

<input type="checkbox"/> SEGURO NOVO	<input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO À APÓLICE Nº (*)
Assinale com X a resposta	(*) Indicar Nº Apólice, Nome e os elementos a alterar
CÓDIGO MEDIADOR	AGÊNCIA
NOME MEDIADOR	ENTIDADE COBRADORA

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

NOME COMPLETO					
MORADA (*)					
CÓDIGO POSTAL (*)	LOCALIDADE (*)				
TELEFONE	TELEMÓVEL	E-MAIL			
DATA DE NASCIMENTO (*)	Ano	Mês	Dia	PROFISSÃO/ACTIVIDADE (*)	C.A.E. (Cód. Actividade Económica)
PREENCHA OS SEGUINTE CAMPOS: SEXO (*) <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/> SOLTEIRO <input type="checkbox"/> UNIÃO DE FACTO <input type="checkbox"/> VIÚVO					
Nº BILHETE DE IDENTIDADE (*)	Nº CONTRIBUINTE (*)				

**2. PESSOA SEGURA** (Preencher se diferente do Tomador do Seguro) (\*) Campos de preenchimento obrigatório

NOME COMPLETO					
MORADA (*)					
CÓDIGO POSTAL (*)	LOCALIDADE (*)				
TELEFONE	TELEMÓVEL	E-MAIL			
DATA DE NASCIMENTO (*)	Ano	Mês	Dia	PROFISSÃO/ACTUAL (*)	
PREENCHA OS SEGUINTE CAMPOS: SEXO (*) <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/> SOLTEIRO <input type="checkbox"/> UNIÃO DE FACTO <input type="checkbox"/> VIÚVO					
Nº BILHETE DE IDENTIDADE (*)	Nº CONTRIBUINTE (*)				
TEM SEGUROS DE VIDA EM VIGOR NO SEGURADOR? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM	CAPITAL TOTAL SEGURO				

**3. DADOS DO CONTRATO**

DATA INÍCIO DO CONTRATO:	Ano	Mês	Dia	(após aceitação pelo Segurador)
--------------------------	-----	-----	-----	---------------------------------

**COBERTURAS**

Garantias	Plano Essencial			Plano Extra		
	Capitais Seguros					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Morte por Doença ou Acidente	25.000 €	50.000 €	100.000 €	25.000 €	50.000 €	100.000 €
Invalidez Total e Permanente por Doença ou Acidente	25.000 €	50.000 €	100.000 €	25.000 €	50.000 €	100.000 €
Morte por Acidente (i)	-	-	-	50.000 €	100.000 €	200.000 €
Invalidez Total e Permanente por Acidente (ii)	-	-	-	50.000 €	100.000 €	200.000 €

Garantias	Plano Dinâmico Capital a indicar – mínimo 10.000 €
Morte por Doença ou Acidente	<input checked="" type="checkbox"/> Capital Seguro _____ €
Invalidez Total e Permanente por Doença ou Acidente	<input type="checkbox"/> Igual ao Capital Seguro
Morte por Acidente (i)	<input type="checkbox"/> 2 x Capital Seguro
Invalidez Total e Permanente por Acidente (ii)	<input type="checkbox"/> 2 x Capital Seguro
Morte por Acidente de Circulação (iii)	<input type="checkbox"/> 3 x Capital Seguro
Invalidez Total e Permanente por Acidente de Circulação (iv)	<input type="checkbox"/> 3 x Capital Seguro
Doenças Graves	<input type="checkbox"/> Igual ao Capital Seguro

<sup>(i)</sup> Inclui o capital da cobertura de Morte por Doença e Acidente, desde que o sinistro por acidente respeite o âmbito da cobertura de Morte por Acidente.  
<sup>(ii)</sup> Inclui o capital da cobertura de Invalidez Total e Permanente por Doença e Acidente, desde que o sinistro por acidente respeite o âmbito da cobertura de Invalidez Total e Permanente por Acidente.  
<sup>(iii)</sup> Inclui o capital da cobertura de Morte por Doença e Acidente e Morte por Acidente, desde que o sinistro por acidente respeite o âmbito da cobertura de Morte por Acidente de Circulação.  
<sup>(iv)</sup> Inclui o capital da cobertura de Invalidez Total e Permanente por Doença e Acidente e Invalidez Total e Permanente por Acidente, desde que o sinistro por acidente respeite o âmbito da cobertura de Invalidez Total e Permanente por Acidente de Circulação.

PERIODICIDADE DE PAGAMENTO <sup>(1)</sup> : <input type="checkbox"/> ANUAL <input type="checkbox"/> SEMESTRAL <input type="checkbox"/> TRIMESTRAL <input type="checkbox"/> MENSAL <sup>(2)</sup>
FORMA DE PAGAMENTO: <input type="checkbox"/> AGÊNCIA / CTT / MB <input type="checkbox"/> AGENTE <input type="checkbox"/> DÉBITO EM CONTA <sup>(3)</sup> NIB: Banco Balcão Nº de Conta

<sup>(1)</sup> Sujeito ao prémio ou fracção mínima.  
<sup>(2)</sup> Pagamento mensal só disponível por Débito em Conta.  
<sup>(3)</sup> Preenchimento obrigatório da Autorização de Débito em Conta.

