

A ACEITAÇÃO DO SEGURO AQUI PROPOSTO SÓ PODE SER CONSIDERADA DESDE QUE TODOS OS CAMPOS DA PROPOSTA SEJAM RESPONDIDOS NA ÍNTEGRA OU INUTILIZADOS, QUANDO NÃO APLICÁVEIS. TRATANDO-SE DE UMA ALTERAÇÃO A SEGURO JÁ EM VIGOR APENAS SÃO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO OS CAMPOS RELATIVOS AOS DADOS A ALTERAR.

|                                      |             |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--------------------------------------|-------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> SEGURO NOVO | APÓLICE N.º | Se é ou já foi Cliente da Companhia indique um dos seguintes elementos: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO   |             | Nº CLIENTE  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                      |             | APÓLICE   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|         |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------|--------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| AGENTE  | Nº AGENTE          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| AGÊNCIA | ENTIDADE COBRADORA |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**TOMADOR DO SEGURO** (\*) Campos de preenchimento obrigatório

|   |                            |                            |            |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|----------------------------|----------------------------|------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Nº CONTRIBUINTE (*)                     |                            |                            |            |  |  |  |  |  |  |  |  |
| NOME COMPLETO                           |                            |                            |            |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SE CLIENTE PARTICULAR INDIQUE: SEXO (*) | <input type="checkbox"/> M | <input type="checkbox"/> F | Nº B.I.(*) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| MORADA (*)                              |                            |                            |            |  |  |  |  |  |  |  |  |
| CÓDIGO POSTAL (*)                       |                            |                            |            |  |  |  |  |  |  |  |  |
| TELEMÓVEL                               |                            |                            |            |  |  |  |  |  |  |  |  |
| DATA NASCIMENTO (*)                     | ANO                        | MÉS                        | DIA        |  |  |  |  |  |  |  |  |
| PROFISSÃO/ACTIVIDADE                    |                            |                            |            |  |  |  |  |  |  |  |  |

**DADOS DA APÓLICE**

|  |  |     |                                    |                   |   |     |
|--|--|-----|------------------------------------|-------------------|---|-----|
| DATA INÍCIO  | ANO  | MÉS | DIA                                | ACERTO VENCIMENTO | MÉS   | DIA |
| DURAÇÃO  | <input checked="" type="checkbox"/> ANO E SEGUINTE           |     |                                    |                   |   |     |
| FORMA DE PAGAMENTO DO PRÉMIO   | <input type="checkbox"/> AGÊNCIAS IMPÉRIO BONANÇA / CTT / MB |     | <input type="checkbox"/> AGENTE    |                   | <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA BANCÁRIA (1)                     |     |
| PERIODICIDADE DE PAGAMENTO DE PRÉMIO (Sujeito ao prémio ou fracção mínima) | <input type="checkbox"/> ANUAL                               |     | <input type="checkbox"/> SEMESTRAL |                   | <input type="checkbox"/> TRIMESTRAL <input type="checkbox"/> MENSAL (2) |     |

(1) PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO da Autorização de Pagamento por Débito em Conta Bancária, que se encontra no final desta proposta.

(2) Esta periodicidade só poderá ser escolhida caso a forma de pagamento seja por transferência bancária.

**PESSOA SEGURA** (Preencher se diferente do Tomador do Seguro) (\*) Campos de preenchimento obrigatório Idades limite para adesão: Mínima 14 anos; Máxima 70 anos

|                           |     |     |     |          |                            |                            |              |  |  |  |  |
|---------------------------|-----|-----|-----|----------|----------------------------|----------------------------|--------------|--|--|--|--|
| NOME COMPLETO             |     |     |     |          |                            |                            |              |  |  |  |  |
| MORADA (*)                |     |     |     |          |                            |                            |              |  |  |  |  |
| CÓDIGO POSTAL (*)         |     |     |     |          |                            |                            |              |  |  |  |  |
| TELEFONE/TELEMÓVEL        |     |     |     |          |                            |                            |              |  |  |  |  |
| DATA NASCIMENTO (*)       | ANO | MÉS | DIA | SEXO (*) | <input type="checkbox"/> M | <input type="checkbox"/> F | ESTADO CIVIL |  |  |  |  |
| PROFISSÃO                 |     |     |     |          |                            |                            |              |  |  |  |  |
| Nº BILHETE IDENTIDADE (*) |     |     |     |          |                            |                            |              |  |  |  |  |

