



YOLO!

Condições Gerais e Especiais da Apólice

Apoio ao Cliente: 210 042 490 / 226 089 290
Atendimento personalizado disponível todos os dias úteis das 8h30 às 19h00

www.occidental.pt

ÍNDICE

Condições Gerais

- 06 ARTIGO 1.º - DEFINIÇÕES
- 06 ARTIGO 2.º - DECLARAÇÃO DO RISCO
- 07 ARTIGO 3.º - OBJETO DO CONTRATO
- 07 ARTIGO 4.º - INÍCIO E DURAÇÃO DO CONTRATO
- 07 ARTIGO 5.º - INCONTESTABILIDADE
- 07 ARTIGO 6.º - CONDIÇÕES DE ADESÃO
- 08 ARTIGO 7.º - EXCLUSÕES
- 08 ARTIGO 8.º - BENEFICIÁRIOS
- 09 ARTIGO 9.º - CESSAÇÃO DAS COBERTURAS PARA CADA PESSOA SEGURA
- 09 ARTIGO 10.º - AGRAVAMENTO DO RISCO
- 09 ARTIGO 11.º - RETIFICAÇÃO DA IDADE
- 09 ARTIGO 12.º - CÁLCULO DO PRÉMIO
- 10 ARTIGO 13.º - PAGAMENTO DO PRÉMIO
- 10 ARTIGO 14.º - FALTA DE PAGAMENTO DO PRÉMIO
- 10 ARTIGO 15.º - VERIFICAÇÃO DO SINISTRO E PAGAMENTO DAS IMPORTÂNCIAS SEGURAS
- 11 ARTIGO 16.º - CESSAÇÃO DO CONTRATO
- 11 ARTIGO 17.º - PARTICIPAÇÃO NOS RESULTADOS
- 11 ARTIGO 18.º - INVESTIMENTO AUTÓNOMO
- 11 ARTIGO 19.º - TRANSMISSIBILIDADE
- 11 ARTIGO 20.º - COMUNICAÇÕES E DOMICÍLIOS
- 12 ARTIGO 21.º - LIVRE RESOLUÇÃO
- 12 ARTIGO 22.º - REGIME FISCAL
- 12 ARTIGO 23.º - LEI APLICÁVEL, RECLAMAÇÕES E ARBITRAGEM
- 12 ARTIGO 24.º - FORO COMPETENTE
- 12 ARTIGO 25.º - RELATÓRIO DE SOLVÊNCIA E SITUAÇÃO FINANCEIRA

Condições Especiais – YOLO!

- 13 ARTIGO 1.º - GRUPO SEGURÁVEL
- 13 ARTIGO 2.º - PESSOAS SEGURAS
- 13 ARTIGO 3.º - INÍCIO DA COBERTURA
- 13 ARTIGO 4.º - GARANTIAS
- 14 ARTIGO 5.º - EVENTOS VITAIS
- 15 ARTIGO 6.º - CESSAÇÃO DAS GARANTIAS
- 15 ARTIGO 7.º - DURAÇÃO DO CONTRATO
- 15 ARTIGO 8.º - PAGAMENTO DO PRÉMIO
- 15 ARTIGO 9.º - AGRAVAMENTO DO RISCO

Condições Especiais – YOLO!

Cobertura Complementar – Morte por Acidente

- 16 ARTIGO 1.º - DEFINIÇÕES
- 16 ARTIGO 2.º - OBJETO DA COBERTURA
- 16 ARTIGO 3.º - JUSTIFICAÇÃO E RECONHECIMENTO DO DIREITO ÀS GARANTIAS
- 16 ARTIGO 4.º - BENEFICIÁRIOS
- 16 ARTIGO 5.º - CESSAÇÃO DAS GARANTIAS
- 16 ARTIGO 6.º - EXCLUSÕES
- 17 ARTIGO 7.º - PAGAMENTO DO PRÉMIO
- 17 ARTIGO 8.º - DISPOSIÇÃO FINAL

Condições Especiais – YOLO!

Cobertura Complementar - Invalidez Total e Permanente

- 18 ARTIGO 1.º - DEFINIÇÕES
- 18 ARTIGO 2.º - OBJETO DA COBERTURA
- 18 ARTIGO 3.º - JUSTIFICAÇÃO E RECONHECIMENTO DO DIREITO ÀS GARANTIAS
- 19 ARTIGO 4.º - BENEFICIÁRIOS
- 19 ARTIGO 5.º - CESSAÇÃO DAS GARANTIAS
- 19 ARTIGO 6.º - EXCLUSÕES
- 19 ARTIGO 7.º - PAGAMENTO DO PRÉMIO
- 19 ARTIGO 8.º - DISPOSIÇÃO FINAL

Condições Especiais – YOLO!

Cobertura Complementar - Invalidez Total e Permanente por Acidente

- 20 ARTIGO 1.º - DEFINIÇÕES
- 20 ARTIGO 2.º - OBJETO DA COBERTURA
- 20 ARTIGO 3.º - JUSTIFICAÇÃO E RECONHECIMENTO DO DIREITO ÀS GARANTIAS
- 21 ARTIGO 4.º - BENEFICIÁRIOS
- 21 ARTIGO 5.º - CESSAÇÃO DAS GARANTIAS
- 21 ARTIGO 6.º - EXCLUSÕES
- 21 ARTIGO 7.º - PAGAMENTO DO PRÉMIO
- 21 ARTIGO 8.º - DISPOSIÇÃO FINAL

Condições Especiais – YOLO!

Cobertura Complementar - Dependência

- 22 ARTIGO 1.º - DEFINIÇÕES
- 22 ARTIGO 2.º - OBJETO DA COBERTURA
- 23 ARTIGO 3.º - JUSTIFICAÇÃO E RECONHECIMENTO DO DIREITO ÀS GARANTIAS
- 23 ARTIGO 4.º - BENEFICIÁRIOS
- 24 ARTIGO 5.º - CESSAÇÃO DAS GARANTIAS
- 24 ARTIGO 6.º - EXCLUSÕES
- 24 ARTIGO 7.º - PAGAMENTO DO PRÉMIO
- 24 ARTIGO 8.º - DISPOSIÇÃO FINAL

Condições Especiais – YOLO!
Cobertura Complementar - 27 Doenças Graves

- 25 ARTIGO 1.º - DEFINIÇÕES
- 25 ARTIGO 2.º - OBJETO DA COBERTURA
- 25 ARTIGO 3.º - DOENÇAS GRAVES
- 32 ARTIGO 4.º - EXCLUSÕES
- 32 ARTIGO 5.º - JUSTIFICAÇÃO E RECONHECIMENTO DO DIREITO ÀS GARANTIAS
- 33 ARTIGO 6.º - BENEFICIÁRIOS
- 33 ARTIGO 7.º - CESSAÇÃO DAS GARANTIAS
- 34 ARTIGO 8.º - PAGAMENTO DO PRÉMIO
- 34 ARTIGO 9.º - DISPOSIÇÃO FINAL

Condições Especiais – YOLO!
Cobertura Complementar - 4 Doenças Graves

- 35 ARTIGO 1.º - DEFINIÇÕES
- 35 ARTIGO 2.º - OBJETO DA COBERTURA
- 35 ARTIGO 3.º - DOENÇAS GRAVES
- 37 ARTIGO 4.º - EXCLUSÕES
- 37 ARTIGO 5.º - JUSTIFICAÇÃO E RECONHECIMENTO DO DIREITO ÀS GARANTIAS
- 38 ARTIGO 6.º - BENEFICIÁRIOS
- 38 ARTIGO 7.º - CESSAÇÃO DAS GARANTIAS
- 38 ARTIGO 8.º - PAGAMENTO DO PRÉMIO
- 38 ARTIGO 9.º - DISPOSIÇÃO FINAL

Condições Especiais – YOLO!
Cobertura Complementar - Cancro In Situ

- 39 ARTIGO 1.º - DEFINIÇÕES
- 39 ARTIGO 2.º - OBJETO DA COBERTURA
- 39 ARTIGO 3.º - EXCLUSÕES
- 40 ARTIGO 4.º - JUSTIFICAÇÃO E RECONHECIMENTO DO DIREITO ÀS GARANTIAS
- 40 ARTIGO 5.º - BENEFICIÁRIOS
- 40 ARTIGO 6.º - CESSAÇÃO DAS GARANTIAS
- 41 ARTIGO 7.º - PAGAMENTO DO PRÉMIO
- 41 ARTIGO 8.º - DISPOSIÇÃO FINAL

Condições Especiais – YOLO!
Cobertura Complementar - Cancro Invasivo

- 42 ARTIGO 1.º - DEFINIÇÕES
- 42 ARTIGO 2.º - OBJETO DA COBERTURA
- 43 ARTIGO 3.º - EXCLUSÕES
- 43 ARTIGO 4.º - JUSTIFICAÇÃO E RECONHECIMENTO DO DIREITO ÀS GARANTIAS
- 44 ARTIGO 5.º - BENEFICIÁRIOS
- 44 ARTIGO 6.º - CESSAÇÃO DAS GARANTIAS
- 44 ARTIGO 7.º - PAGAMENTO DO PRÉMIO
- 44 ARTIGO 8.º - DISPOSIÇÃO FINAL

Condições Especiais – YOLO!
Cobertura Complementar - Subsídio Diário de hospitalização

- 45 ARTIGO 1.º - DEFINIÇÕES
- 45 ARTIGO 2.º - OBJETO DA COBERTURA
- 45 ARTIGO 3.º - EXCLUSÕES
- 46 ARTIGO 4.º - JUSTIFICAÇÃO E RECONHECIMENTO DO DIREITO ÀS GARANTIAS
- 46 ARTIGO 5.º - BENEFICIÁRIOS
- 46 ARTIGO 6.º - CESSAÇÃO DAS GARANTIAS
- 46 ARTIGO 7.º - PAGAMENTO DO PRÉMIO
- 46 ARTIGO 8.º - DISPOSIÇÃO FINAL

Condições Especiais – YOLO!
Cobertura Complementar - Subsídio de Funeral

- 47 ARTIGO 1.º - DEFINIÇÕES
- 47 ARTIGO 2.º - OBJETO DA COBERTURA
- 47 ARTIGO 3.º - JUSTIFICAÇÃO E RECONHECIMENTO DO DIREITO ÀS GARANTIAS
- 47 ARTIGO 4.º - BENEFICIÁRIOS
- 47 ARTIGO 5.º - CESSAÇÃO DAS GARANTIAS
- 47 ARTIGO 6.º - PAGAMENTO DO PRÉMIO
- 47 ARTIGO 7.º - DISPOSIÇÃO FINAL

YOLO! **Condições Gerais**

ARTIGO 1.º - DEFINIÇÕES

SEGURADOR: a Ocidental - Companhia Portuguesa de Seguros de Vida, S.A., legalmente autorizada a exercer a atividade seguradora;

TOMADOR DO SEGURO: a pessoa singular ou coletiva que celebra o contrato de seguro com o Segurador;