**TOMADOR DO SEGURO**

NOME
Nº CONTRIBUINTE (Preenchimento Obrigatório)

**BENEFICIÁRIO(S)**

EM CASO DE INVALIDEZ E DOENÇA GRAVE: PESSOA SEGURA
--

**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	Localidade
Nº Contribuinte	
Data de Nascimento	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Nº B.I.	
2. Nome Completo	
Morada	
Código Postal	Localidade
Nº Contribuinte	
Data de Nascimento	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Nº B.I.	
<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) beneficiários em caso de morte, alertando-os para esse facto, nos termos e para efeitos previstos no art. 5.º do Decreto-Lei 384/2007, de 19 de Novembro? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

**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;
- 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 correcção 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.

Local e Data	O Tomador do Seguro
	A Pessoa Segura
	(se diferente do Tomador do Seguro)

**Reservado aos Serviços**

(A preencher pela Agência)

**ATENÇÃO - QUESTIONÁRIO CLÍNICO na página seguinte**

Tipo de exames médicos solicitados: <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	Data de marcação: Ano   Mês   Dia
---	-----------------------------------

**AUTORIZAÇÃO DE DÉBITO EM CONTA**

Banco	Balcão
Nome do Titular	
NIB	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	Pessoa a Segurar
Nome do Tomador do Seguro		
Local e Data		
Assinatura do titular da conta (igual à que consta no banco)		

Nome do Candidato	
Nº CONTRIBUINTE (Preenchimento Obrigatório)	
<b>1. Declaração de Estado de Saúde</b>	
<p>1 - Tem ou teve períodos de baixa por doença ou acidente superiores a 15 dias? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>Se Sim, indique quando e porquê:</p> <p>2 - É portador de qualquer incapacidade ou defeito físico? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>Se Sim, indique qual:</p> <p>3 - Sofreu alguma intervenção cirúrgica? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>Se Sim, indique qual e quando:</p> <p>4 - Está a aguardar alguma hospitalização ou cirurgia? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>Se Sim, indique os motivos:</p> <p>5 - Está a aguardar o resultado de testes laboratoriais ou outros exames auxiliares de diagnóstico? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>Se Sim, indique quais e porquê:</p>	<p>6 - É reformado por velhice ou invalidez? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>Se Sim, indique qual a modalidade da reforma:</p> <p>7 - Tem em curso algum processo para atribuição de reforma por velhice ou invalidez? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>Se Sim, indique qual a modalidade:</p> <p>8 - Indique os valores de:</p> <p>8.1 - Peso actual         Kg.</p> <p>Teve alteração de peso nos últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>Se Sim, indique qual e porquê:</p> <p>8.2 - Altura         Mts.</p> <p>8.3 - Tem valores alterados de Tensão Arterial? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>Se Sim, indique: Máx.         Min.        </p>
<b>2. Antecedentes Pessoais</b> <small>Sofre ou sofreu de qualquer das seguintes perturbações ou doenças?</small>	
<p>Doença dos ouvidos, nariz, faringe <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>Doenças respiratórias (tuberculose, bronquite crónica, asma e outras) <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>Diabetes, Bócio <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>Doenças do coração (angina de peito, colesterol elevado, enfarte do miocárdio, arritmia e outras) <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>Hipertensão arterial <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>Doenças do estômago (úlceras, hemorragias digestivas e outras) <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>Doenças dos intestinos (diarreias frequentes, colite e outras) <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>Doenças do fígado (cirrose, hepatite, fígado gordo e outras) <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>Doenças do sangue (anemia, linfoma, leucemia e outras) <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>Sida ou portador do vírus <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>Doença dos olhos (se miopia, indique dioptrias)         <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p>	<p>Doenças reumatológicas e das articulações (artrite reumatóide, gota, lúpus, fibromialgia, artroses e outras) <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>Doenças da coluna (espondilose, escoliose, hérnia discal e outras) <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>Doenças do rim e bexiga (nefrite, pedra no rim, sangue e/ou proteína na urina, insuficiência renal e outras) <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>Doenças neurológicas (epilepsia, AVC, acidente isquémico transitório, paralisias, esclerose múltipla, doenças musculares e outras) <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>Doenças psíquicas (neuroses, psicoses, tentativas de suicídio, depressão e outras) <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>Doenças da pele (psoríase, cancro da pele e outras) <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>Doenças vasculares (varizes, flebotromboses, claudicação e outras) <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>Doença ginecológica ou da mama (incluindo alterações da citologia do colo e alterações na mamografia e outras) <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>Tumores benignos ou malignos <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>Doenças da próstata <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>Outras não especificadas <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p>
Se respondeu Sim a alguma das questões, refira qual a doença e os tratamentos efectuados: _____	

<b>3. Hábitos</b>	
Tabágicos: Número de cigarros por dia	há quantos anos
Alcoólicos: Tipo de bebida	dcl./dia
Drogas: Tipo e quantidade	há quantos anos

