50.000 €	100.000 €	200.000 €
Cobertura Opcional	Doenças Graves Base	5.000 €	25.000 €	25.000 €

Cálculo do prémio

Os prémios serão calculados de acordo com o capital seguro, a idade atual do(s) Segurado/Pessoa Segura, bem como das garantias subscritas. Anualmente, na data de renovação da Apólice, os prémios serão ajustados de acordo com os fatores já referidos. Aos prémios acrescem os encargos legais.

Pagamento dos prémios

O prémio é pago antecipadamente pelo Tomador do Seguro, por débito em conta e pode ser mensal, trimestral, semestral ou anual sendo que não poderá ser inferior a cinco (5) euros por mês, dez (10) euros por trimestre, quinze (15) euros por semestre e vinte (20) euros por ano. Sempre que o prémio tiver valor inferior ao referido, o pagamento do mesmo será devido na fração seguinte.

Quais são as principais exclusões?

Entre outras, aplicam-se as seguintes exclusões:

Exclusões comuns a todas as coberturas

- Ato doloso de que o Tomador do Seguro, Segurado/Pessoa Segura ou Beneficiário sejam autores materiais ou morais ou de que tenham sido cúmplices e que se traduzam na ativação das coberturas contratadas;
- Suicídio do Segurado/Pessoa Segura sempre que este se verifique no decorrer do primeiro ano de adesão à Apólice ou no primeiro ano imediatamente a seguir à data de qualquer aumento do capital seguro ou subscrição de novas garantias;
- Participação, como passageiro ou condutor, em corridas de velocidade, para veículos de qualquer natureza, providos ou não de motor e respetivos treinos;
- Riscos de aerostação ou de aviação, salvo quando o Segurado/Pessoa Segura for passageiro de avião de carreira comercial de transporte de passageiros, devidamente autorizada pela Comissão Europeia;
- Riscos políticos e riscos de guerra, insurreição, motins, rixas, terrorismo ou sabotagem;
- Prática dos seguintes desportos:
 - ☐ Alpinismo, escalada e espeleologia;
 - ☐ Desportos aéreos, incluindo paraquedismo, voo livre, voo sem motor, parapente, asa-delta, ultra ligeiro, sky diving, sky surfing, base jumping e saltos ou saltos invertidos com mecanismo de suspensão corporal (bungee jumping);
 - ☐ Descida em rappel ou slide, descida de correntes originadas por desníveis nos cursos de água;
 - ☐ Prática de caça de animais ferozes, tauromaquia, caça submarina e mergulho;
 - ☐ Prática de boxe, artes marciais ou qualquer modalidade de luta livre.
- Ocorrência de riscos nucleares;
- Consumo habitual de álcool, drogas tóxicas, estupefacientes ou substâncias psicotrópicas não prescritas clinicamente;
- Em caso de acidente, o Segurado/Pessoa Segura seja responsável pelo mesmo e tenha acusado uma taxa de alcoolemia superior a 0,50 g/l;
- Situações pré-existentes à celebração do presente contrato de seguro – incluindo doença ou sequela de acidente, que tenham sido alvo de investigação clínica e/ou tratamento e que sejam ou que devessem ser do conhecimento do Segurado/Pessoa Segura à data do preenchimento da proposta, bem como as consequências de qualquer lesão provocada por tratamento não relacionado com doença ou acidente coberto por este Contrato.

Exclusões das Coberturas Complementares

Para além das exclusões da Cobertura Principal, aplicam-se ainda às coberturas complementares as seguintes exclusões:

- ☐ Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível 60% que resulte:
 - Direta ou indiretamente, de ato do Segurado/Pessoa Segura ou praticado com a sua cumplicidade, bem como a tentativa de suicídio deste;
 - De acidente em que o Segurado/Pessoa Segura tenha dado origem ao mesmo e tenha acusado uma taxa de alcoolemia superior a 0,50 g/l, ou tenha ingerido drogas tóxicas, estupefacientes ou substâncias psicotrópicas não prescritas clinicamente;
 - De consequência de perturbações psíquicas.
- ☐ Doenças Graves Base
 - ☐ Todos os tumores que histologicamente sejam descritos como benignos, pré-malignos, malignos duvidosos, potencialmente pouco malignos ou não invasivos;
 - ☐ Neoplasia intra-epitelial prostática (NIP);
 - ☐ Qualquer carcinoma in-situ;
 - ☐ Fibromas uterinos ou miomas;
 - ☐ Sinal hidatiforme;
 - ☐ Todos os graus da displasia intra-epitelial cervical (NIC);
 - ☐ Cancro da pleura ou da traqueia;
 - ☐ Cancro do ânus ou do canal anal;
 - ☐ Tumores carcinoídes;
 - ☐ A angina de peito, cardiopatias e outras formas de síndromas coronários agudos não estão cobertos.