**BENEFICIÁRIO(S) EM CASO DE MORTE**

(Se a Pessoa Segura for distinta do Tomador do Seguro é necessário a autorização da Pessoa Segura para a alteração da posição de Beneficiário)

|  |     |     |     |      |                            |                            |                    |  |  |  |  |
|--|-----|-----|-----|------|----------------------------|----------------------------|--------------------|--|--|--|--|
| <b>Preencher se diferente de Herdeiros Legais. Campos de preenchimento obrigatório caso pretenda designar nominativamente os beneficiários em caso de morte.</b>   |     |     |     |      |                            |                            |                    |  |  |  |  |
| 1. NOME COMPLETO   |     |     |     |      |                            |                            |                    |  |  |  |  |
| MORADA   |     |     |     |      |                            |                            |                    |  |  |  |  |
| CÓDIGO POSTAL  |     |     |     |      |                            |                            |                    |  |  |  |  |
| DATA NASCIMENTO  | ANO | MÉS | DIA | SEXO | <input type="checkbox"/> M | <input type="checkbox"/> F | Nº DE CONTRIBUINTE |  |  |  |  |
| 2. NOME COMPLETO   |     |     |     |      |                            |                            |                    |  |  |  |  |
| MORADA   |     |     |     |      |                            |                            |                    |  |  |  |  |
| CÓDIGO POSTAL  |     |     |     |      |                            |                            |                    |  |  |  |  |
| DATA NASCIMENTO  | ANO | MÉS | DIA | SEXO | <input type="checkbox"/> M | <input type="checkbox"/> F | Nº DE CONTRIBUINTE |  |  |  |  |
| <b>Caso pretenda designar genericamente os beneficiários em caso de morte, e estes sejam diferentes de Herdeiros Legais, indique-o(s) abaixo:</b>  |     |     |     |      |                            |                            |                    |  |  |  |  |
|  |     |     |     |      |                            |                            |                    |  |  |  |  |
|  |     |     |     |      |                            |                            |                    |  |  |  |  |
| No caso de impossibilidade comprovada de contacto, durante um ano seguido, com o Tomador do Seguro e com a Pessoa Segura, no caso de serem pessoas distintas, autoriza que se contacte(m) o(s) beneficiário(s) em caso de morte, alertando-os para esse facto, nos termos e para os efeitos previstos no art. 5º do Decreto-Lei 384/2007, de 19 de Novembro? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim |     |     |     |      |                            |                            |                    |  |  |  |  |

**ACTIVIDADE CONTRATADA** Profissional e Extra-Profissional**CLASSE DE RISCO** (A preencher pelo Segurador)CLASSE DE RISCO:  1  2  3  4**COBERTURAS E CAPITALIS SEGUROS**