<b>4. Exames Complementares de Diagnóstico</b>			
<p>Análises sangue <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>Análise urina <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>Endoscopias <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p>	<p>Radiografias <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>Ecografias <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>Biopsias <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p>	<p>TAC <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>Ressonância Magnética <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>Teste SIDA <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p>	<p>Electrocardiogramas <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>Ecocardiogramas <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>Outros <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p>
Quais, quando, porquê e resultados: _____			

<b>5. Terapêuticas</b>	
Já tomou medicamentos para o coração, hipertensão, anticoagulantes, insulina, antidepressivos, tranquilizantes, corticóides ou outros?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Se sim, quais:	
Toma outros medicamentos regularmente?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Se sim, indique quais e porquê:	
Já foi submetido a:	Desintoxicação <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim      Quimioterapia <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim      Radioterapia <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim

<b>6. Outros Elementos Essenciais à Análise de Risco</b>	
Viaja, ou pretende viajar para países fora da União Europeia, que não sejam a Suíça, Noruega, EUA, Canadá, Argentina, Brasil, Japão, Austrália e Nova Zelândia?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Em caso afirmativo, indique: Qual o País:	Motivo: <input type="checkbox"/> Profissional <input type="checkbox"/> Lazer
Pratica desporto habitualmente?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Em caso afirmativo, indique: Qual o Desporto:	<input type="checkbox"/> Profissional <input type="checkbox"/> Amador
Pretende indicar mais alguma informação (não relacionada com o estado de saúde) que considere relevante para a análise do risco?	

<b>7. Seguros Anteriores</b>	
Tem seguros de vida aceites com agravamentos, ou foi-lhe alguma vez recusada a celebração de um seguro de vida, de doença ou acidentes pessoais?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Se sim, em que Companhia e quais os motivos:	

<b>Declarações e Autorizações</b>	
Declaro que tomei conhecimento de que está excluída da garantia do seguro qualquer incapacidade física pré-existente.	
Declaro, igualmente, autorizar o médico designado pelo Segurador a solicitar a qualquer outro médico ou profissional de saúde, as informações e documentos, nomeadamente, relatórios clínicos, relatórios de internamento e resultados de exames auxiliares de diagnóstico, relativos à minha saúde que julgue necessários para analisar o risco ora proposto ou para determinar as causas e consequências de qualquer sinistro que seja participado ao Segurador, por mim, pelos beneficiários ou pelos meus herdeiros, autorizando também os referidos médicos e profissionais de saúde a prestarem ao médico designado pelo Segurador, mesmo depois da minha morte, as informações e documentos que lhes sejam por este solicitados no âmbito da autorização que agora lhe conferi.	
Tomei conhecimento de que a recusa de consentimento nos termos e para os efeitos acima referidos poderá determinar, no caso de existirem indícios que evidenciem ter havido omissões ou inexactidões aquando da declaração do risco e ou da participação do sinistro, que o Segurador fique impossibilitado de proceder, enquanto não forem prestadas as informações por ele requeridas, à regularização de sinistro que vier a ser participado ao abrigo do contrato de seguro.	

## GRELHA DE SELECÇÃO MÉDICA

### Seguros de Vida Individual

		IDADE	
		< = 35	> = 36
Capitais (em euros)	Até 100.000	QC	
	De 100.001 a 200.000	QC	A
	A partir de 200.001	B	

#### LEGENDA:

**QC** Questionário Clínico

**A** Exame Médico + Análise de Urina II + Análises de Sangue (Glicémia, Colesterol Total e Fracção HDL e Triglicéridos)

**B** Exame Médico + Análise de Urina II + Análises de Sangue (Hemograma completo, Creatinina, Glicémia, Transaminases, Gamma GT, Colesterol Total e Fracção HDL, Triglicéridos, HIV I e II, HBs Ag e HCV Ac)

À alínea B acrescem os exames adicionais abaixo indicados nas seguintes situações:

- Candidatos do sexo feminino com idade igual ou superior a 45 anos: Electrocardiograma com prova de esforço (ECGe) e Mamografia bilateral
- Candidatos do sexo masculino com idade igual ou superior a 45 anos: Electrocardiograma com prova de esforço (ECGe) e PSA

Nota: Na cobertura complementar de DOENÇAS GRAVES, o QC deverá ser substituído por EXAME MÉDICO.

A partir de € 300.000 é necessário apresentar relatório confidencial com informação sobre o risco moral e a situação económico-financeira do candidato.

O Segurador reserva-se o direito de solicitar exames complementares ou informação económico-financeira, não incluídos na grelha de selecção, sempre que os mesmos sejam considerados necessários para melhor apreciação do risco proposto.

#### Para mais informações

Para obter qualquer esclarecimento sobre os exames médicos, tem ao seu dispor a **Linha de Apoio ao Cliente**

**Telefone: 707 103 103** (dias úteis das 08.30H às 19.00H)

Sobre o seguro, poderá contactar o **Contact Center**

**Telefone: 707 50 24 00**

**1. SEGURADOR**

Império Bonança - Companhia de Seguros, S.A.,

**2. ÂMBITO DO SEGURO**

**2.1. O que é:**

Seguro de vida individual temporário anual renovável, com opção de comercialização em planos fechados ou em plano livre (com coberturas complementares de contratação facultativa).