PROPOSTA DE SEGURO: documento que titula a vontade do Tomador do Seguro de subscrever um contrato de seguro em determinadas condições;

GRUPO SEGURÁVEL: o conjunto de pessoas que, em cada momento, mantenha com o Tomador do Seguro o vínculo ou interesse comum definido como condição de elegibilidade nas Condições Especiais, Particulares ou Certificado Individual;

PESSOA SEGURA: a pessoa, integrante do Grupo Segurável que se tenha proposto aderir e tenha sido aceite pelo Segurador para efeitos da garantia dos riscos cobertos nos termos previstos neste contrato;

PROPOSTA DE ADESÃO: documento que titula a vontade da Pessoa Segura de subscrever um contrato de seguro em determinadas condições;

APÓLICE: o conjunto de documentos que titulam o contrato de seguro, e de que fazem parte integrante a Proposta de Seguro, as Propostas de Adesão e os Questionários de Saúde, as Condições Gerais, as Condições Especiais, as Condições Particulares, os Certificados Individuais e todos os documentos adicionais emitidos para a completar ou alterar;

CAPITAL SEGURO: valor inscrito no Certificado Individual como sendo o devido ao Beneficiário em caso de verificação de um risco que se considere coberto pelo contrato de seguro;

IDADE ATUARIAL: a idade no aniversário da Pessoa Segura mais próximo da data do início do contrato de seguro ou da renovação do mesmo;

CERTIFICADO INDIVIDUAL: o documento emitido pelo Segurador comprovativo da adesão de cada Pessoa segura ao contrato de seguro, mencionando, nomeadamente, o capital seguro e as identificações do Tomador do seguro, da Pessoa segura e dos Beneficiários;

BENEFICIÁRIO: a pessoa singular ou coletiva a favor da qual reverte o capital seguro em caso de verificação de um risco coberto pela apólice;

SEGURO DE GRUPO CONTRIBUTIVO: O Seguro de grupo diz-se contributivo quando resulta do contrato que as Pessoas Seguras suportam no todo ou em parte o pagamento do montante correspondente ao prémio devido pelo Tomador do Seguro;

SEGURO DE GRUPO NÃO CONTRIBUTIVO: O Seguro de grupo diz-se não contributivo quando o pagamento do prémio é suportado pelo Tomador do Seguro.

ARTIGO 2.º - DECLARAÇÃO DO RISCO

1 - As declarações do Tomador do Seguro e da Pessoa Segura, prestadas na Proposta de Seguro e na Proposta de Adesão, bem como nos Questionários de Saúde, quando existentes, servem de base ao presente contrato.

2 - O incumprimento pelo Tomador do Seguro ou pela Pessoa Segura do dever de declarar com exatidão todas as circunstâncias que conheça e razoavelmente deva ter por significativas para a apreciação do risco, determina a anulabilidade, a alteração ou a cessação do contrato ou da adesão, conforme as situações e nos termos previstos na lei.

ARTIGO 3.º - OBJETO DO CONTRATO

1 - O presente contrato tem por objeto a cobertura do risco de morte, designado cobertura principal, bem como das coberturas complementares contratadas e constantes das Condições Especiais respetivas, quando mencionadas nas Condições Particulares e Certificados Individuais, obrigando-se o Segurador ao pagamento do capital seguro em caso de verificação dos riscos cobertos.

2 - Este contrato não confere direito a resgate, transferência, adiantamento ou redução.

3 - Salvo convenção em contrário nas Condições Especiais, Particulares ou no Certificado Individual e sem prejuízo das exclusões legais e contratuais aplicáveis, o presente contrato tem restrições ao âmbito territorial para as deslocações que ocorram para fora da União Europeia, com exceção dos países Suíça, Noruega, EUA, Canadá, Austrália, Nova Zelândia e Japão.

4 - Sempre que a Pessoa Segura ou, no caso de seguro de grupo não contributivo, o Tomador do Seguro pretenda a extensão a outros locais para além dos referidos no número anterior deverá, previamente ao início da deslocação, comunicar tal facto ao Segurador que poderá aceitar a sua extensão nas condições que para o efeito sejam estabelecidas e mediante o pagamento do respetivo sobreprémio.

5 - O Segurador não será responsável por garantir qualquer cobertura, efetuar qualquer pagamento ou prestar qualquer outro benefício objeto do presente contrato de seguro na medida em que a garantia dessa cobertura, esse pagamento, a regularização desse sinistro ou a prestação desse benefício exponham o Segurador a qualquer sanção, proibição ou restrição impostas por resolução das Nações Unidas ou por sanções, leis ou regulamentos comerciais ou económicos da União Europeia, desde que aplicáveis no ordem jurídica portuguesa.

ARTIGO 4.º - INÍCIO E DURAÇÃO DO CONTRATO

1 - O contrato tem o seu início às zero horas do dia imediato ao da aceitação do risco pelo Segurador, salvo se outra data de início for convencionada.

2 - O presente contrato é celebrado pelo período de um ano, salvo se outro período inicial for convencionado nas Condições Especiais ou Particulares, prorrogando-se sucessivamente, no final do prazo estipulado, por novos períodos de um ano, sem prejuízo de poder ser denunciado nos termos previstos neste contrato.

3 - As adesões que não tenham início na data aniversária do contrato vigoram pelo período que decorre até àquela data, após o qual se prorrogam nos termos previstos no número anterior.

ARTIGO 5.º - INCONTESTABILIDADE

Exceto quanto às coberturas complementares de acidente e de invalidez, o Segurador não se pode prevalecer de omissões ou inexactidões negligentes na declaração inicial de risco depois de decorridos dois anos sobre a celebração do contrato.

ARTIGO 6.º - CONDIÇÕES DE ADESÃO

1 - Podem propor-se aderir a este contrato todas as pessoas que façam parte do Grupo Segurável definido nas Condições Especiais, Particulares ou Certificado Individual.

2 - A Proposta de Adesão, devidamente preenchida e assinada pelo candidato a Pessoa Segura, bem como o Questionário de Saúde quando existente, serve de base à apreciação e à aceitação do risco, reservando-se o Segurador o direito de exigir, por sua conta, outras informações relativas ao estado de saúde do candidato a Pessoa Segura.

3 - A Pessoa Segura, pode exigir, a qualquer altura, o acesso aos dados médicos de exames realizados.

4 - Além das referidas no número anterior, poderão ser exigidas pelo Segurador outras informações necessárias à avaliação do risco.

5 - Até à apreciação das informações solicitadas nos termos dos números anteriores e até ao termo do prazo legalmente fixado para o efeito, a Proposta de Adesão não se considera aceite, podendo o Segurador adiar a decisão por uma ou mais vezes, mediante comunicação fundamentada remetida ao candidato a Pessoa Segura.

6 - Da apreciação global do risco pelo Segurador pode resultar a aceitação ou recusa da adesão ao contrato ou a aceitação mediante o pagamento de sobreprémio, redução dos capitais ou exclusão, total ou parcial, de coberturas.

7 - A recusa ou aceitação do seguro com sobreprémio, redução de capitais ou exclusão de coberturas será comunicada por escrito, à Pessoa Segura, no prazo de 30 dias a contar da conclusão da análise do respetivo risco individual.

8 - Por iniciativa do Tomador do Seguro ou do Segurador, os efeitos decorrentes do contrato poderão ser circunscritos aos emergentes dos Certificados Individuais já emitidos e em vigor em determinada data.

9 - Para efeitos do exercício da faculdade prevista no número anterior, a parte interessada deverá comunicar à outra a sua intenção, mediante carta registada expedida com a antecedência mínima de 30 dias em relação à data em que pretenda a produção de efeitos.

ARTIGO 7.º - EXCLUSÕES

1 - Não se consideram cobertos por este contrato os sinistros resultantes de:

- a) doença preexistente, considerando-se como tal toda a alteração involuntária do estado de saúde da Pessoa Segura, suscetível de constatação médica objetiva, e que tenha sido objeto de um diagnóstico ou que, com suficiente grau de evidência, se tenha revelado em data anterior à da adesão ao presente contrato, à da aceitação de uma nova cobertura ou à do aumento do capital seguro da cobertura, respeitando neste último caso a exclusão somente ao acréscimo de cobertura, salvo quando tenha havido comunicação formal ao Segurador, e aceitação por parte deste, nas condições que para o efeito tenham sido estabelecidas. Caso ocorra alguma alteração ao estado de saúde da Pessoa Segura entre a data da subscrição e a data de adesão ao presente contrato, essa alteração deverá ser comunicada ao Segurador de forma a ser reavaliado o risco em conformidade;
- b) suicídio da Pessoa Segura, se ocorrido até dois anos após a data do início da adesão ou do aumento do capital seguro por morte, respeitando neste último caso a exclusão somente ao acréscimo de cobertura;
- c) ilícito criminal ou contraordenacional praticado pela Pessoa Segura, pelo Tomador do Seguro ou pelo Beneficiário, como tal declarado em sentença transitada em julgado, ainda que sem condenação efetiva;
- d) situação de guerra, esteja ou não mobilizada a Pessoa Segura, terrorismo ou perturbações da ordem pública no país de residência ou noutro, mesmo durante deslocações temporárias;
- e) cataclismos da natureza;
- f) reações nucleares e contaminação radioativa;
- g) ato intencional ou mutilação voluntária, embriaguez ou de uso de estupefacientes fora de prescrição médica, considerando-se que se encontra em estado de embriaguez aquele a quem for detetado uma taxa de alcoolemia superior a 0,5 g/l;
- h) condução ou utilização de aeronaves, exceto como passageiro a bordo de carreiras comerciais autorizadas pela Comissão Europeia;
- i) atividade profissional ou extraprofissional manifestamente perigosa, tal como competição de velocidade em veículo de qualquer natureza, exercício da atividade de bombeiro ou construção civil ou utilização e manipulação de materiais perigosos;
- j) deslocação temporária ou permanente para países ou regiões em que ocorra epidemia declarada pelas autoridades de saúde;
- k) prática profissional de qualquer desporto ou provas desportivas integradas em campeonatos ou respetivos treinos, bem como das atividades profissionais ou amadoras tal como boxe, alpinismo, tauromaquia, espeleologia, paraquedismo, asa delta, parapente, surf, windsurf e caça submarina.

2 - As coberturas garantidas pela apólice podem ser extensivas aos casos previstos nas alíneas h) a k) do número anterior, nas condições que para o efeito sejam estabelecidas com o Segurador e mediante o pagamento prévio do respetivo sobreprémio.

ARTIGO 8.º - BENEFICIÁRIOS

1 - Salvo disposto em contrário nas Condições Especiais ou Particulares, a Pessoa Segura ou, no caso de seguro de grupo não contributivo, o Tomador do Seguro, designa o respetivo Beneficiário, podendo em qualquer momento alterar a cláusula beneficiária, produzindo tal alteração efeitos a partir da data em que o Segurador tenha recebido a correspondente comunicação escrita, a qual constará obrigatoriamente de ata adicional à apólice.

2 - A faculdade de alterar a cláusula beneficiária cessa no momento em que o Beneficiário adquire o direito ao capital seguro.