| COBERTURAS  | CAPITALIS SEGUROS                                       |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |
|---|---|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
|   | PLANO Base<br>Disponível para todas as Classes de Risco |                          |                          | PLANO Vital<br>Só disponível para as Classes I e II |                          |                          | PLANO Total<br>Só disponível para as Classes I e II |                          |                          |
|   | € 50.000  | € 100.000                | € 200.000                | € 50.000  | € 100.000                | € 200.000                | € 50.000  | € 100.000                | € 200.000                |
| MORTE OU INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE (MIP)                                | € 50.000  | € 100.000                | € 200.000                | € 50.000  | € 100.000                | € 200.000                | € 50.000  | € 100.000                | € 200.000                |
| DESPESAS DE TRATAMENTO, TRANSPORTE SANITÁRIO E REPATRIAMENTO POR ACIDENTE (DTR) | -   | -                        | -                        | € 2.500   | € 5.000                  | € 7.500                  | € 2.500   | € 5.000                  | € 7.500                  |
| INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR INTERNAMENTO HOSPITALAR - INDEMNIZAÇÃO DIÁRIA (ITH) | -   | -                        | -                        | -   | -                        | -                        | € 25  | € 25                     | € 50                     |
| DESPESAS DE FUNERAL POR ACIDENTE (DF)   | -   | -                        | -                        | -   | -                        | -                        | € 1.500   | € 2.500                  | € 3.000                  |
| <b>ASSINALAR O PLANO CONTRATADO</b>   | <input type="checkbox"/>                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Indemnizações de Acordo com a Tabela Nacional para Avaliação de Incapacidades Permanente em Direito Civil. **EXTENSÕES DE COBERTURA**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> RISCOS DE GUERRA   | <input type="checkbox"/> EQUITAÇÃO   |
| <input type="checkbox"/> ACTOS DE TERRORISMO                                      | <input type="checkbox"/> ANIMAIS PERIGOSOS NA POSSE DA PESSOA SEGURA                   |
| <input type="checkbox"/> CONTAMINAÇÃO RADIOACTIVA E UTILIZAÇÃO DE ENERGIA ATÓMICA | <input type="checkbox"/> MOTONÁUTICA E SKI AQUÁTICO                                    |
| <input type="checkbox"/> PRÁTICA PROFISSIONAL DE DESPORTOS                        | <input type="checkbox"/> DESPORTOS NÁUTICOS PRATICADOS SOBRE PRANCHA                   |
| <input type="checkbox"/> PRÁTICA AMADORA DE DESPORTOS EM COMPETIÇÃO               | <input type="checkbox"/> DESCIDA DE TORRENTES OU CORRENTES                             |
| <input type="checkbox"/> PILOTAGEM E UTILIZAÇÃO DE AERONAVES                      | <input type="checkbox"/> MERGULHO COM UTILIZAÇÃO DE SISTEMAS AUXILIARES DE RESPIRAÇÃO  |
| <input type="checkbox"/> PARAQUEDISMO, QUEDA LIVRE, PARAPENTE E ASA DELTA         | <input type="checkbox"/> CAÇA SUBMARINA  |
| <input type="checkbox"/> SALTOS OU SALTOS INVERTIDOS COM MECANISMOS DE SUSPENSÃO  | <input type="checkbox"/> DESPORTOS PRATICADOS SOBRE A NEVE E O GELO                    |
| <input type="checkbox"/> ARTES MARCIAIS   | <input type="checkbox"/> ALPINISMO E ESCALADA, "SLIDE" E "RAPPEL", ESPELEOLOGIA        |
| <input type="checkbox"/> TAUROMAQUIA E LARGADAS DE TOUROS OU REZES                | <input type="checkbox"/> UTILIZAÇÃO DE VEÍCULOS MOTORIZADOS DE 2/3 RODAS E MOTO-QUATRO |
| <input type="checkbox"/> CAÇA DE ANIMAIS FERÓZES                                  | <input type="checkbox"/> DESPORTOS TERRESTRES MOTORIZADOS                              |

**QUESTIONÁRIO REFERENTE À PESSOA SEGURA** (Preenchimento obrigatório)

1. ESTADO DE SAÚDE:

GOZA DE BOA SAÚDE? Sim  Não  INDIQUE AS RAZÕES: \_\_\_\_\_

SOFRE DE EPILEPSIA, PERDAS DE CONSCIÊNCIA, PARALISIA, DIABETES, TUBERCULOSE, PERTURBAÇÕES CARDIOVASCULARES, AFECÇÕES DA ESPINAL MEDULA, DOENÇA DO SANGUE, REUMATISMO AGUDO OU CRÓNICO?

Não  Sim  ESPECIFIQUE: \_\_\_\_\_

TEM ALTERAÇÕES DE VISÃO, AUDIÇÃO OU MOTORAS? Não  Sim  ESPECIFIQUE: \_\_\_\_\_

TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA OU INCAPACIDADE? Não  Sim  ESPECIFIQUE: \_\_\_\_\_

QUAL O GRAU DE INCAPACIDADE ATRIBUÍDO? \_\_\_\_\_%

É CANHOTO? Não  Sim  PESO \_\_\_\_\_ KG ALTURA \_\_\_\_\_ CM

2. ESTÁ AO ABRIGO DE UM SEGURO DE ACIDENTES DE TRABALHO? Não  Sim  EM QUE COMPANHIA? \_\_\_\_\_

3. É EMPREGADO, GERENTE OU PATRÃO? \_\_\_\_\_

4. QUAL A INDÚSTRIA OU COMÉRCIO EM QUE EXERCE A SUA PROFISSÃO? \_\_\_\_\_ EM QUE EMPRESA OU SERVIÇO? \_\_\_\_\_

5. ENTREGA-SE A TRABALHO MANUAL DE MANEIRA ACTIVA, OU SÓ DIRIGE E OU VIGIA? \_\_\_\_\_

6. TRABALHA COM MÁQUINAS OU SERRAS ELÉCTRICAS? Não  Sim  ESPECIFIQUE: \_\_\_\_\_

7. TEM OCUPAÇÕES ACESSÓRIAS DA ACTIVIDADE PROFISSIONAL QUE EXERCE, DESEMPENHADAS COM CARÁCTER REGULAR? Não  Sim  QUAIS: \_\_\_\_\_