Os planos fechados disponíveis para subscrição são:

Garantias	Plano Essencial			Plano Extra		
	Capital Seguro			Capital Seguro		
Morte por Doença e Acidente	25.000€	50.000€	100.000€	25.000€	50.000€	100.000€
Invalidez Total e Permanente por Doença e Acidente	25.000€	50.000€	100.000€	25.000€	50.000€	100.000€
Morte por Acidente (i)	-	-	-	50.000€	100.000€	200.000€
Invalidez Total e Permanente por Acidente (ii)	-	-	-	50.000€	100.000€	200.000€

(i) Inclui o capital da cobertura de Morte por Doença e Acidente, desde que o sinistro por acidente respeite o âmbito da cobertura de Morte por Acidente

(ii) Inclui o capital da cobertura de Invalidez Total e Permanente por Doença e Acidente, desde que o sinistro por acidente respeite o âmbito da cobertura de Invalidez Total e Permanente por Acidente.

Além dos Planos Fechados é possível contratar um Plano Dinâmico com opção de coberturas e capitais:

Garantias	Plano Dinâmico Capital à escolha – mínimo 10.000€
Morte por Doença e Acidente (Cobertura Principal)	Capital Seguro
Invalidez Total e Permanente por Doença e Acidente (Cobertura Complementar)	Capital Seguro
Morte por Acidente (Cobertura Complementar) (i)	Duplicação do capital seguro
Invalidez Total e Permanente por Acidente (Cobertura Complementar) (ii)	Duplicação do capital seguro
Morte por Acidente de Circulação (Cobertura Complementar) (iii)	Triplificação do capital seguro
Invalidez Total e Permanente por Acidente de Circulação (Cobertura Complementar) (iv)	Triplificação do capital seguro
Doenças Graves (Cobertura Complementar)	Capital Seguro

(i) Inclui o capital da cobertura de Morte por Doença e Acidente, desde que o sinistro por acidente respeite o âmbito da cobertura de Morte por Acidente

(ii) Inclui o capital da cobertura de Invalidez Total e Permanente por Doença e Acidente, desde que o sinistro por acidente respeite o âmbito da cobertura de Invalidez Total e Permanente por Acidente.

(iii) Inclui o capital da cobertura de Morte por Doença e Acidente e Morte por Acidente, desde que o sinistro por acidente respeite o âmbito da cobertura de Morte por Acidente de Circulação.

(iv) Inclui o capital da cobertura de Invalidez Total e Permanente por Doença e Acidente e Invalidez Total e Permanente por Acidente, desde que o sinistro por acidente respeite o âmbito da cobertura de Invalidez Total e Permanente por Acidente de Circulação.

Destina-se a pessoas sensíveis ao risco, que se preocupam em salvaguardar o seu equilíbrio financeiro, ou do seu agregado familiar, face à ocorrência de situações imprevistas graves.

Sem prejuízo da faculdade que os Tomadores do Seguro têm de optar pela contratação de seguro de vida junto da empresa de seguros da sua preferência, ou de dar em garantia um ou mais seguros de vida de que já sejam titulares para garantia das responsabilidades emergentes de um crédito à habitação desde que respeitem os requisitos mínimos exigidos pela Instituição de Crédito Mutuante, conforme previsto na alínea d) do artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 222/2009, de 11 de Setembro, o seguro em apreço não está vocacionado especificamente para esses fim, pelo que não será possível aplicar o regime de actualização automática do capital seguro ao capital em dívida previsto nos artigos 7.º e 8.º do referido diploma. Para este efeito, o Segurador disponibiliza ofertas de seguro especializadas que melhor servem o interesse dos seus clientes.

## 2.2. Quem pode subscrever:

Relativamente à Pessoa Segura e para cada cobertura estão definidos os seguintes limites etários:

Coberturas	Subscrição		Termo
	Idade Mínima	Idade Máxima	Idade Máxima (1)
Morte, Morte por Acidente, Morte por Acidente de Circulação	18 anos	60 anos	65 anos
Invalidez Total e Permanente, Invalidez Total e Permanente por Acidente, Invalidez Total e Permanente por Acidente de Circulação		55 anos	
Doenças Graves			

(1) As coberturas terminam no termo da anuidade em que as Pessoas Seguras perfazem a idade máxima.

A subscrição das coberturas de Invalidez Total e Permanente só é possível se a Pessoa Segura exercer uma profissão remunerada. A aceitação do seguro pelo Segurador pode depender da prévia realização de exames médicos pelo candidato a Pessoa Segura. Neste caso, a Pessoa Segura pode aceder aos respectivos dados através de um médico por si designado.

As propostas de subscrição consideram-se aceites decorridos 14 dias após a sua recepção no Segurador, a menos que, entretanto, o candidato a Pessoa Segura seja notificado da recusa ou da sua antecipada aprovação ou da necessidade de recolher esclarecimentos adicionais para a avaliação do risco, ficando a aceitação, neste caso, dependente da entrega e análise dos elementos solicitados.