3 - A cláusula beneficiária é irrevogável sempre que tenha havido aceitação expressa do benefício por parte do Beneficiário ou renúncia expressa da Pessoa Segura ou do Tomador do Seguro, quando tal tiver sido convencionado, em a alterar.

4 - A renúncia da Pessoa Segura ou do Tomador do Seguro a alterar a cláusula beneficiária, assim como a aceitação do Beneficiário depende da efetiva comunicação escrita recebida pelo Segurador.

5 - Sendo a cláusula beneficiária irrevogável, será necessário o prévio acordo escrito do Beneficiário para o exercício de qualquer direito emergente do contrato ou da faculdade de modificar as condições contratuais.

ARTIGO 9.º - CESSAÇÃO DAS COBERTURAS PARA CADA PESSOA SEGURA

1 - Salvo disposto em contrário nas Condições Especiais, Particulares, ou no Certificado Individual, as coberturas garantidas ao abrigo deste contrato cessam para cada Pessoa Segura:

- a) em caso de denúncia do contrato ou do vínculo resultante da adesão, na data aniversária da apólice, desde que comunicada com 30 dias de antecedência;
- b) na data de resolução do contrato;
- c) na data em que a Pessoa Segura atinja a idade limite que se encontre estabelecida nas Condições Especiais ou no Certificado Individual;
- d) na data em que a Pessoa Segura seja excluída do seguro de grupo em caso de cessação do vínculo com o Tomador do Seguro;
- e) quando, consoante o que tenha sido acordado, o Tomador do Seguro ou a Pessoa Segura não proceda ao pagamento do prémio ao Segurador na data estipulada para o efeito;
- f) quando a Pessoa Segura ou o Beneficiário com o conhecimento daquela pratique atos fraudulentos em prejuízo do Segurador ou do Tomador do Seguro;
- g) em caso de pagamento do capital seguro por ter sido atingido o objeto do contrato.

2 - O Tomador do Seguro e a Pessoa Segura obrigam-se a comunicar ao Segurador, no prazo de oito dias, a cessação do vínculo ou interesse comum definido no contrato como condição de elegibilidade.

ARTIGO 10º - AGRAVAMENTO DO RISCO

1 - Relativamente às coberturas contratadas, o Tomador do Seguro ou a Pessoa Segura obrigam-se a comunicar por escrito ao Segurador, no prazo de 14 dias a contar da sua verificação, a ocorrência de quaisquer circunstâncias ou o exercício de quaisquer atividades que sejam suscetíveis de constituir um agravamento do risco, que não resultem de agravamento do estado de saúde da Pessoa Segura, sob pena de resolução do contrato ou cessação das garantias conferidas em relação a uma ou mais Pessoas Seguras, nos termos previstos na lei.

2 - Após a receção da comunicação referida no número anterior, o Segurador poderá optar, no prazo de 30 dias, pela manutenção da cobertura, mediante a aplicação do respetivo sobreprémio, ou pela sua cessação.

ARTIGO 11.º - RETIFICAÇÃO DA IDADE

1 - Em caso de divergência, para mais ou para menos, entre a idade declarada e a verdadeira da Pessoa Segura, a prestação do Segurador reduz-se na proporção do prémio pago ou o Segurador devolve o prémio em excesso, consoante o caso.

2 - O Segurador poderá resolver o contrato se a idade verdadeira divergir dos limites mínimo e máximo estabelecidos pelo Segurador para a celebração deste tipo de contrato de seguro.

ARTIGO 12.º - CÁLCULO DO PRÉMIO

O prémio é calculado em função da idade atuarial da Pessoa Segura, do capital seguro e das tarifas em vigor para cada cobertura à data do cálculo, sendo objeto de revisão nos termos previstos nas Condições Especiais ou no Certificado Individual.

ARTIGO 13.º - PAGAMENTO DO PRÉMIO

1 - A obrigação de pagamento do prémio nas datas e condições estipuladas na apólice impende sobre a Pessoa Segura ou, no caso de seguro de grupo não contributivo, sobre o Tomador do Seguro.

2 - Na vigência do contrato, o Segurador deve avisar por escrito a Pessoa Segura ou, no caso de seguro de grupo não contributivo, o Tomador do Seguro, do montante a pagar, assim como da forma e do lugar de pagamento, com uma antecedência mínima de 30 dias em relação à data em que se vence o prémio ou frações deste.

3 - O prémio ou fração inclui os custos da cobertura do risco, os de aquisição, gestão e cobrança e os encargos de fracionamento, a que acrescem os encargos fiscais e parafiscais que sejam devidos.

4 - Os encargos relacionados com a emissão da apólice ou de atas adicionais, previstos na Proposta ou no Certificado Individual, são incluídos no prémio inicial, ou na primeira fração deste, ou nos prémios correspondentes a alterações do contrato.

5 - O pagamento do prémio terá lugar na sede ou nos escritórios do Segurador, caso nada em contrário tenha sido acordado pelas partes, constituindo, porém, faculdade do Segurador promover a sua cobrança em local diverso ou utilizar outros meios apropriados que a facilitem.

ARTIGO 14.º - FALTA DE PAGAMENTO DO PRÉMIO

1 - A falta de pagamento do prémio na data do vencimento confere ao Segurador o direito a fazer cessar as coberturas relativamente à Pessoa Segura ou à resolução do contrato, consoante o caso.

2 - Em caso de não pagamento do prémio na data de vencimento, se o contrato estabelecer um benefício irrevogável a favor de terceiro, deve o Segurador interpellá-lo, no prazo de 30 dias, para, querendo, substituir-se à Pessoa Segura ou ao Tomador do Seguro, no caso de seguro de grupo não contributivo, no referido pagamento.

3 - Mediante o pagamento dos prémios em atraso, acrescidos de juros de mora contados à taxa aplicável às operações comerciais, a Pessoa Segura pode exercer a faculdade de repor em vigor, nas condições originais e mediante declaração de saúde e sujeito à aceitação pelo Segurador, as coberturas no prazo máximo de três meses a contar da data efeito da sua cessação. As coberturas de risco são repostas em vigor a partir do vencimento do último pagamento do prémio.

ARTIGO 15.º - VERIFICAÇÃO DO SINISTRO E PAGAMENTO DAS IMPORTÂNCIAS SEGURAS

1 - A verificação do sinistro deve ser comunicada ao Segurador pelo Tomador do Seguro, pela Pessoa Segura ou pelo Beneficiário, no prazo de oito dias a contar da sua ocorrência.

2 - Sempre que a verificação do sinistro seja comunicada ao Segurador após o prazo previsto no número anterior, o valor da prestação do Segurador corresponderá ao capital seguro à data da comunicação, não havendo lugar à devolução de qualquer prémio.

3 - Além da comunicação do sinistro deverão ser entregues os seguintes documentos comprovativos:

- a) da verificação do risco: certidão do assento de óbito e atestado médico onde se declarem as circunstâncias, causas, início e evolução da doença ou lesão que provocaram a morte;
- b) da qualidade de Beneficiário: documento comprovativo da qualidade de herdeiro ou beneficiário, cartão de contribuinte, bilhete de identidade ou, em alternativa, cartão de cidadão ou outros documentos que legalmente os substituam e, no caso de o Beneficiário ser pessoa coletiva, certidão do registo comercial atualizada, código de acesso à certidão permanente ou documento legalmente equivalente emitido pela autoridade competente; e
- c) quando aplicável, do cumprimento das determinações da Pessoa Segura quanto ao destino a dar ao capital seguro.

4 - A apresentação de todos os documentos referidos no número anterior deverá ocorrer nos 60 dias seguintes à verificação do sinistro.

5 - O pagamento do capital seguro ao abrigo da cobertura principal e das coberturas complementares que tenham sido contratadas terá lugar nos escritórios do Segurador ou pelo modo que tenha sido convencionado.

6 - O Segurador obriga-se a satisfazer a prestação contratual a quem for devida, 30 dias após a confirmação do sinistro e das suas causas, circunstâncias e consequências.

7 - Salvo estipulação em contrário:

- a) sendo a designação feita a favor de vários Beneficiários, o Segurador realiza a prestação em partes iguais;
- b) em caso de premoriência do Beneficiário ou de algum deles quando haja vários, o capital seguro ou a sua parte nesse capital cabe aos respetivos herdeiros segundo as regras legais da sucessão;
- c) se o Beneficiário for menor, o Segurador pagará o capital seguro ou a parte que lhe couber a quem demonstre de forma inequívoca ser o seu representante legal e mediante a apresentação de assento de nascimento do menor.

8 - Relativamente à cobertura principal, na falta de designação de Beneficiário, o Segurador realiza a prestação aos herdeiros da Pessoa Segura mediante prova dessa qualidade, nos termos e segundo as regras legais da sucessão.

9 - As despesas com a obtenção dos documentos comprovativos e necessários serão sempre de conta do Beneficiário.

10 - Nos casos em que o Segurador pague o capital seguro e venha a demonstrar-se que não se verificou um risco coberto ou se comprove a existência de uma exclusão aplicável, o Segurador tem direito ao reembolso do respetivo montante.

ARTIGO 16.º - CESSAÇÃO DO CONTRATO

1 - Salvo disposição legal em contrário, o contrato poderá ser denunciado pelo Tomador do Seguro ou pelo Segurador, na data aniversaria da apólice, desde que, com uma antecedência mínima de 30 dias, a competente comunicação escrita seja efetuada por carta registada ou outro meio de que fique registo duradouro.

2 - Após a denúncia do contrato, os Certificados Individuais e documentos adicionais não produzem qualquer efeito, não sendo admitida a sua reposição em vigor.

3 - O contrato poderá ser resolvido nos termos do n.º 1 do artigo 14.º, ou se, na data aniversaria, o número de Pessoas Seguras for inferior ao mínimo que, para o efeito, tenha sido estipulado nas Condições Especiais, Particulares ou no Certificado Individual, bem como nos demais casos previstos na lei.

ARTIGO 17.º - PARTICIPAÇÃO NOS RESULTADOS

Salvo estipulação em contrário nas Condições Especiais ou Particulares, este contrato não dá lugar a participação nos resultados.

ARTIGO 18.º - INVESTIMENTO AUTÓNOMO

Este contrato não dá lugar a investimento autónomo dos ativos representativos das provisões matemáticas.

ARTIGO 19.º - TRANSMISSIBILIDADE

A faculdade de transmitir a posição contratual do Tomador do Seguro não se aplica no presente contrato.

ARTIGO 20.º - COMUNICAÇÕES E DOMÍLIOS

1 - As comunicações do Tomador do Seguro, da Pessoa Segura e do Beneficiário ou do Segurador para efeitos deste contrato consideram-se válidas e plenamente eficazes caso sejam efetuadas em língua portuguesa, por escrito ou por outro meio do qual fique registo duradouro, respetivamente para a sede social do Segurador ou para a última morada do Tomador do Seguro, da Pessoa Segura ou do Beneficiário constante do contrato.