8. TEM OUTRAS OCUPAÇÕES DE CARÁCTER NÃO PROFISSIONAL? Não  Sim  DISCRIMINAR: \_\_\_\_\_

9. TEM DESLOCAÇÕES FREQUENTES? Não  Sim  QUAL O MEIO DE TRANSPORTE? \_\_\_\_\_

10. MANIPULA SUBSTÂNCIAS PERIGOSAS OU EXPLOSIVOS? Não  Sim  QUAIS? \_\_\_\_\_

11. TRABALHA EM ANDAIMES, TELHADOS, PONTES, MINAS, PEDREIRAS OU POSTES? Não  Sim

12. TRABALHA COM GUINDASTES, GRUAS OU TRACTORES? Não  Sim

13. É TRANSPORTADO EM TRACTORES OU ATRELADOS? Não  Sim

**OUTROS SEGUROS**

O RISCO PROPOSTO ESTÁ SEGURO?  NÃO  SIM

EM CASO AFIRMATIVO INDIQUE: SEGURADOR \_\_\_\_\_ Nº APÓLICE | | | | | | | | | | | | | | | | CAPITAL | | | | | | | | | | | | | | | €

## DADOS PESSOAIS E DECLARAÇÕES

### DADOS PESSOAIS

Os dados pessoais constantes deste documento serão processados e armazenados informaticamente pelo Segurador e destinam-se ao seu uso exclusivo, no âmbito das relações pré-contratuais ou decorrentes do contrato ou operação celebrados com os seus clientes, incluindo as suas renovações. Os dados serão conservados de forma a permitir a identificação dos titulares até que tenham cessado definitivamente essas relações.

O titular terá livre acesso aos seus dados pessoais, com uma periodicidade não inferior a um ano desde a recolha ou primeiro acesso, desde que o solicite por escrito, podendo rectificar os dados incorrectamente recolhidos, nos termos da lei.

Os dados poderão ser fornecidos às autoridades judiciais ou administrativas, desde que em cumprimento de obrigação legal a cargo do Segurador.

O titular dos dados autoriza o Segurador, salvo declaração expressa em contrário no quadro de observações, a:

- fornecer os seus dados a empresas do Grupo do qual o Segurador faz parte, sendo assegurada a sua confidencialidade, utilização em função do objecto social dessas empresas e compatibilidade com os fins de recolha;
- proceder à recolha de dados pessoais complementares junto de Organismos Públicos, empresas especializadas e outras entidades privadas, tendo em vista a confirmação ou complemento dos elementos recolhidos necessários à gestão da relação contratual;
- a efectuar, se assim o entender, o registo magnético das chamadas telefónicas que forem realizadas, no âmbito da relação contratual ora proposta, quer na fase de formação do contrato, quer durante a vigência do mesmo, e bem assim a proceder à sua utilização para quaisquer fins lícitos, nomeadamente, para execução dos serviços contratados, para melhoramento e controlo dos mesmos e como meio de prova.

Aquele que designa o(s) beneficiário(s) em caso de morte autoriza o Segurador a integrar, nos termos legais e regulamentares em vigor, os dados pessoais relativos ao(s) beneficiário(s) em caso de morte, que não tenha(m) sido designado(s) de forma confidencial, na base de dados que integra o Registo Central de Contratos de Seguros de Vida, de Acidentes Pessoais e de Operações de Capitalização, sob gestão do Instituto de Seguros de Portugal.

### OBSERVAÇÕES

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

### DECLARAÇÕES

Declaro que me foram prestadas as informações pré-contratuais legalmente previstas, tendo-me sido entregue, para o efeito, o documento respectivo, para delas tomar integral conhecimento, e bem assim que me foram prestados todos os esclarecimentos de que necessitava para a compreensão do contrato, nomeadamente sobre as garantias e exclusões, sobre cujo âmbito e conteúdo fiquei esclarecido.

Declaro, ainda, ter sido informado pelo Segurador do dever de lhe comunicar com exactidão todas as circunstâncias que conheça e razoavelmente deva ter por significativas para a apreciação do risco, bem como das consequências do incumprimento de tal dever.

Declaro, igualmente, ter sido informado pelo Segurador de que a inexistência ou a incorrecção dos elementos de identificação do(s) beneficiário(s) em caso de morte pode impossibilitar o Segurador de dar cumprimento aos deveres de informação e comunicação previstos na lei, com vista ao pagamento do capital seguro, e bem assim aos relativos à inclusão dos dados respeitantes ao(s) beneficiário(s) em caso de morte na base de dados que integra o Registo Central de Contratos de Seguros de Vida, de Acidentes Pessoais e de Operações de Capitalização, sob gestão do Instituto de Seguros de Portugal, base de dados esta relativamente à qual assumo a exclusiva responsabilidade no que respeita à informação relativa ao(s) beneficiário(s) em caso de morte do presente contrato nela constante e para o efeito prestada ao Segurador, sobre o qual não recai qualquer responsabilidade referente a erros ou omissões na referida informação, excepto quando resultem de tarefas de processamento e disponibilização da informação por si executadas.