## 2.3. ÂMBITO DAS COBERTURAS

### 2.3.1. DEFINIÇÕES

**Invalidez Total e Permanente** é a limitação funcional permanente e sem possibilidade clínica de melhoria em que, cumulativamente, estejam preenchidos os seguintes requisitos:

- A Pessoa Segura fique completa e definitivamente incapacitada de exercer a sua profissão ou qualquer outra actividade remunerada compatível com os seus conhecimentos e aptidões.
- Corresponda a um grau de desvalorização igual ou superior a 66,6% de acordo com a Tabela Nacional de Incapacidades por Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais em vigor na data de avaliação da desvalorização sofrida pela Pessoa Segura, não entrando para o seu cálculo quaisquer incapacidades ou patologias preexistentes;
- Seja reconhecida previamente pela Instituição de Segurança Social pela qual a Pessoa Segura se encontra abrangida ou pelo Tribunal do Trabalho ou, caso a Pessoa Segura não se encontre abrangida por nenhum regime ou Instituição de Segurança Social, por Junta Médica.

### 2.3.2. COBERTURAS

#### 2.3.2.1. MORTE

O que está seguro:

Pagamento do capital seguro previsto nas Condições Particulares em caso de morte ocorrida durante a vigência do contrato.

Equipara-se à morte o estado de coma profundo e irreversível que se prolongue ininterruptamente por 360 dias, desde que não tenham sido accionadas coberturas de invalidez.

O que não está seguro:

Suicídio ocorrido até 2 anos após o início do contrato ou da sua reposição em vigor ou do aumento de capital, caso este aumento não esteja previamente previsto nas Condições Particulares.

Se o suicídio ocorrer após o prazo de 2 anos desde o início do contrato mas durante os 2 anos seguintes à reposição em vigor ou ao referido aumento de capital, o seguro apenas não garante o acréscimo de cobertura relacionado com as referidas circunstâncias, salvo convenção em contrário constante das Condições Particulares.

#### 2.3.2.2. MORTE POR ACIDENTE

O que está seguro:

Pagamento de um capital adicional previsto nas Condições Particulares em caso de morte ocorrida durante a vigência do contrato, por Acidente.

#### 2.3.2.3. MORTE POR ACIDENTE DE CIRCULAÇÃO

O que está seguro:

Pagamento de um capital adicional previsto nas Condições Particulares em caso de morte ocorrida durante a vigência do contrato, por Acidente de Circulação.

#### 2.3.2.4. INVALIDEZ TOTAL E PERMANENTE POR DOENÇA E ACIDENTE

O que está seguro:

Pagamento do capital seguro previsto nas Condições Particulares em caso de Invalidez Total e Permanente ocorrida durante a vigência do contrato, provocada por acidente ou doença.

O que não está seguro:

- Doenças resultantes do consumo de bebidas alcoólicas, do uso de produtos tóxicos, de drogas ou de estupefacientes fora de prescrição médica;
- Patologias do foro psíquico, salvo se verificadas ininterruptamente por um período mínimo de 2 anos.

#### 2.3.2.5. INVALIDEZ TOTAL E PERMANENTE POR ACIDENTE

O que está seguro:

Pagamento de um capital adicional previsto nas Condições Particulares em caso de Invalidez Total e Permanente ocorrida durante a vigência do contrato, provocada por acidente.

#### 2.3.2.6. INVALIDEZ TOTAL E PERMANENTE POR ACIDENTE DE CIRCULAÇÃO

O que está seguro:

Pagamento de um capital adicional previsto nas Condições Particulares em caso de Invalidez Total e Permanente ocorrida durante a vigência do contrato, por acidente de circulação.

#### 2.3.2.7. DOENÇA GRAVE

O que está seguro:

Após os primeiros 3 meses de vigência do contrato, o pagamento antecipado da totalidade do capital seguro da cobertura de Morte, caso a Pessoa Segura venha a contrair, durante a vigência do contrato, qualquer uma das seguintes doenças graves:

- CANCRO OU NEOPLASIA

## 2. ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Que provoque sequelas neurológicas permanentes que determinem, por si só, uma incapacidade funcional igual ou superior a 25% de acordo com a Tabela Nacional de Incapacidades por Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais, sem aplicação dos factores correctivos nela estabelecidos para o cálculo das desvalorizações finais em função da possibilidade de reconversão para o posto de trabalho ou profissão.

## 3. ENFARTE DO MIOCARDIO

Que origine incapacidade funcional irreversível.

## 4. DOENÇA CORONÁRIA QUE EXIJA CIRURGIA

Cirurgia em duas ou mais artérias coronárias a fim de corrigir estreitamento ou bloqueio exclusivamente através de enxertos de by-pass realizados quando existam sintomas de angina incapacitante.

## 5. INSUFICIÊNCIA RENAL crónica e irreversível que determine diálise permanente ou transplante de rins.

## 6. TRANSPLANTE DE ORGÃOS VITAIS

Cirurgia de transplante de coração, coração e pulmão, fígado, pâncreas e medula óssea.