2 - Quando, pela sua própria natureza ou origem, a documentação referida no número anterior esteja redigida em língua estrangeira, a mesma deverá ser acompanhada de tradução devidamente legalizada, nos termos do artigo 440.º do Código de Processo Civil.

3 - A Pessoa Segura ou, no caso de seguro de grupo não contributivo, o Tomador do Seguro que temporariamente fixar residência fora de Portugal deve designar domicílio em território português para os efeitos do presente contrato.

ARTIGO 21.º - LIVRE RESOLUÇÃO

1 - O Tomador do Seguro, ou, quando Grupo Contributivo, a Pessoa Segura, dispõe de um prazo de 30 dias, a contar da data da receção da apólice, para renunciar aos efeitos do contrato.

2 - A renúncia deverá, sob pena de ineficácia, ser notificada ao Segurador por carta registada enviada para o endereço da sua sede social.

3 - O exercício do direito de renúncia determina a extinção dos efeitos do contrato, extinguindo todas as obrigações dele decorrentes, havendo lugar nomeadamente à devolução dos prémios pagos ao Segurador, sem prejuízo de o Segurador ter direito ao prémio calculado pro-rata temporis e ao custo da apólice.

4 - O exercício do direito de renúncia não dá lugar a qualquer indemnização para além do estabelecido nos números anteriores.

ARTIGO 22.º - REGIME FISCAL

É aplicável ao presente contrato o regime fiscal que se encontrar em vigor na data do facto tributário considerado relevante, não recaindo sobre o Segurador qualquer ónus, encargo ou responsabilidade em consequência de alteração legislativa.

ARTIGO 23.º - LEI APLICÁVEL, RECLAMAÇÕES E ARBITRAGEM

1 - A lei aplicável a este contrato é a lei portuguesa.

2 - As reclamações do Tomador do Seguro/Pessoa Segura ou outras partes interessadas podem ser apresentadas aos serviços do Segurador, no Livro de Reclamações, ao Provedor do Cliente, Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões ou em www.asf.com.pt. Em caso de litígio, as partes podem ainda recorrer à seguinte Entidade de Resolução Alternativa de Litígios: CIMPAS - Centro de Informação, Mediação e Arbitragem de Seguros www.cimpas.pt ou aos tribunais judiciais.

3 - Nos litígios surgidos ao abrigo deste contrato pode haver recurso à arbitragem, a efetuar nos termos da lei.

ARTIGO 24.º - FORO COMPETENTE

O foro competente para dirimir os litígios emergentes deste contrato é o fixado na lei civil.

ARTIGO 25.º - RELATÓRIO DE SOLVÊNCIA E SITUAÇÃO FINANCEIRA

O relatório sobre a solvência e a situação financeira do Segurador é publicado anualmente, de acordo com a legislação em vigor, encontrando-se disponível em www.ocidental.pt.

Condições Especiais Condições Especiais – YOLO!

ARTIGO 1.º - GRUPO SEGURÁVEL

1 - O Grupo Segurável é constituído pelo conjunto de pessoas que, sendo clientes do Tomador do Seguro ou de entidade que com este se encontre coligada, direta ou indiretamente e que, satisfazendo o estipulado no Artigo 6.º das Condições Gerais do Seguro Temporário Anual Renovável (Seguro de Vida Grupo), tenham idade atuarial inferior a 65 anos e não se encontrem de baixa clínica à data de aceitação do risco pelo Segurador.

2 - Salvo disposição em contrário, o presente contrato não pode estar associado e/ou ser dado em garantia a qualquer contrato de mútuo celebrado com o Tomador do Seguro ou com qualquer outra Instituição Bancária.

ARTIGO 2.º - PESSOAS SEGURAS

1 - As Pessoas Seguras são aquelas que pertençam ao Grupo Segurável e cujo risco tenha sido aceite pelo Segurador, após receção das respetivas Propostas de Adesão e dos elementos clínicos considerados necessários para análise do referido risco.

2 - A aceitação do risco pode respeitar a uma ou duas Pessoas Seguras, conforme estipulado nas Condições Particulares ou Certificados Individuais.

ARTIGO 3.º - INÍCIO DA COBERTURA

Para cada Pessoa Segura os efeitos do contrato têm início às zero horas do dia imediato ao da aceitação do risco individual pelo Segurador.

ARTIGO 4.º - GARANTIAS

1) Pelo presente contrato o Segurador garante, nos termos das Condições Gerais e Especiais aplicáveis, o pagamento aos beneficiários designados do Capital Seguro estipulado no respetivo Certificado Individual ou Ata Adicional de acordo com a opção escolhida pela Pessoa Segura.

2) Este contrato poder permitir, através de eventos vitais definidos nestas Condições Especiais, solicitar o aumento do capital seguro através de um processo de aceitação simplificado, dentro das condições e limites definidos no artigo 5º das presentes Condições Especiais.

3) Além da cobertura principal, podem ser contratadas diferentes coberturas complementares, sujeitas à aceitação pelo segurador, conforme se enuncia:

- a) Morte por Acidente;
- b) Invalidez Total e Permanente;
- c) Invalidez Total e Permanente por Acidente;
- d) Dependência;
- e) 27 Doenças Graves;
- f) 4 Doenças Graves;
- g) Cancro In Situ;
- h) Cancro Invasivo;
- i) Subsídio Diário de Hospitalização.
- j) Subsídio de Funeral.

4) As seguintes coberturas complementares são mutualmente exclusivas, isto é, a escolha de uma das coberturas implica a impossibilidade de escolha das outras coberturas identificadas:

- a) Invalidez Total e Permanente e Dependência;
- b) 27 Doenças Graves, 4 Doenças Graves, Cancro Invasivo.

5) As coberturas de 27 Doenças Graves e 4 Doenças Graves obrigam a subscrição da cobertura Cancro in Situ;

6) A cobertura Cancro in Situ deve ser contratada em conjunto com uma das seguintes coberturas: 27 Doenças Graves ou 4 Doenças Graves.

- 7) A Pessoa Segura pode apenas subscrever um certificado deste produto.
- 8) O pagamento do Capital Seguro torna-se exigível no momento em que se verifique, em relação à Pessoa Segura, um dos riscos cobertos.
- 9) Sempre que o risco respeite a duas pessoas seguras e se verifique um dos riscos cobertos em relação a uma das pessoas, o contrato manter-se-á em vigor nas mesmas condições para a outra Pessoa Segura.
- 10) No caso de sinistro parcial, não será possível nenhuma alteração às coberturas contratadas.

ARTIGO 5.º - EVENTOS VITAIS

1) A funcionalidade "Eventos Vitais" permite, caso seja escolhida, salvo indicação contrária na Proposta de Adesão ou no Certificado Individual, através de eventos vitais definidos abaixo, solicitar o aumento de garantias (capital e/ou inclusão de coberturas) através de um processo de aceitação simplificado:

- a) Nascimento ou adoção de um filho;
- b) Casamento ou união de facto;
- c) Aquisição de Habitação;
- d) Alteração da escolaridade dos filhos, nos seguintes anos de escolaridade:
 - i) 1º ano;
 - ii) 5º ano;
 - iii) 9º ano;
 - iv) Entrada na universidade;
 - v) Erasmus

2) Após o segurador concluir o processo de aceitação, e se alguma das coberturas subscritas tiver um agravamento superior a 75% ou a 3%, a Pessoa Segura perderá o acesso aos eventos vitais, o que se refletirá no Certificado Individual após emissão do contrato.

3) Os aumentos do capital seguro através da ativação de eventos vitais estão sujeitos:

- a) a aceitação do segurador;
- b) ao questionário médico simplificado;
- c) e aos limites de idade e capitais definidos para cada uma das coberturas.

4) A inclusão de novas coberturas através da ativação de eventos vitais estão sujeitos:

- a) a aceitação do segurador;
- b) ao questionário médico simplificado;
- c) aos limites de idade e capitais definidos para cada uma das coberturas;
- d) ao limite máximo de capital definido para esse mesmo efeito.

5) Se em qualquer momento a Pessoa Segura indicar que ocorreram alterações ao seu estado de saúde, a Pessoa Segura perderá o acesso à funcionalidade de eventos vitais.

6) O aumento de capital solicitado pela funcionalidade de "Eventos Vitais" poderá ser no máximo o dobro do capital seguro da própria cobertura, respeitando sempre os limites máximos de capital para o produto e relação entre as coberturas.

7) A alteração da apólice ao abrigo da funcionalidade "eventos vitais" tem um prazo máximo de 6 meses após a ocorrência do evento correspondente, salvo indicação contrária na proposta de adesão ou no certificado individual. Após esse período, não será possível aumentar as garantias do contrato ao abrigo daquele evento vital.

8) Os aumentos de garantias (capital e/ou inclusão de coberturas) ao abrigo do evento vital poderão ser efetuados até aos 50 anos de idade atuarial da Pessoa Segura na data de renovação do contrato. Após essa data, o contrato deixará de ter acesso à funcionalidade de "Eventos Vitais".

9) Para efetuar um aumento de capital seguro através de um evento vital, além do questionário médico simplificado, deverá ser entregue documentação que prove a veracidade daquele evento vital, nomeadamente o cartão de cidadão e:

- a) Certidão de nascimento para fazer prova do nascimento de um filho ou o assento de nascimento do filho atualizado para fazer prova da adoção de um filho;
- b) Certidão de casamento para fazer prova de se ter casado ou documento emitido pela junta de freguesia para provar a alteração de estado para união de facto;
- c) Documento referente a escritura para provar a aquisição de habitação;
- d) Matrícula do filho para provar a alteração da escolaridade ou Certificate of attendance para provar a aceitação no programa Erasmus.

10) O capital seguro de uma nova cobertura anteriormente inexistente na apólice está limitado ao máximo de 50.000€ ou o dobro do novo capital de morte, se inferior.

ARTIGO 6.º - CESSAÇÃO DAS GARANTIAS

1) Para além do estipulado nas Condições Gerais e Especiais, as garantias do contrato cessam, nas seguintes condições:

- a) no âmbito da cobertura de Morte, ao atingir os 80 anos de idade atuarial à data de renovação do contrato;
- b) no âmbito das coberturas complementares subscritas, ao atingir, na data de renovação do contrato, 67 anos de idade atuarial;
- c) em caso de liquidação do Capital Seguro por Morte;
- d) em caso de liquidação da cobertura de Cancro in situ, cessará esta cobertura, mantendo-se em vigor todas as restantes garantias contratadas, sem alteração do capital seguro correspondente;
- e) em caso de liquidação de qualquer uma das coberturas complementares (exceto Cancro in situ) cessam todas as restantes coberturas contratadas ao abrigo do contrato de seguro.

2) Caso o capital de morte seja superior ao da cobertura para a qual foi ativado o sinistro, a cobertura de morte permanece em vigor pelo capital remanescente.

ARTIGO 7.º - DURAÇÃO DO CONTRATO

Sem prejuízo do estipulado nos artigos 9.º e 16.º das Condições Gerais do Seguro Temporário Anual Renovável (Seguro de Vida Grupo), o contrato é celebrado por um período que termina em 31 de dezembro do ano a que respeita, sendo automaticamente renovado a 1 de janeiro de cada ano, por períodos sucessivos de 1 ano.