Obrigações do Segurado/Pessoa Segura e/ou Beneficiário em caso de sinistro

Em caso de verificação de sinistro coberto pelo contrato, o Tomador, Segurado/Pessoa Segura e o(s) Beneficiário(s) devem comunicá-lo ao Segurador no prazo máximo de oito (8) dias a contar da data em que tenham conhecimento do mesmo esclarecendo as circunstâncias da sua verificação do sinistro, devidamente comprovadas através da documentação relevante, nomeadamente e conforme o caso, certidão de óbito, relatório de autópsia e auto de ocorrência ou outra documentação a que tenham acesso, emitida por autoridades oficiais.

Com a formalização do presente contrato de seguro, o Segurado/Pessoa Segura dá a sua expressa autorização ao Segurador para solicitar junto autoridades policiais, judiciais ou entidades prestadoras de serviços de saúde a entrega de documentos adicionais elucidativos das causas da morte ou um atestado médico indicando as causas, evolução e circunstâncias da morte.

Liquidação das importâncias seguras pelo Segurador

Após a participação do sinistro, bem como entregues os documentos solicitados pelo Segurador, o Segurador compromete-se a comunicar ao Segurado/Pessoa Segura e/ou ao Beneficiário, no prazo de trinta (30) dias, se considera ou não o mesmo garantido ao abrigo do contrato.

Quando cessa o contrato?

- ☐ Por morte ou antecipação do capital seguro em caso de invalidez;
- ☐ Por falta de pagamento do prémio no prazo de trinta (30) dias posteriores ao seu vencimento;
- ☐ Por anulação ou resolução do contrato;
- ☐ No final do prazo contratado, no máximo até à idade limite de permanência.

A cessação das coberturas complementares verifica-se ainda nas seguintes condições:

- ☐ Por anulação da Cobertura Principal;
- ☐ No termo da anuidade em que o Segurado/Pessoa Segura completa sessenta e cinco (65) anos de idade;
- ☐ Se o Segurado/Pessoa Segura for mobilizado para fazer parte em operações de guerra, policiamento ou repressões de atos de terrorismo.

Como exercer o direito de Livre Resolução?

Quando o contrato for celebrado por uma duração igual ou superior a seis (6) meses, o Tomador do Seguro dispõe de um prazo de trinta (30) dias a contar da receção da Apólice para poder resolver o contrato sem invocar justa causa, sem prejuízo do disposto no ponto seguinte.

O prazo previsto no ponto anterior conta-se a partir da data de celebração do contrato, desde que o Tomador do Seguro, nessa data, disponha, em papel ou noutro suporte duradouro, de todas as informações relevantes que tenham de constar da Apólice.

A resolução do contrato, nos termos acima definidos, deve ser comunicada ao Segurador por escrito, em suporte de papel ou outro meio duradouro disponível e acessível ao Segurador.

A resolução do contrato, nos termos acima definidos, tem efeito retroativo, tendo porém o Segurador direito ao:

- a) Valor do prémio relativo ao período 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.

Participação nos resultados

O produto **Vida Ativa** não prevê a atribuição de Participação nos Resultados.

Qual o enquadramento fiscal do contrato?

Na subscrição será comunicado ao Tomador do Seguro o regime fiscal em vigor nessa data, em sede de impostos sobre os rendimentos, sucessórios e outros, não recaindo sobre o Segurador qualquer ónus ou comissão em consequência da alteração do mesmo.

A quem solicitar um pedido de esclarecimento?

Quaisquer esclarecimentos ou reclamações deverão ser colocadas por escrito diretamente ao Segurador ou por intermédio do Mediador que assiste o Tomador do Seguro.

O Segurador dispõe de uma unidade orgânica responsável pela gestão de reclamações à qual poderão ser dirigidas, por escrito, quaisquer questões relacionadas com o presente Contrato. Em caso de divergência com o Segurador, o Tomador do Seguro e/ou Segurado/Pessoa Segura poderão também apresentar reclamações no site do Segurador, no livro de reclamações, recorrer ao Provedor do Cliente nos termos regulamentarmente definidos, bem como solicitar a intervenção da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões (ASF), sem prejuízo ainda da possibilidade do recurso à arbitragem ou aos tribunais, de acordo com as disposições legais em vigor.

Para mais informações sobre o processo de gestão de reclamações em vigor no Segurador, nomeadamente, ponto de receção das reclamações, conteúdo mínimo, prazos de resposta e identificação do Provedor do Cliente designado, o Tomador do Seguro e/ou Segurado/Pessoa Segura deverá consultar a "Política de Tratamento de Cliente" disponibilizada no site do Segurador.

Qual é a Lei aplicável ao contrato?

De acordo com as disposições previstas no DL 72/2008, de 16 de abril relativas à lei aplicável, o Segurador considera que o presente contrato se rege pela Lei portuguesa.

Ao presente Contrato aplica-se o regime fiscal em vigor de acordo com as regras ali estabelecidas.

Autoridade de Supervisão

Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões (www.asf.com.pt).