O que não está seguro:

- a) Cancro ou neoplasia, acidente vascular cerebral, enfarte do miocárdio, doença coronária que exija cirurgia, insuficiência renal e transplante de órgãos vitais durante os 3 primeiros meses do contrato. Neste caso, serão devolvidos os prémios pagos respeitantes a esta garantia a qual se extingue mantendo-se, contudo, o seguro em vigor;
- b) Todas as doenças secundárias ao síndrome de imunodeficiência humana adquirida ou com ele correlacionadas;
- c) Doenças resultantes do uso de drogas ou de estupefacientes fora de prescrição médica;
- d) Na Doença Grave "Cancro ou Neoplasia": a leucemia linfática crónica, as neoplasias não invasivas localizadas ou 'cancros in situ', os tumores em presença de qualquer vírus de imunodeficiência humana adquirida e qualquer neoplasia da pele que não seja melanoma maligno;
- e) Cicatriz de enfarte evidenciada através do electrocardiograma;
- f) Cirurgia de desobstrução coronária por cateterismo;
- g) Acidentes isquémicos transitórios (A.I.T.) e outros de maior duração mas com recuperação completa sem sequelas num prazo máximo de quinze (15) dias.

### 2.3.3. ÂMBITO TERRITORIAL

Os riscos estão cobertos em qualquer parte do Mundo, salvo convenção em contrário.

No entanto, na proposta de subscrição ou em momento posterior, deverão ser declaradas previamente ao Segurador, estadias e respectivos motivos em locais de risco fora dos seguintes países ou regiões: União Europeia, Suíça, Noruega, E.U.A., Canadá, Argentina, Brasil, Japão, Austrália e Nova Zelândia.

A cobertura dos riscos nos países ou regiões que obrigam a declaração pode ser sujeita a agravamento do prémio e/ou a exclusões, dependendo da análise aos locais de risco e respectivos motivos.

### 2.3.4. EXCLUSÕES APLICÁVEIS A TODAS AS COBERTURAS

Estão sempre excluídas do âmbito de todas as coberturas do seguro as seguintes situações:

- a) 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;
- b) 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.

Estão também excluídas de todas as coberturas do seguro, salvo convenção em contrário, as seguintes situações:

- a) Guerra, invasão, acto de inimigo estrangeiro, hostilidades ou operações bélicas, guerra civil, insurreição, rebelião e revolução;
- b) Actos de terrorismo, como tal considerados pela legislação penal portuguesa vigente;
- c) Greves, distúrbios laborais, tumultos, alterações de ordem pública;
- d) 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;
- e) Operações de campanha, fazendo a Pessoa Segura parte das Forças Armadas ou Militarizadas;
- f) Pilotagem e utilização de aeronaves, excepto como passageiro de linha aérea regular;
- g) Corridas de velocidade organizadas para veículos de qualquer natureza, motorizados ou não, e respectivos treinos;
- h) Prática das seguintes actividades:
  - 1) Alpinismo, escalada, montanhismo e espeleologia;
  - 2) Desportos aéreos, incluindo balonismo, asa delta, paraquedismo, parapente, queda livre, *sky diving*, *sky surfing*, *base jumping* e saltos ou saltos invertidos com mecanismo de suspensão corporal (*bungee jumping*);
  - 3) Descida em *rappel* ou *slide*; descida de correntes originadas por desníveis nos cursos de água (*rafting*, *canyoning*, *canoagem*); *parkour*;
  - 4) Prática de caça de animais ferozes; caça submarina; imersões submarinas com auxiliares de respiração; *tauromaquia*;
  - 5) Prática desportiva em competições, estágios e respectivos treinos.

Estão igualmente excluídos de todas as coberturas complementares do seguro, salvo convenção em contrário constante das Condições Particulares, os sinistros devidos a:

- a) Doenças ou incapacidades pré-existentes à data de aceitação da adesão ao contrato de seguro;
- b) Suicídio ou tentativa de suicídio;
- c) Acidentes resultantes da utilização de veículos motorizados de duas ou três rodas ou motoquatro;
- d) Desportos de Inverno, designadamente, *bobsleigh*, saltos de esqui, prática de esqui, *snowboard*, *snowblade*, hóquei sobre gelo;
- e) Artes marciais e desportos de combate.

### 3. PRÉMIO

#### 3.1. Cálculo

O prémio é calculado anualmente sobre o capital seguro, na data início do contrato e nas datas de renovação, tendo em conta a idade actuarial da Pessoa Segura.

O prémio é pago anualmente, sendo sempre devido por inteiro e pago antecipadamente. O Segurador pode, no entanto, aceitar que o prémio seja pago em fracções semestrais, trimestrais ou mensais, havendo neste caso lugar à aplicação dos seguintes encargos máximos de fraccionamento:

Semestral	1,0%
Trimestral	1,5%

Os prémios podem ser pagos por Débito em Conta, Agências Império Bonança, Agentes ou Mediadores com poder de cobrança, Cobrança Postal ou Multibanco. O pagamento por Débito em Conta fica isento de encargos de fraccionamento.

O prémio mensal é pago exclusivamente por Débito em Conta.

As taxas de prémio em vigor estão disponíveis para consulta nas agências da Império Bonança.

#### 3.2. Alteração do prémio

Os prémios relativos à cobertura principal e às coberturas complementares de morte por acidente, morte por acidente de circulação, invalidez total e permanente por doença ou acidente, invalidez total e permanente por acidente e invalidez total e permanente por acidente de circulação serão alterados durante a vigência do contrato quando se verifique alteração dos riscos cobertos, capitais seguros, tarifas ou idades actuariais.