ARTIGO 8.º - PAGAMENTO DO PRÉMIO

1) A obrigação de pagamento do prémio nas datas e condições estipuladas na Apólice impende sobre a Pessoa Segura.

2) O prémio anual poderá ser pago fracionado, em prestações mensais, trimestrais ou semestrais, mediante o pagamento do encargo de 4%, 3% ou 2%, respetivamente.

3) Nos termos do n.º 4 do Artigo 13.º das Condições Gerais, o encargo relacionado com a emissão da apólice ou de atas adicionais é de 5,00€. A este valor acrescerão os encargos legais.

ARTIGO 9.º - AGRAVAMENTO DO RISCO

1) Relativamente às coberturas contratadas, o Tomador do Seguro ou a Pessoa Segura obrigam-se a comunicar por escrito ao Segurador, no prazo de 14 dias a contar da sua verificação, a ocorrência de quaisquer circunstâncias ou o exercício de quaisquer atividades que sejam suscetíveis de constituir um agravamento do risco, que não resultem de agravamento do estado de saúde da Pessoa Segura, sob pena de resolução do contrato ou cessação das garantias conferidas em relação a uma ou mais Pessoas Seguras, nos termos previstos na lei.

2) Após a receção da comunicação referida no número anterior, o Segurador poderá optar, no prazo de 30 dias, pela manutenção da cobertura, mediante a aplicação do respetivo sobreprémio, ou pela sua cessação.

Condições Especiais – YOLO! Cobertura Complementar – Morte por Acidente

ARTIGO 1.º - DEFINIÇÕES

1 - Para efeitos desta cobertura complementar, considera-se:

MORTE POR ACIDENTE: Todo o acontecimento fortuito, súbito e anormal, devido à ação de uma causa exterior e estranha à vontade da Pessoa Segura que causa a morte desta.

2 - Também são consideradas consequência de acidente a morte causada por inalação involuntária de gases ou vapores, afogamento e envenenamentos.

ARTIGO 2.º - OBJETO DA COBERTURA

Pela presente cobertura, o Segurador garante o pagamento do Capital Seguro definido nas Condições Particulares ou no Certificado Individual relativa a cobertura de Morte por Acidente, como consequência direta de um acidente coberto pela presente apólice, quer esta ocorra imediatamente, quer dentro do prazo máximo de seis meses seguintes ao mesmo e sempre que tanto o acidente como o falecimento ocorram durante a vigência da apólice.

ARTIGO 3.º - JUSTIFICAÇÃO E RECONHECIMENTO DO DIREITO ÀS GARANTIAS

1 - Em caso de morte por acidente da Pessoa Segura, o Tomador do Seguro ou os Beneficiários, devem remeter ao Segurador, no prazo de 60 dias:

- a) Participação do acidente, indicando o local, dia, hora, causas, testemunhas e consequências, incluindo o eventual relatório da polícia;
- b) Todos os documentos que atestem, de forma inequívoca, o caráter acidental do falecimento e determinem o nexo causal entre o acidente e a morte.

2 - Incumbe ao Tomador do Seguro ou aos Beneficiários a prova de que a morte resultou de um acidente.

3 - O Segurador comunicará, por escrito, aos interessados a sua posição sobre o caráter acidental da morte da Pessoa Segura no decorrer dos 30 dias após a receção dos documentos descritos em 1.

ARTIGO 4.º - BENEFICIÁRIOS

Na falta de designação de beneficiário da presente cobertura complementar, os Beneficiários são os herdeiros legais da Pessoa Segura.

ARTIGO 5.º - CESSAÇÃO DAS GARANTIAS

1 - Para cada Pessoa Segura, as garantias da presente cobertura complementar cessam os seus efeitos:

- a) Em caso de denúncia, anulação, declaração de nulidade, resolução ou caducidade da cobertura principal, onde que esta cobertura é complementar;
- b) Quando a Pessoa Segura atingir, na data de renovação do contrato, os 67 anos de idade atuarial, salvo indicação em contrário nas Condições Particulares ou Certificado Individual;
- c) Em caso de pagamento do Capital Seguro exigível para a presente cobertura complementar.

2 - Em caso de pagamento do Capital Seguro exigível para esta cobertura complementar, cessam as garantias da cobertura principal, bem como das demais coberturas mencionadas nas Condições Particulares ou Certificado Individual da apólice.

ARTIGO 6.º - EXCLUSÕES

1 - Para além das exclusões já mencionadas nas Condições Gerais, excluem-se da presente cobertura as seguintes situações:

- a) Suicídio da Pessoa Segura;
- b) Ato intencional do Tomador do Seguro ou dos Beneficiários;

- c) Morte causada por doenças, acidentes ou quaisquer eventos que tenham ocorrido ou que tenham dado origem a tratamento médico efetuado antes da data de entrada em vigor desta cobertura complementar, desde que tais doenças, acidentes ou eventos não sejam mencionados em documentos específicos de avaliação do estado de saúde da Pessoa Segura, quando expressamente fornecidos pelo Segurador para o efeito;
- d) Acidente verificado no âmbito do cumprimento do serviço militar voluntário;
- e) Atuação em operações militares, de guerra, de polícia ou de terrorismo;
- f) Utilização de veículos motorizados de duas ou três rodas ou moto quatro;
- g) Prática profissional de qualquer desporto ou provas desportivas integradas em campeonatos e respetivos treinos; e atividades de notória perigosidade tais como boxe, alpinismo, tauromaquia, espeleologia, paraquedismo, asa delta, parapente, surf, windsurf e caça submarina.

2 - A cobertura de alguns dos riscos referidos nas anteriores alíneas f) e g) poderá ser concedida, mediante análise de cada caso e pagamento do respetivo sobreprémio.

ARTIGO 7.º - PAGAMENTO DO PRÉMIO

O pagamento do prémio relativo a esta cobertura complementar será efetuado conjuntamente e nas mesmas condições do prémio da cobertura principal.

ARTIGO 8.º - DISPOSIÇÃO FINAL

Em tudo o que não estiver expressamente previsto nesta cobertura complementar aplicam-se as regras constantes das Condições Gerais e Especiais da apólice.

Condições Especiais – YOLO! Cobertura Complementar - Invalidez Total e Permanente

ARTIGO 1.º - DEFINIÇÕES

Para efeitos desta cobertura complementar, considera-se:

ACIDENTE: Todo o acontecimento fortuito, súbito e anormal, devido à ação de uma causa exterior e estranha à vontade da Pessoa Segura e que nesta origine lesões corporais.

DOENÇA: Toda a alteração involuntária do estado de saúde da Pessoa Segura, não causada por acidente e suscetível de constatação médica objetiva.

INVALIDEZ TOTAL E PERMANENTE: A Pessoa Segura encontra-se em situação de Invalidez Total e Permanente se, em consequência de doença ou acidente, estiver total e definitivamente incapaz de exercer uma atividade remunerada, com fundamento em sintomas objetivos, clinicamente comprovados, não sendo possível prever qualquer melhoria no seu estado de saúde de acordo com os conhecimentos médicos atuais, devendo em qualquer caso o grau de desvalorização, feito com base na Tabela Nacional para Avaliação de Incapacidades Permanentes em Direito Civil, ser superior a 66,6% caso em que, para efeitos desta cobertura, é considerado como sendo igual a 100%.

MÉDICO: Licenciado por uma Faculdade de Medicina autorizado a exercer a profissão no respetivo país da sua residência. Excluem-se todas as especialidades não reconhecidas pela Ordem dos Médicos portuguesa.

ARTIGO 2.º - OBJETO DA COBERTURA

Pelo presente contrato, o Segurador garante o pagamento do Capital Seguro, definido nas Condições Particulares ou Certificado Individual da apólice, em caso de Invalidez Total e Permanente da Pessoa Segura, em consequência de doença manifestada ou de acidente ocorrido durante a vigência desta cobertura.

ARTIGO 3.º - JUSTIFICAÇÃO E RECONHECIMENTO DO DIREITO ÀS GARANTIAS

1 - A participação da situação de Invalidez Total e Permanente deve ser efetuada por escrito e nos 60 dias imediatos à constatação da invalidez, enviando ao Segurador os seguintes documentos:

- a) Relatório médico, atestando a incapacidade total e definitiva para o exercício de uma qualquer atividade remunerada da Pessoa Segura, descrevendo o início e a evolução da invalidez ou, em caso de acidente, a causa e o género das lesões, bem como as consequências detetadas e as prováveis no futuro, devendo tal invalidez ser clinicamente comprovada com elementos objetivos;
- b) Atestado médico de Incapacidade Multiuso;
- c) Documento emitido pela Segurança Social ou por outra entidade competente, que ateste a incapacidade para o exercício de qualquer atividade remunerada;
- d) Em caso de acidente, auto de ocorrência emitido pelas entidades competentes;
- e) Todos os documentos que atestem, de forma inequívoca, o carácter acidental da invalidez e determinem o nexo causal entre o acidente e a invalidez.

2 - Sempre que a verificação do sinistro seja comunicada ao Segurador após o prazo previsto no número anterior, o valor da prestação do Segurador corresponderá ao capital seguro à data da comunicação, não havendo lugar à devolução de qualquer prémio.

3 - As despesas com a obtenção dos documentos comprovativos e necessários serão sempre da conta da Pessoa Segura ou dos Beneficiários.

4 - No processo de verificação da Invalidez o Segurador reserva-se o direito de exigir, a expensas suas, qualquer justificação complementar e de proceder às investigações que julgar convenientes para determinação exata do estado de saúde da Pessoa Segura, designadamente mandando-a examinar pelos seus médicos, cessando a sua responsabilidade se o Tomador do Seguro, a Pessoa Segura ou os Beneficiários prejudicarem ou impedirem o normal cumprimento destas diligências.

5 - As divergências de natureza clínica serão dirimidas por junta médica, obrigatoriamente realizada em território nacional, composta por três peritos médicos, sendo um designado pelo Segurador, outro pela Pessoa Segura e o terceiro por acordo entre os anteriores, sendo as respectivas decisões tomadas por maioria e insuscetíveis de recurso, e suportando cada uma das partes as despesas e honorários do seu médico, bem como 50% dos encargos referentes ao terceiro médico desta junta.

6 - O grau de desvalorização de que a Pessoa Segura já era portadora à data da efetivação do contrato não concorrerá para a atribuição do grau de invalidez a atribuir ao abrigo desta cobertura.

7 - O direito às garantias, nos termos da presente cobertura complementar, produzirá efeitos a partir da data da verificação da Invalidez pelo Segurador.

ARTIGO 4.º - BENEFICIÁRIOS

Na falta de designação de beneficiário da presente cobertura complementar, o Beneficiário é a Pessoa Segura.