Declaro, também, que dou o meu acordo a que as Condições Gerais e Especiais, se as houver, aplicáveis ao contrato me sejam entregues no sítio da Internet indicado nas Condições Particulares.

### ATENÇÃO

Confirme se respondeu a todas as questões. Se tiver sido outra pessoa a responder a este formulário, não assine sem confirmar que todas as respostas estão exactas.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Local e data

\_\_\_\_\_  
O Tomador do Seguro

## AUTORIZAÇÃO DE DÉBITO EM CONTA

|                 |        |        |             |
|-----------------|--------|--------|-------------|
| Banco           | Balcão |        |             |
| Nome do Titular |        |        |             |
| NIB             | BANCO  | BALCÃO | Nº DE CONTA |

Informo V. Exas. que autorizo o débito automático, na minha Conta Bancária acima mencionada, dos recibos que venham a ser apresentados pela Império Bonança - Companhia de Seguros, S.A. relativos à Apólice abaixo indicada.

|                           |  |
|---------------------------|--|
| Apólice                   | Produto  |
| Nome do Tomador do Seguro |  |
| Local e data              | Assinatura do titular da conta (igual à que consta no banco) |



**1. SEGURADOR:** Império Bonança – Companhia de Seguros, S.A.

### 2. ÂMBITO DO SEGURO:

O seguro garante o pagamento de capitais correspondentes aos riscos contratados, em caso de acidente ocorrido no âmbito da actividade Profissional e Extra-Profissional, em qualquer parte do Mundo, que cause à Pessoa Segura lesões corporais, invalidez permanente, incapacidade temporária por internamento hospitalar verificadas clinicamente, ou morte.

### QUADRO 1 – PLANOS DE COBERTURA

| Coberturas |   | Planos |       |       |
|------------|---|--------|-------|-------|
|            |   | Base   | Vital | Total |
| MIP        | Morte ou Invalidez Permanente por Acidente                                | ✓      | ✓     | ✓     |
| DTR        | Despesas de Tratamento, Transporte Sanitário e Repatriamento por Acidente |        | ✓     | ✓     |
| ITIH       | Incapacidade Temporária por Internamento Hospitalar (Indemnização diária) |        |       | ✓     |
| DF         | Despesas de Funeral por Acidente  |        |       | ✓     |

### QUADRO 2 – PLANOS DE COBERTURA E OPÇÕES DE CAPITALS

| Planos |       |      | Coberturas | Capitais (Opções) |           |           |
|--------|-------|------|------------|-------------------|-----------|-----------|
| Total  | Vital | Base |            | I                 | II        | III       |
|        |       |      | MIP        | 50.000 €          | 100.000 € | 200.000 € |
|        |       |      | DTR        | 2.500 €           | 5.000 €   | 7.500 €   |
|        |       |      | ITIH       | 25 €              | 25 €      | 50 €      |
|        |       |      | DF         | 1.500 €           | 2.500 €   | 3.000 €   |

### 3. RISCOS QUE PODEM SER COBERTOS:

#### A. Morte ou Invalidez Permanente por Acidente

##### O que está seguro:

- Pagamento do capital seguro em caso de morte ou de invalidez permanente por acidente.

- Em caso de invalidez permanente por acidente, apenas haverá lugar a pagamento de indemnização, de montante correspondente à aplicação ao capital seguro do grau de desvalorização sofrido pela Pessoa Segura, se este for superior a 25 pontos. O grau de desvalorização da Pessoa Segura é determinado pela Tabela Nacional para Avaliação de Incapacidades Permanentes em Direito Civil. Para efeitos desta garantia os pontos considerados pela tabela são convertidos em igual percentagem.

- Se do acidente resultar a invalidez permanente e posteriormente, no decurso de 2 anos após o acidente, a Pessoa Segura morrer por causa do mesmo, será pago o capital seguro remanescente.

##### O que não está seguro:

- Morte ocorrida 2 anos após a data do acidente que lhe deu causa;

- Morte de pessoas com idade inferior a 14 anos ou que por anomalia psíquica ou outra causa se mostrem incapazes de governar a sua pessoa no momento do acidente, caso em que a garantia fica limitada ao pagamento de despesas de transladação e funeral, até ao limite do capital seguro;

- Invalidez verificada 2 anos após a data do acidente que lhe deu causa.