Os prémios relativos às referidas coberturas de acidente e invalidez serão ainda alterados quando ocorra agravamento do risco.

Não haverá agravamento do prémio das coberturas de acidente e de invalidez quando ocorra de agravamento do estado de saúde.

Compete ao Tomador do Seguro e à Pessoa Segura comunicar o agravamento do risco ao Segurador, no prazo de 14 dias a partir do conhecimento dos factos. Podem agravar o risco assumido pelo Segurador, as seguintes circunstâncias relativas às coberturas complementares de acidente e de invalidez por acidente ou doença:

- A mudança da actividade profissional, ocupacional e desportiva da Pessoa Segura;
- A mudança da residência da Pessoa Segura.

#### 3.3. Consequências da falta de pagamento

O prémio ou fracção inicial é devido na data da celebração do contrato. Os prémios ou fracções seguintes são devidos nas datas indicadas no contrato.

As datas de vencimento das fracções, os seus montantes e as consequências da falta de pagamento constarão do aviso de pagamento. A falta de pagamento do prémio na data de vencimento confere ao Segurador o direito de resolver o contrato por escrito, no termo do prazo indicado na comunicação enviada.

A resolução do contrato não exonera o Tomador do Seguro da obrigação de liquidar os prémios ou fracções em dívida correspondentes ao período de tempo em que o seguro esteve em vigor, acrescidos dos juros de mora calculados à taxa legal sobre o montante em dívida.

O Tomador do Seguro pode repor em vigor o contrato, nas condições originárias e sem novo exame médico, mediante o pagamento dos respectivos prémios em atraso, acrescidos de juros de mora legais, no prazo máximo de 180 dias a contar da data da resolução.

### 4. BENEFICIÁRIO

Os beneficiários em caso de morte ou de invalidez serão os designados pelo Tomador do Seguro.

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.

O beneficiário em caso de Doença Grave será a Pessoa Segura.

#### FALTA OU INCORRECÇÃO NA INDICAÇÃO DE BENEFICIÁRIO

Na falta de designação do beneficiário, o capital seguro é prestado:

- Por falecimento da Pessoa Segura, aos herdeiros da Pessoa Segura;
- Em caso de invalidez, à Pessoa Segura.

A Pessoa Segura que não seja beneficiária tem ainda de dar o seu consentimento para a cobertura do risco.

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.

### 5. DEVER DE DECLARAÇÃO INICIAL DO RISCO

Antes da celebração do contrato, o Tomador do Seguro e a Pessoa Segura estão obrigados a declarar com exactidão todas as circunstâncias que conheçam e razoavelmente devam ter por significativas para a apreciação do risco pelo Segurador, ainda que a respectiva menção não seja solicitada em questionário por este fornecido.

Em caso de incumprimento negligente desta obrigação, o Segurador pode propor a alteração do contrato ou fazê-lo cessar.

Em caso de incumprimento doloso desta obrigação, o Segurador pode declarar o contrato nulo.

## 6. DURAÇÃO, RENOVAÇÃO E DENÚNCIA DO CONTRATO

O contrato produz os seus efeitos a partir do dia e hora acordados, indicados nas Condições Particulares, que corresponderá à data de aceitação por parte do Segurador, se esta for posterior.

O contrato é celebrado por um ano a continuar pelos anos seguintes e prorroga-se sucessivamente por novos períodos de um ano, salvo se for denunciado por qualquer das partes ou se não for pago o prémio.

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

O contrato cessa no termo da anuidade em que o cliente atinja os 65 anos.

## 7. OBRIGAÇÕES DAS PARTES EM CASO DE SINISTRO

### 1. Obrigações do Segurador:

Pagar as indemnizações até ao 30º dia após o apuramento dos factos relativos à ocorrência do sinistro e das suas causas, circunstâncias e consequências e a entrega dos documentos respectivos.

Em caso de incumprimento, o Segurador incorrerá em mora, vencendo a indemnização juros à taxa legal em vigor.

### 2. Obrigações do Tomador do Seguro, da Pessoa Segura e do Beneficiário:

- a) Participar o sinistro ao Segurador no prazo máximo de 8 dias a contar daquele em que tenha conhecimento do mesmo;
- b) Tomar as medidas ao seu alcance no sentido de evitar ou limitar as consequências do sinistro;
- c) Entregar ao Segurador os documentos comprovativos da identidade e qualidade de Beneficiário ou de herdeiro com direito à indemnização, bem como:

#### c1) Em caso de morte

- Certificado de óbito;
- Se a morte for consequência de doença, promover o envio a médico designado pelo Segurador de declaração do médico assistente que especifique a causa e circunstâncias da morte, a data de diagnóstico e a duração da doença ou lesão;
- Se a morte for consequência de acidente, promover o envio a médico designado pelo Segurador do relatório da autópsia da Pessoa Segura e auto de ocorrência incluindo os resultados dos testes toxicológicos e de alcoolémia;