ARTIGO 5.º - CESSAÇÃO DAS GARANTIAS

1 - Para cada Pessoa Segura, as garantias da presente cobertura complementar cessam os seus efeitos:

- a) Em caso de denúncia, anulação, declaração de nulidade, resolução ou caducidade da cobertura principal, de que esta cobertura é complementar;
- b) Quando a Pessoa Segura atingir, na data de renovação do contrato, os 67 anos de idade atuarial, salvo indicação em contrário estipulada nas Condições Particulares ou Certificado Individual.
- c) Em caso de pagamento do Capital Seguro exigível para a presente cobertura complementar.

2 - Caso o pagamento exigível ao abrigo desta cobertura complementar coincida com a totalidade do Capital Seguro da cobertura principal, cessam as garantias da referida cobertura principal, bem como as demais coberturas complementares mencionadas nas Condições Particulares ou Certificado Individual.

3 - Caso o pagamento exigível ao abrigo desta cobertura complementar não coincida com a totalidade do Capital Seguro da cobertura principal, cessam as garantias das demais coberturas complementares mencionadas nas Condições Particulares ou Certificado Individual, mantendo-se apenas a cobertura principal de morte pelo capital remanescente.

ARTIGO 6.º - EXCLUSÕES

Para além das exclusões já mencionadas nas Condições Gerais, excluem-se da presente cobertura as seguintes situações:

- a) Tentativa de suicídio da Pessoa Segura;
- b) Invalidez resultante de acidentes ou quaisquer eventos que tenham ocorrido ou dado origem a tratamento médico antes da data de entrada em vigor desta cobertura complementar, e suas eventuais consequências, desde que tais acidentes ou eventos não sejam mencionados em documentos específicos de avaliação do estado de saúde da Pessoa Segura, quando expressamente fornecidos pelo Segurador para o efeito;
- c) Invalidez resultante de doenças, acidentes ou quaisquer eventos que tenham ocorrido ou dado origem a tratamento médico antes da data de entrada em vigor desta cobertura complementar, e suas eventuais consequências, desde que tais doenças, acidentes ou eventos não sejam mencionados em documentos específicos de avaliação do estado de saúde da Pessoa Segura, quando expressamente fornecidos pelo Segurador para o efeito;
- d) Acidente verificado no âmbito do cumprimento do serviço militar voluntário.

ARTIGO 7.º - PAGAMENTO DO PRÉMIO

O pagamento do prémio relativo a esta cobertura complementar será efetuado conjuntamente e nas mesmas condições do prémio da cobertura principal.

ARTIGO 8.º - DISPOSIÇÃO FINAL

Em tudo o que não estiver expressamente previsto nesta cobertura complementar aplicam-se os princípios constantes das Condições Gerais e Especiais da apólice.

Condições Especiais – YOLO! Cobertura Complementar - Invalidez Total e Permanente por Acidente

ARTIGO 1.º - DEFINIÇÕES

Para efeitos desta cobertura complementar, considera-se:

ACIDENTE: Todo o acontecimento fortuito, súbito e anormal, devido à ação de uma causa exterior e estranha à vontade da Pessoa Segura e que nesta origine lesões corporais.

INVALIDEZ TOTAL E PERMANENTE POR ACIDENTE: A Pessoa Segura encontra-se em situação de Invalidez Total e Permanente por Acidente se, em consequência de acidente, estiver total e definitivamente incapaz de exercer uma atividade remunerada, com fundamento em sintomas objetivos, clinicamente comprovados, não sendo possível prever qualquer melhoria no seu estado de saúde de acordo com os conhecimentos médicos atuais, devendo em qualquer caso o grau de desvalorização, feito com base na Tabela Nacional para Avaliação de Incapacidades Permanentes em Direito Civil, ser superior a 66,6%, caso em que, para efeitos desta cobertura, é considerado como sendo igual a 100%.

MÉDICO: Licenciado por uma Faculdade de Medicina autorizado a exercer a profissão no respetivo país da sua residência. Excluem-se todas as especialidades não reconhecidas pela Ordem dos Médicos portuguesa.

ARTIGO 2.º - OBJETO DA COBERTURA

Pelo presente contrato, o Segurador garante o pagamento do Capital Seguro definido nas Condições Particulares ou Certificado Individual da apólice, em caso de Invalidez Total e Permanente da Pessoa Segura, em consequência de acidente ocorrido durante a vigência desta cobertura.

ARTIGO 3.º - JUSTIFICAÇÃO E RECONHECIMENTO DO DIREITO ÀS GARANTIAS

1 - A participação da situação de Invalidez Total e Permanente por Acidente deve ser efetuada por escrito e nos 60 dias imediatos à constatação da invalidez, enviando ao Segurador os seguintes documentos:

- a) Relatório médico, atestando a incapacidade total e definitiva para o exercício de uma qualquer atividade remunerada da Pessoa Segura, descrevendo o início e a evolução da invalidez, a causa e o género das lesões, bem como as consequências detetadas e as prováveis no futuro, devendo tal invalidez ser clinicamente comprovada com elementos objetivos;
- b) Atestado médico de Incapacidade Multiuso;
- c) Documento emitido pela Segurança Social ou por outra entidade competente, que ateste a incapacidade para o exercício de qualquer atividade remunerada;
- d) Auto de ocorrência emitido pelas entidades competentes.
- e) Todos os documentos que atestem, de forma inequívoca, o carácter acidental da invalidez e determinem o nexo causal entre o acidente e a invalidez.

2 - Sempre que a verificação do sinistro seja comunicada ao Segurador após o prazo previsto no número anterior, o valor da prestação do Segurador corresponderá ao capital seguro à data da comunicação, não havendo lugar à devolução de qualquer prémio.

3 - As despesas com a obtenção dos documentos comprovativos e necessários serão sempre da conta da Pessoa Segura ou dos Beneficiários.

4 - No processo de verificação da Invalidez o Segurador reserva-se o direito de exigir, a expensas suas, qualquer justificação complementar e de proceder às investigações que julgar convenientes para determinação exata do estado de saúde da Pessoa Segura, designadamente mandando-a examinar pelos seus médicos, cessando a sua responsabilidade se o Tomador do Seguro, a Pessoa Segura ou os Beneficiários prejudicarem ou impedirem o normal cumprimento destas diligências.

5 - As divergências de natureza clínica serão dirimidas por junta médica, obrigatoriamente realizada em território nacional, composta por três peritos médicos, sendo um designado pelo Segurador, outro pela Pessoa Segura e o terceiro por acordo entre os anteriores, sendo as respetivas decisões tomadas por maioria e insuscetíveis de recurso, e suportando cada uma das partes as despesas e honorários do seu médico, bem como 50% dos encargos referentes ao terceiro médico desta junta.

6 - O grau de desvalorização de que a Pessoa Segura já era portadora à data da efetivação do contrato não concorrerá para a atribuição do grau de invalidez a atribuir ao abrigo desta cobertura.

7 - O direito às garantias, nos termos da presente cobertura complementar, produzirá efeitos a partir da data da verificação da Invalidez pelo Segurador.

ARTIGO 4.º - BENEFICIÁRIOS

Na falta de designação de beneficiário da presente cobertura complementar, o Beneficiário é a Pessoa Segura.

ARTIGO 5.º - CESSAÇÃO DAS GARANTIAS

1 - Para cada Pessoa Segura, as garantias da presente cobertura complementar cessam os seus efeitos:

- a) Em caso de denúncia, anulação, declaração de nulidade, resolução ou caducidade da cobertura principal, de que esta cobertura é complementar;
- b) Quando a Pessoa Segura atingir, na data de renovação do contrato, os 67 anos de idade atuarial, salvo indicação em contrário estipulada nas Condições Particulares ou Certificado Individual.
- c) Em caso de pagamento do Capital Seguro exigível para a presente cobertura complementar.

2 - Caso o pagamento exigível ao abrigo desta cobertura complementar coincida com a totalidade do Capital Seguro da cobertura principal, cessam as garantias da referida cobertura principal, bem como as demais coberturas complementares mencionadas nas Condições Particulares ou Certificado Individual.

3 - Caso o pagamento exigível ao abrigo desta cobertura complementar não coincida com a totalidade do Capital Seguro da cobertura principal, cessam as garantias das demais coberturas complementares mencionadas nas Condições Particulares ou Certificado Individual, mantendo-se apenas a cobertura principal de morte pelo capital remanescente.

ARTIGO 6.º - EXCLUSÕES

Para além das exclusões já mencionadas nas Condições Gerais, excluem-se da presente cobertura as seguintes situações:

- a) Tentativa de suicídio da Pessoa Segura;
- b) Invalidez resultante, ou agravada, de ato intencional da Pessoa Segura, do Tomador do Seguro ou do Beneficiário;
- c) Invalidez resultante de acidentes ou quaisquer eventos que tenham ocorrido ou dado origem a tratamento médico antes da data de entrada em vigor desta cobertura complementar, e suas eventuais consequências, desde que tais acidentes ou eventos não sejam mencionados em documentos específicos de avaliação do estado de saúde da Pessoa Segura, quando expressamente fornecidos pelo Segurador para o efeito;
- d) Acidente verificado no âmbito do cumprimento do serviço militar voluntário;
- e) Acidente ocorrido no âmbito de veículos motorizados de duas ou três rodas ou moto quatro.

ARTIGO 7.º - PAGAMENTO DO PRÉMIO

O pagamento do prémio relativo a esta cobertura complementar será efetuado conjuntamente e nas mesmas condições do prémio da cobertura principal.

ARTIGO 8.º - DISPOSIÇÃO FINAL

Em tudo o que não estiver expressamente previsto nesta cobertura complementar aplicam-se os princípios constantes das Condições Gerais e Especiais da apólice.

Condições Especiais – YOLO! Cobertura Complementar - Dependência

ARTIGO 1.º - DEFINIÇÕES

Para efeitos desta cobertura complementar, considera-se:

ACIDENTE: Todo o acontecimento fortuito, súbito e anormal, devido à ação de uma causa exterior e estranha à vontade da Pessoa Segura e que nesta origine lesões corporais.

DOENÇA: Toda a alteração involuntária do estado de saúde da Pessoa Segura, não causada por acidente e suscetível de constatação médica objetiva.

DEPENDÊNCIA: Uma situação de dependência define-se como a perda, com caráter permanente, da capacidade para exercer qualquer atividade remunerada e, simultaneamente, da autonomia para praticar os atos indispensáveis à satisfação das necessidades básicas da vida quotidiana, carecendo da assistência de terceira pessoa. Consideram-se atos indispensáveis à satisfação das necessidades básicas da vida quotidiana, nomeadamente, os relativos à realização dos serviços domésticos, à locomoção e a cuidados de higiene.

MÉDICO: Licenciado por uma Faculdade de Medicina autorizado a exercer a profissão no respetivo país da sua residência. Excluem-se todas as especialidades não reconhecidas pela Ordem dos Médicos portuguesa.

ARTIGO 2.º - OBJETO DA COBERTURA

1 - Pelo presente contrato, o Segurador garante ao Beneficiário o pagamento do Capital Seguro, definido nas Condições Particulares ou Certificado Individual da apólice, em caso de Dependência da Pessoa Segura, em consequência de doença ou de acidente ocorrido durante a vigência desta cobertura.