#### B. Incapacidade Temporária por Internamento Hospitalar

##### O que está seguro:

- Pagamento da indemnização diária fixada nas Condições Particulares enquanto subsistir a incapacidade temporária por acidente que obrigue ao internamento hospitalar.

- A ITIH conta-se a partir do dia do internamento hospitalar e decorrido o período de carência de 3 dias.

- A indemnização diária está limitada ao período máximo de 360 dias por acidente.

##### O que não está seguro:

- Internamento hospitalar iniciado 180 dias após a data do acidente que lhe deu causa.

#### C. Despesas de Tratamento, Transporte Sanitário e Repatriamento por Acidente

##### Entende-se por:

- **Despesas de Tratamento** as despesas relativas a honorários médicos e internamento hospitalar, assim como assistência medicamentosa, de enfermagem e de fisioterapia, que forem necessários em consequência de acidente, bem como de transporte para tratamento clínico regular, desde que a gravidade das lesões obrigue à utilização de meios clinicamente adequados.

- **Despesas de Transporte Sanitário ou de Repatriamento** as despesas com transporte sanitário para a unidade de saúde mais próxima do local do acidente ou para outra unidade de saúde mais adequada, ou até ao domicílio habitual da Pessoa Segura em Portugal.

##### O que está seguro:

Reembolso das despesas efectuadas em caso de acidente da Pessoa Segura, a quem demonstrar que as pagou, até ao limite constante das Condições Particulares.

##### O que não está seguro:

Despesas com tratamentos efectuados sem prescrição médica e por profissionais que não estejam devidamente habilitados para os executar.

#### D. Despesas de Funeral por Acidente

##### O que está seguro:

Reembolso das despesas de funeral efectuadas, em caso de morte da Pessoa Segura por acidente, a quem demonstrar que as pagou, até ao limite constante das Condições Particulares.

##### O que não está seguro:

Despesas verificadas 2 anos após a data do acidente que lhe deu causa.

#### 4. CONDIÇÕES DE SUBSCRIÇÃO:

O seguro só pode ser subscrito por pessoas com idade compreendida entre os 14 e os 70 anos de idade (inclusive).

#### 5. EXCLUSÕES APLICÁVEIS A TODOS OS RISCOS COBERTOS

##### Estão sempre excluídas as seguintes situações:

a) Incapacidade, lesão ou doença pré-existentes, bem como suas consequências ou agravamentos;

b) Acções ou omissões dolosas ou grosseiramente negligentes praticadas pela Pessoa Segura, Tomador do Seguro ou Beneficiários, bem como por aqueles pelos quais sejam civilmente responsáveis;

c) Acções ou omissões praticadas pela Pessoa Segura quando acuse consumo de produtos tóxicos, estupefacientes ou outras drogas fora de prescrição médica, bem como quando lhe for detectado um grau de alcoolémia no sangue superior a 0,5 gramas por litro;

d) Acções ou omissões praticadas pela Pessoa Segura quando participe em distúrbios no trabalho, greves, lock out, tumultos, motins e alterações da ordem pública;

e) Suicídio ou sua tentativa;

f) Apostas e desafios;

g) Acções ou omissões que envolvam perigo iminente para a integridade física ou saúde da Pessoa Segura, que não sejam justificados pelo exercício da profissão;

h) Acidente ocorrido enquanto a Pessoa Segura conduzir veículo, sem estar legalmente habilitada;

i) Acidente ocorrido enquanto a Pessoa Segura for transportada como passageiro de veículo conduzido por condutor não habilitado, quando essa

circunstância for do seu conhecimento e voluntariamente se fizer transportar;

j) Acidente ocorrido enquanto a Pessoa Segura conduzir ou for transportada em veículo em situação de roubo, furto ou furto de uso, quando essa circunstância for do seu conhecimento e voluntariamente se fizer transportar;

l) Consequências de acidentes que consistam em:

(i) Hérnias de qualquer natureza, varizes e suas complicações, bem como lombalgias;

(ii) Infecção pelo vírus do síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA);

(iii) Ataque Cardíaco ou Acidente Vascular Cerebral, salvo quando causado por traumatismo físico externo;

(iv) Perturbações ou danos exclusivamente do foro psíquico;

(v) Implantação, reparação ou substituição de próteses ou ortóteses que não sejam intra-cirúrgicas;