#### c2) Em caso de invalidez

- Promover o envio a médico designado pelo Segurador de relatório do médico assistente que indique as causas, a data do início, a evolução e as consequências da lesão corporal e ainda informação sobre o grau de invalidez verificada e a sua provável duração. A divergência entre o médico da Pessoa Segura e o médico designado pelo Segurador quanto ao grau de invalidez, pode ser decidida por um médico nomeado por ambas as partes;
- Documento comprovativo do reconhecimento da invalidez emitido pela instituição de Segurança Social ou pelo Tribunal de Trabalho;
- Documento descrevendo a actividade profissional ou ocupação principal exercida pela Pessoa Segura antes de ter sido afectada pela Invalidez;
- Atestado médico de incapacidade multíusos;
- Se a invalidez for consequência de acidente, promover o envio do auto de ocorrência e resultados dos testes toxicológicos e de alcoolemia.

#### c3) Em caso de doença grave:

- Promover o envio a médico designado pelo Segurador de relatório do médico assistente da especialidade adequada, contendo o diagnóstico inequívoco, demonstrável e fundamentado, que mencione e caracterize expressamente a data dos primeiros sintomas, os critérios clínicos e os meios de diagnóstico utilizados, a evolução, situação clínica actual, terapêuticas e prognóstico.
- No caso de Acidente Vascular cerebral, a deficiência neurológica permanente deve ser demonstrada e avaliada em função da capacidade de desempenho de actividades pessoais e/ou profissionais.
- No Caso de Enfarte de Miocárdio, consideram-se critérios diagnósticos de enfarte de miocárdio, pelo menos, os seguintes:
  - História de dor precordial típica;
  - Alterações electrocardiográficas compatíveis, de instalação recente;
  - Elevação dos enzimas cardíacos.
- Consideram-se necessários à fundamentação da evidência e avaliação do compromisso da função cardíaca, os seguintes exames auxiliares de diagnóstico:
  - Electrocardiograma;
  - Ecocardiograma;
  - Eventual estudo hemodinâmico.

- d) A Pessoa Segura está obrigada a cumprir todas as prescrições médicas, sujeitar-se a exame por médico designado pelo Segurador e a autorizar os médicos que a assistiram a prestarem a médico designado pelo Segurador todas as informações solicitadas.

O incumprimento das obrigações anteriormente referidas pode determinar a redução das prestações do Segurador ou, em caso de dolo, a perda da cobertura e o incumprimento da obrigação da Pessoa Segura prevista na alínea d) determina a cessação da responsabilidade do Segurador.

A verificação de incorrecção na idade da Pessoa Segura declarada na apólice, determina a redução das importâncias seguras de acordo com os prémios pagos, a idade exacta e as tarifas em vigor, ou a devolução da parte do prémio pago em excesso, sem juros, se dessa incorrecção tiver decorrido o pagamento de prémios, respectivamente, inferiores ou superiores aos que deveriam ter sido estabelecidos, sem prejuízo do disposto no contrato.

## 8. DADOS PESSOAIS DE SAÚDE

O Segurador poderá ter necessidade, quer para efeitos de aceitação do contrato, quer para efeitos de regularização de sinistro, em particular em caso de morte, de aceder a dados pessoais de saúde da pessoa segura.

Tal acesso apenas pode ter lugar desde que, para tal, a Pessoa Segura haja dado o seu consentimento informado, livre, específico e expresso, devendo o acesso processar-se em estrita observância das disposições legais em vigor.

O candidato a Pessoa Segura será chamado a prestar esse consentimento, aquando da subscrição/adesão ao contrato, de forma a prevenir eventuais situações de litígio em caso de regularização de sinistro.

A recusa de consentimento nos termos e para os efeitos acima referidos poderá determinar, no caso de existirem indícios que evidenciem ter havido omissões ou inexactidões aquando da declaração do risco e ou da participação do sinistro, que o Segurador fique impossibilitado de proceder, enquanto não forem prestadas as informações por ele requeridas, à regularização de sinistro que vier a ser participado ao abrigo do contrato de seguro.

#### 9. PARTICIPAÇÃO NOS RESULTADOS

Este contrato não confere direito a Participação nos Resultados.

#### 10. RECLAMAÇÕES

O Segurador dispõe de uma unidade orgânica específica para receber, analisar e dar resposta às reclamações efectuadas, sem prejuízo de poder ser requerida a intervenção do Instituto de Seguros de Portugal e da possibilidade de recurso à arbitragem.

#### 11. REGIME FISCAL APLICÁVEL AOS BENEFICIÁRIOS RESIDENTES (VIGENTE EM 2011)

O contrato fica sujeito ao regime fiscal em vigor, não recaindo sobre o Segurador qualquer ónus, encargo ou responsabilidade em consequência de alteração legislativa ou de uma diferente interpretação, da que seguidamente se apresenta, das normas legais aplicáveis.

##### **Imposto do Selo**

Em caso de morte da Pessoa Segura, as transmissões gratuitas dos créditos provenientes deste produto não estão sujeitas a Imposto do Selo.

#### 12. LEI APLICÁVEL

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

#### 13. AUTORIDADE DE SUPERVISÃO

Instituto de Seguros de Portugal.