2 - As garantias conferidas por esta cobertura estão sujeitas a um período de carência de seis meses, exceto se a situação de dependência decorrer de acidente.

3 - Os sinistros que ocorram dentro do período de carência não estão cobertos. Em tal caso, serão devolvidos os prémios pagos relativos à presente cobertura e esta anulada com referência à data de início da mesma.

4 - As garantias conferidas por esta cobertura estão sujeitas à perda de autonomia da Pessoa Segura para realizar pelo menos cinco dos seguintes atos indispensáveis à satisfação das necessidades básicas da vida quotidiana:

- **Banhar-se/Tomar banho:** A Pessoa Segura ser capaz de tomar banho e secar-se sem a assistência de outra pessoa, ainda que com a possibilidade de recurso à ajuda de aparelhos/utensílios adaptados. Inclui também a possibilidade de entrar e sair da banheira/chuveiro. A incapacidade de chegar à casa de banho não constitui uma necessidade de assistência.
 - Limpeza corporal parcial: A Pessoa Segura ser capaz, sem a assistência de outra pessoa, ainda que com a possibilidade de recurso à ajuda de aparelhos/utensílios adaptados, de:
 - lavar o corpo parcialmente (parte superior ou inferior do corpo);
 - escovar os dentes;
 - pentear os cabelos;
 - se necessário, barbear-se.
 - e realizar a sua higiene íntima.

A incapacidade de chegar à casa de banho não constitui uma incapacidade.

- **Continência:** Existe necessidade de assistência se a Pessoa Segura apresentar incontinência de forma permanente e não puder esvaziar o intestino ou a bexiga de forma autónoma. A necessidade de assistência também existe se a situação de incontinência do intestino ou da bexiga requerer o uso permanente de cateteres, saco de osteotomia, fraldas ou cuecas de incontinência que a Pessoa Segura não possa aplicar, mudar ou esvaziar/limpar.
- **Vestir-se e Despir-se:** A Pessoa Segura ser capaz de vestir-se e despir-se (parte superior e inferior do corpo) e, se necessário, colocar e apertar espartilhos ou próteses cirúrgicas sem a assistência de outra pessoa, ainda que com a possibilidade de recurso à ajuda de aparelhos/utensílios adaptados.

- **Mobilidade:** A Pessoa Segura ser capaz de mover-se dentro do local de residência, em superfícies niveladas, sentar-se, levantar-se e entrar e sair da cama sem a assistência de outra pessoa, ainda que com a possibilidade de recurso à ajuda de aparelhos/utensílios adaptados.
- **Comer / beber:** A Pessoa Segura ser capaz de ingerir refeições e bebidas, já preparadas e servidas, ainda que usando talheres e copos adaptados ou administrados através de tubos, sem a assistência de outra pessoa.

ARTIGO 3.º - JUSTIFICAÇÃO E RECONHECIMENTO DO DIREITO ÀS GARANTIAS

1 - Sempre que se pretenda que a Pessoa Segura seja considerada em situação de Dependência, o Tomador do Seguro, a Pessoa Segura ou os Beneficiários, devem solicitá-lo por escrito nos 60 dias imediatos à constatação da perda permanente de autonomia para praticar os atos indispensáveis à satisfação das necessidades básicas da vida quotidiana, conforme constam no artigo 2.º, enviando ao Segurador os seguintes documentos:

- a) Relatório clínico, preciso e detalhado, elaborado por um médico especialista do qual conste:
 - a descrição do início, data e a evolução da doença ou, em caso de acidente, a causa e o género das lesões, bem como as consequências detetadas e as prováveis no futuro, devendo tal dependência ser clinicamente comprovada com elementos objetivos;
 - a declaração de perda permanente de autonomia e necessidade de recurso de modo contínuo à assistência de uma terceira pessoa, sem interrupção, durante pelo menos, seis meses a contar da data do diagnóstico médico inicial, identificando os atos indispensáveis à satisfação das necessidades básicas da vida quotidiana, designadamente os mencionados no artigo 2.º, que a Pessoa Segura se encontra incapaz de realizar;
 - a declaração da incapacidade total e definitiva para o exercício de uma qualquer atividade remunerada da Pessoa Segura.
- b) Atestado médico de Incapacidade Multiuso;
- c) Documento emitido pela Segurança Social ou por outra entidade competente, que ateste a incapacidade para o exercício de qualquer atividade remunerada e a perda de autonomia;
- d) Em caso de acidente, auto de ocorrência emitido pelas entidades competentes;
- e) Todos os documentos que atestem, de forma inequívoca, o carácter acidental do estado de dependência e determinem o nexo causal entre o acidente e esse estado.

2 - Sempre que a verificação do sinistro seja comunicada ao Segurador após o prazo previsto no número anterior, o valor da prestação do Segurador corresponderá ao capital seguro à data da comunicação, não havendo lugar à devolução de qualquer prémio.

3 - As despesas com a obtenção dos documentos comprovativos e necessários serão sempre da conta da Pessoa Segura ou dos Beneficiários.

4 - O Segurador reserva-se o direito de exigir, a expensas suas, qualquer justificação complementar e de proceder às investigações que julgar convenientes para determinação exata do estado de saúde da Pessoa Segura, designadamente mandando-a examinar pelos seus médicos, cessando a sua responsabilidade se o Tomador do Seguro, a Pessoa Segura ou os Beneficiários prejudicarem ou impedirem o normal exercício dessas diligências.

5 - As divergências de natureza clínica serão dirimidas por junta médica, obrigatoriamente realizada em território nacional, composta por três peritos médicos, sendo um designado pelo Segurador, outro pela Pessoa Segura e o terceiro por acordo entre os anteriores, sendo as respetivas decisões tomadas por maioria e insuscetíveis de recurso e suportando cada uma das partes as despesas e honorários do seu médico, bem como 50% dos encargos referentes ao terceiro médico desta junta.

6 - O direito às garantias, nos termos da presente cobertura complementar, produzirá efeitos a partir da data da verificação da Dependência pelo Segurador.

7 - O Segurador comunicará, por escrito, aos interessados a sua posição sobre o carácter da dependência da Pessoa Segura no decorrer dos 30 dias após a receção dos documentos descritos em 1.

ARTIGO 4.º - BENEFICIÁRIOS

Na falta de designação de beneficiário da presente cobertura complementar, o Beneficiário é a Pessoa Segura.

ARTIGO 5.º - CESSAÇÃO DAS GARANTIAS

1 - Para cada Pessoa Segura, as garantias da presente cobertura complementar cessam os seus efeitos:

- a) Em caso de denúncia, anulação, declaração de nulidade, resolução ou caducidade da cobertura principal, de que esta cobertura é complementar;
- b) Quando a Pessoa Segura atingir, na data de renovação do contrato, os 67 anos de idade atuarial, salvo indicação em contrário nas Condições Particulares ou Certificado Individual.
- c) Em caso de pagamento do Capital seguro exigível para a presente cobertura complementar.

2 - Caso o pagamento exigível ao abrigo desta cobertura complementar coincida com a totalidade do Capital Seguro da cobertura principal, cessam as garantias da referida cobertura principal, bem como as demais coberturas complementares mencionadas nas Condições Particulares ou Certificado Individual.

3 - Caso o pagamento exigível ao abrigo desta cobertura complementar não coincida com a totalidade do Capital Seguro da cobertura principal, cessam as garantias das demais coberturas complementares mencionadas nas Condições Particulares ou Certificado Individual, mantendo-se apenas a cobertura principal de morte pelo capital remanescente.

ARTIGO 6.º - EXCLUSÕES

Para além das exclusões já mencionadas nas Condições Gerais, excluem-se da presente cobertura as seguintes situações:

- a) Consequência direta ou indireta de atos provocados intencionalmente pela Pessoa Segura, Tomador do Seguro ou Beneficiário, ou com a sua cumplicidade, bem como a tentativa de suicídio da Pessoa Segura e todas as suas consequências;
- b) Duelo ou apostas de qualquer natureza, bem como acidente resultante de acto doloso da Pessoa Segura;
- c) Ferimentos ou lesões provocadas por atos de sequestro, tumultos, insurreição, motins, rixas, terrorismo ou sabotagem, qualquer que seja o lugar em que se desenrolem os acontecimentos e quaisquer que sejam os protagonistas;
- d) Revolução, guerra civil e guerra com país estrangeiro declarada ou não;
- e) Estado de alcoolismo e ingestão de drogas ou medicação sem de prescrição médica;
- f) Prática de desportos a nível profissional ou integrado em campeonatos oficiais;
- g) Desportos de risco tais como corridas de automóveis, motociclos, caça fora do território Europeu, caça submarina, mergulho, montanhismo, espeleologia, qualquer modalidade de luta, paraquedismo, voo livre, voo sem motor, asa-delta, ultraligeiro, e em geral, qualquer desporto ou atividade recreativa de carácter notoriamente perigoso;
- h) Desastres de Aviação, salvo quando a Pessoa Segura for passageiro de avião de carreira comercial de transporte de passageiros, devidamente autorizada pela Comissão Europeia;
- i) Ocorrência de riscos nucleares;
- j) No caso da Pessoa Segura provocar ou agravar o seu estado de saúde;
- k) Doença, terapia, intervenção cirúrgica, tratamento médico e/ou acidentes anteriores à entrada em vigor da apólice de seguro;
- l) Doença acompanhada de infeção por VIH;
- m) Qualquer doença e/ou intervenção cirúrgica não definidas na presente cobertura complementar.
- n) Doenças, acidentes ou quaisquer eventos que tenham ocorrido ou dado origem a tratamento médico antes da data de entrada em vigor desta cobertura complementar, e suas eventuais consequências, desde que tais doenças, acidentes ou eventos não sejam declarados ao Segurador para avaliação do risco;
- o) Acidente verificado no âmbito do cumprimento do serviço militar voluntário;
- p) Acidente ocorrido no âmbito de veículos motorizados de duas ou três rodas ou moto quatro.

ARTIGO 7.º - PAGAMENTO DO PRÉMIO

O pagamento do prémio relativo a esta cobertura complementar será efetuado conjuntamente e nas mesmas condições do prémio da cobertura principal.

ARTIGO 8.º - DISPOSIÇÃO FINAL

Em tudo o que não estiver expressamente previsto nesta cobertura complementar aplicam-se as regras constantes das Condições Gerais e Especiais da apólice.

Condições Especiais – YOLO! Cobertura Complementar - 27 Doenças Graves

ARTIGO 1.º - DEFINIÇÕES

Para efeitos desta cobertura complementar, considera-se:

DOENÇAS GRAVES: As doenças identificadas no artigo 3.º destas Condições Especiais.

DOENÇA PRÉEXISTENTE: Doença que tenha sido objeto de um diagnóstico inequívoco ou que, com suficiente grau de evidência, se tenha manifestado em data anterior à da celebração do presente contrato.