(vi) Quaisquer doenças quando não se prove, por diagnóstico médico, que são consequência directa do acidente.

m) Guerra, invasão, acto de inimigo estrangeiro, hostilidades ou operações bélicas, guerra civil, insurreição, rebelião e revolução;

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

o) Explosão, libertação de calor e irradiações provenientes de cisão de átomos ou radioactividade e ainda os decorrentes de radiações provocadas pela aceleração artificial de partículas;

p) Prática desportiva em competições, estágios e respectivos treinos;

q) Pilotagem e utilização de aeronaves, excepto como passageiro de linha aérea regular;

r) Prática das seguintes actividades:

Desportos terrestres motorizados; Artes marciais, luta e boxe; Paraquedismo, incluindo a prática de queda livre, parapente e asa delta; Saltos ou saltos invertidos com mecanismos de suspensão corporal (*bungee jumping*); Tauromaquia e largadas de touros ou rezes; Caça de animais ferozes ou que reconhecidamente sejam considerados perigosos; Equitação com corrida e salto; Motonáutica e esqui aquático; Desportos náuticos praticados sobre prancha; Descida de torrentes ou correntes originadas por desníveis nos cursos de água; Mergulho com utilização de sistemas auxiliares de respiração (garrafas); Caça submarina; Desportos praticados sobre a neve e o gelo; Alpinismo e escalada; "slide" e "rappel"; espeleologia;

s) Danos causados por animais que, face à lei vigente, sejam considerados perigosos ou potencialmente perigosos e por animais selvagens, venenosos ou predadores, quando na posse da Pessoa Segura.

**Estão também sempre excluídas, salvo convenção em contrário constante das condições particulares, as seguintes situações:**

Utilização de veículos motorizados de duas ou três rodas e moto-quatro.

## 6. PRÉMIO

1. O prémio a pagar varia em função do Plano de Coberturas e Opções de Capitais contratados (Quadros 1 e 2), bem como da actividade da Pessoa Segura (Quadro 3).

2. O prémio pode ser pago de uma só vez ou em fracções se tal constar nas Condições Particulares.

3. Os prémios ou fracções são devidos nas datas previstas no contrato.

4. O Tomador do Seguro pode solicitar ao Segurador que lhe seja disponibilizada uma simulação do valor do prémio a pagar de acordo com o risco a segurar.

5. A falta de pagamento do prémio inicial ou da primeira fracção deste até à data limite de pagamento determina a resolução automática do contrato a partir da data da sua celebração.

6. A falta de pagamento do prémio de anuidade subsequente ou da 1ª fracção até à data limite de pagamento, impede a renovação do contrato, deixando de produzir efeitos. A falta de pagamento de qualquer outra fracção do prémio até à data limite de pagamento, determina a resolução automática do contrato.

7. O Segurador avisará o Tomador do Seguro até 30 dias antes da data em que os prémios ou as fracções subsequentes devam ser pagas. Porém, em caso de pagamento do prémio em fracções com periodicidade inferior a trimestral, o aviso pode não ser enviado, consoante de documento contratual as datas de vencimento das fracções, os respectivos montantes e as consequências da falta de pagamento.

## 7. BENEFICIÁRIOS EM CASO DE MORTE

A designação de beneficiário(s) em caso de morte nominativamente identificado(s) carece da indicação dos seguintes elementos obrigatórios relativos ao(s) beneficiário(s):

- Nome ou designação completos;

- Domicílio ou sede;

- Número de identificação civil e fiscal.

Falta ou incorrecção na indicação do beneficiário:

- Na falta de designação do beneficiário do contrato em caso de morte, o Segurador pagará o capital seguro aos herdeiros da pessoa segura.

- A inexistência ou a incorrecção dos elementos de identificação do beneficiário em caso de morte pode impossibilitar o segurador de dar cumprimento aos deveres de informação e comunicação previstos na lei, com vista ao pagamento do capital seguro.

- A inexistência ou a incorrecção dos elementos de identificação do(s) beneficiário(s) em caso de morte pode, ainda, impossibilitar o segurador de dar cumprimento aos deveres relativos à inclusão dos dados respeitantes ao(s) beneficiário(s) em caso de morte na base de dados que integra o Registo Central de Contratos de Seguros de Vida, de Acidentes Pessoais e de Operações de Capitalização, sob gestão do Instituto de Seguros de Portugal, base de dados esta relativamente à qual o designante deve assumir a exclusiva responsabilidade no que respeita à informação, relativa ao(s) beneficiário(s) em caso de morte nomeado(s), nela constante e para o efeito prestada ao Segurador, sobre o qual não recairá qualquer responsabilidade referente a erros ou omissões na referida informação, excepto quando resultem de tarefas de processamento e disponibilização da informação por si executadas.

## 8. RESPONSABILIDADE MÁXIMA DO SEGURADOR

A responsabilidade máxima do Segurador em cada período de vigência do contrato está limitada ao valor dos capitais seguros e que constam do Quadro 2 para cada risco coberto, os quais são atribuídos por Pessoa Segura.

## 9. DEVER DE DECLARAÇÃO INICIAL DO RISCO

1. O Tomador do Seguro e o Segurado estão obrigados, antes da celebração do contrato, a declarar com exactidão todas as circunstâncias que conheçam e razoavelmente devam ter por significativas para a apreciação do risco pelo Segurador.

2. O disposto no nº 1 é igualmente aplicável a circunstâncias cuja menção não seja solicitada em questionário fornecido pelo Segurador.

3. Em caso de incumprimento do disposto no nº 1, o contrato é anulável, nos termos e com as consequências previstas na lei.

4. Em caso de incumprimento com negligência do disposto no nº 1, o Segurador pode optar pela cessação ou alteração do contrato, nos termos e com as consequências previstas na lei.

## 10. DURAÇÃO, RENOVAÇÃO, DENÚNCIA E LIVRE RESOLUÇÃO DO CONTRATO

1. O contrato produz efeitos a partir do dia e hora acordados, desde que o prémio ou fracção inicial seja pago.

2. O contrato pode ser celebrado por tempo determinado ou por um ano a continuar pelos anos seguintes.

3. O contrato celebrado por tempo determinado cessa na data do seu termo.

4. O contrato celebrado por um ano a continuar pelos anos seguintes renova-se sucessivamente por novos períodos de um ano, salvo se for denunciado por qualquer das partes ou se não for pago o prémio, caducando, contudo, no final da anuidade em que a Pessoa Segura completar 75 anos.

5. Qualquer das partes pode denunciar o contrato com a antecedência mínima de 30 dias em relação ao termo da anuidade.

6. Quando o contrato tiver duração igual ou superior a 6 meses e o Tomador do Seguro for uma pessoa singular, este pode pôr termo ao contrato sem ter que invocar justa causa, até 30 dias após a data da recepção da Apólice, com efeito retroactivo ao início do contrato. Neste caso, o Segurador tem direito ao valor do prémio calculado proporcionalmente ao tempo decorrido na medida em que tenha suportado o risco.

## 11. RECLAMAÇÕES

O Segurador dispõe de uma unidade orgânica específica para receber, analisar e dar resposta às reclamações efectuadas, sem prejuízo destas poderem ser apresentadas ao Instituto de Seguros de Portugal e da possibilidade de recurso à arbitragem.

## 12. LEI APLICÁVEL

O Segurador propõe a aplicação da lei portuguesa ao presente contrato. As partes podem, no entanto, acordar a aplicação de lei diferente da lei portuguesa, desde que motivadas por um interesse sério e a lei escolhida esteja em conexão com algum dos elementos do contrato.

## 13. AUTORIDADE DE SUPERVISÃO

Instituto de Seguros de Portugal.

## QUADRO 3. CLASSES TARIFÁRIAS

A classificação é feita de acordo com a Actividade profissional ou exposição ao risco da Pessoa Segura, do seguinte modo:

|                 |  |
|-----------------|--|
| <b>Classe 1</b> | Profissões Sedentárias   |
| <b>Classe 2</b> | Profissões com deslocações frequentes, funções de Direcção ou de fiscalização de fábricas, estaleiros e oficinas   |
| <b>Classe 3</b> | Operariado (Trabalhos em fábricas, estaleiros e oficinas)  |
| <b>Classe 4</b> | Trabalhos em andaimes, telhados, pontes, minas, poços, pedreiras e postes, com explosivos, duplos de cinema (para cenas perigosas), guias de montanha, alpinismo, caçadores de caça grossa (feras), circo (domadores de feras, exercícios em auto ou moto sobre parede vertical e trapezistas ou trabalhos a grande altura sem rede), tauromaquia, mergulhadores, engarrafamento de gases comprimidos, pilotos profissionais que não trabalhem nas linhas comerciais, monda química feita com helicópteros ou avionetas (pessoal da tripulação), limpeza e corte de árvores, tractoristas, pessoal transportado em atrelados de tractores, estivadores, fogueiros, trabalhos em guindastes e profissões que envolvam riscos de gravidade semelhante. |