PERÍODO DE CARÊNCIA: período que medeia entre a data de início da cobertura e a data da sua produção de efeitos, considerando-se também preexistentes as doenças que se manifestem durante o período de carência.

MÉDICO: Licenciado por uma Faculdade de Medicina autorizado a exercer a profissão no respetivo país da sua residência. Excluem-se todas as especialidades não reconhecidas pela Ordem dos Médicos portuguesa.

ARTIGO 2.º - OBJETO DA COBERTURA

1 - Pela presente cobertura o Segurador garante ao Beneficiário o pagamento do capital seguro em caso de manifestação, durante a vigência desta cobertura, de uma das Doenças Graves mencionadas no artigo seguinte.

2 - As garantias conferidas por esta cobertura estão sujeitas a um período de carência de três meses, excetuando para a Cancro (invasivo), em que o período é de seis meses. Em tal caso, serão devolvidos os prémios pagos relativos à presente cobertura e esta anulada com referência à data de início da mesma.

3 - O capital da cobertura principal da apólice é reduzido no montante que seja pago ao abrigo da presente cobertura, cessando as restantes coberturas complementares.

ARTIGO 3.º - DOENÇAS GRAVES

1 - Para os efeitos da presente cobertura complementar, consideram-se Doenças Graves as seguintes:

a) **Cancro Invasivo**

Qualquer tumor maligno diagnosticado positivamente com confirmação histológica e caracterizado pelo crescimento descontrolado de células malignas e por invasão de tecido. O diagnóstico terá de ser confirmado por médico Especialista

A não ser que tenham sido especificamente excluídas, a leucemia, o linfoma maligno e a síndrome mielodisplásica estão abrangidos por esta definição.

Excluem-se as seguintes situações:

- i) Qualquer tumor histologicamente classificado como pré-maligno, não invasivo ou carcinoma in situ (incluindo carcinoma ductal e lobular in situ da mama e displasia cervical CIN-1, CIN-2 e CIN-3);
- ii) Qualquer cancro da próstata, exceto se histologicamente classificado como tendo uma pontuação de Gleason superior a 6 ou tendo progredido para, pelo menos, uma classificação clínica TNM de T2N0M0;
- iii) Leucemia linfocítica crónica, exceto se tiver evoluído para, pelo menos, o Estadio B de Binet;
- iv) Carcinoma basocelular ou basalioma e carcinoma das células escamosas da pele e melanoma maligno de estadio IA (T1aN0M0), a menos que haja evidência de metástases;
- v) Cancro papilar da tiroide com menos de 1 cm de diâmetro e descrito histologicamente como T1N0M0;
- vi) Micro-carcinoma papilar da bexiga descrito histologicamente como Ta;
- vii) Policitemia vera e trombocitemia essencial;
- viii) Gamopatia monoclonal de significado indeterminado;
- ix) Linfoma MALT gástrico se a doença puder ser tratada com erradicação de Helicobacter;
- x) Tumor do estroma gastrointestinal (GIST), estadios I e II Segundo o Manual de Estadiamento do Cancro da AJCC, Sétima Edição (2010);
- xi) Linfoma cutâneo, exceto se requer tratamento com quimioterapia ou radioterapia;

- xii) Carcinoma micro invasivo da mama (classificado histologicamente como sendo T1mic), exceto se requer mastectomia, quimioterapia ou radioterapia;
- xiii) Carcinoma micro invasivo do colo do útero (classificado histologicamente como estadio IA1), exceto se requer histerectomia, quimioterapia ou radioterapia.

b) Enfarte de miocárdio (Ataque cardíaco)

Um enfarte do miocárdio consiste na morte do tecido cardíaco devido a uma obstrução prolongada do fluxo sanguíneo. O enfarte deve ser evidenciado por um aumento e/ou diminuição dos biomarcadores cardíacos (troponina ou CKMB) para níveis considerados diagnósticos de enfarte do miocárdio, em conjunto com, pelo menos, dois dos seguintes critérios:

- i) Sintomas de isquemia (como dor torácica);
- ii) Alterações eletrocardiográficas (ECG) indicativas de isquemia recente (alterações recentes do segmento ST-T ou bloqueio recente do ramo esquerdo);
- iii) Desenvolvimento de ondas Q patológicas no ECG.

O diagnóstico deve ser confirmado por médico Cardiologista.~

Excluem-se as seguintes situações:

- i) Síndrome coronária aguda (angina de peito estável ou instável);
- ii) Elevações da troponina na ausência de manifestações de doença isquêmica do coração (por ex. miocardite, tamponamento apical, contusão cardíaca, embolia pulmonar, toxicidade devido ao uso de estupefacientes);
- iii) Enfarte do miocárdio com artérias coronárias normais ou causado por vaso espasmo coronário, trajeto intra-miocárdico (myocardial bridging) ou abuso de estupefacientes;
- iv) Enfarte do miocárdio que ocorre nos 14 dias após angioplastia coronária ou cirurgia de bypass.

c) AVC – que resulte em sintomas permanentes

Morte de tecido cerebral devido a um acontecimento cerebrovascular agudo, causado por uma trombose ou hemorragia intracraniana (incluindo hemorragia subaracnoideia), ou embolia de causa extracraniana com:

- i) início agudo de novos sintomas neurológicos; e
- ii) défices neurológicos recentes e objetivos, no exame clínico.

O déficit neurológico deve persistir durante mais de 3 meses após a data do diagnóstico. Este diagnóstico deve ser confirmado por médico Neurologista e sustentado por resultados imagiológicos.

Excluem-se as seguintes situações:

- i) Acidente isquémico transitório (AIT) e déficit neurológico isquémico reversível prolongado (DNIRP);
- ii) Lesão traumática do tecido cerebral ou dos vasos sanguíneos;
- iii) Défices neurológicos devido a hipoxia geral, infeção, doença inflamatória, enxaqueca ou intervenção médica;
- iv) Resultados imagiológicos acidentais (TC ou RMN) sem sintomas clínicos claramente relacionados (AVC silencioso).

d) Cirurgia de bypass das artérias coronárias – para tratamento de doença coronária de múltiplos vasos
Realização de cirurgia cardíaca para corrigir o estreitamento ou o bloqueio de duas ou mais artérias coronárias com enxertos de bypass. Estão abrangidos a cirurgia cardíaca com esternotomia total (divisão vertical do esterno) e os procedimentos minimamente invasivos (esternotomia parcial ou toracotomia). A cirurgia deve ser determinada como sendo clinicamente necessária por médico Cardiologista ou por Cirurgião Cardio-torácico e sustentada por resultados no angiograma coronário.

Excluem-se as seguintes situações:

- i) Cirurgia de bypass para tratar estenose ou bloqueio de uma artéria coronária;
- ii) Angioplastia coronária ou colocação de stent.

e) Doença renal terminal – que requer diálises permanentes

Insuficiência crónica e irreversível da função de ambos os rins, resultando na necessidade de realizar regularmente hemodiálise ou diálise peritoneal ou se tiver sido realizado transplante renal. A diálise deve ser clinicamente necessária e confirmada por médico Nefrologista.

Excluem-se as seguintes situações:

- i) Insuficiência renal aguda reversível com diálise renal temporária.
- f) Transplante de órgão principal, tecido conjuntivo ou medula óssea
Transplante de órgãos em que a pessoa segura é o recetor de aloenxerto ou isoenxerto de um ou mais dos seguintes órgãos:
- i) Coração;
 - ii) Rim;
 - iii) Fígado (incluindo transplante de fígado parcial e transplante de fígado de dador vivo);
 - iv) Pulmão (incluindo transplante de lóbulo de dador vivo ou transplante de um único pulmão);
 - v) Medula óssea (transplante alogénico de células estaminais hematopoiéticas antecedido de ablação total da medula óssea);
 - vi) Intestino delgado;
 - vii) Pâncreas.

O transplante parcial ou total do rosto, mão, braço e perna (transplante de aloenxerto de tecido composto) também está abrangido por esta definição. O quadro clínico que leva ao transplante deve ser considerado intratável por quaisquer outros meios, conforme confirmado por médico da Especialidade.

Excluem-se as seguintes situações:

- i) Transplante de outros órgãos, partes do corpo ou tecidos (incluindo a córnea e a pele);
 - ii) Transplante de outras células (incluindo células das ilhotas de Langerhans e células estaminais que não as hematopoiéticas).
- g) Paralisia dos membros – total e irreversível
Perda total e irreversível da função muscular da totalidade de quaisquer 2 membros, como resultado de lesão ou doença da espinal medula ou do cérebro. Define-se “membro” como a totalidade do braço ou da perna. A paralisia deve estar presente durante mais de 3 meses, confirmada por médico Neurologista e sustentada por resultados clínicos e diagnósticos.

Excluem-se as seguintes situações:

- i) Paralisia devido a danos autoinfligidos ou perturbações psicológicas;
 - ii) Síndrome de Guillain-Barré;
 - iii) Paralisia intermitente ou hereditária.
- h) Perda profunda de visão – irreversível
Perda profunda de visão em ambos os olhos, resultante de doença ou traumatismo, que não possa ser corrigida por correção refrativa, medicação ou cirurgia. A perda profunda de visão é evidenciada ou por uma acuidade visual de 3/60 ou menos (0,05 ou menos na notação decimal) para o melhor olho após correção ou um campo visual inferior a 10° de diâmetro no melhor olho após correção. O diagnóstico terá de ser confirmado por médico Oftalmologista.
- i) Cirurgia das válvulas cardíacas – incluindo procedimentos minimamente invasivos e com cateter
A realização de cirurgia para substituir ou reparar anomalias de uma ou mais válvulas cardíacas. Nesta definição estão abrangidos os seguintes procedimentos:
- i) Substituição ou reparação de válvulas cardíacas com esternotomia total (divisão vertical do esterno), esternotomia parcial ou toracotomia;
 - ii) Procedimento de Ross;
 - iii) Valvuloplastia através de cateter;
 - iv) Implantação de válvula aórtica transcaterter (IVAT).

A cirurgia deve ser confirmada como sendo clinicamente necessária por médico Cardiologista ou por Cirurgião Córdio-torácico e sustentada por resultados do ecocardiograma ou do cateterismo cardíaco.

Excluem-se as seguintes situações:

- i) Clipping da válvula mitral transcaterter.
- j) Cirurgia da aorta – incluindo procedimentos minimamente invasivos

Realização de cirurgia para tratamento de estenose, obstrução, aneurisma ou dissecção da aorta. Os procedimentos minimamente invasivos, como a reparação endovascular, estão abrangidos por esta definição. A cirurgia deve ser confirmada como sendo clinicamente necessária por médico Cirurgião Cárdio-torácico e sustentada por resultados imagiológicos.

Excluem-se as seguintes situações:

- i) Cirurgia a qualquer dos ramos da aorta torácica ou abdominal (incluindo enxertos de bypass aorto-femoral ou aorto-iliaco);
- ii) Cirurgia da aorta relacionada com doenças hereditárias do tecido conjuntivo (por ex. síndrome de Marfan, síndrome de Ehlers–Danlos);
- iii) Paralisia Cirurgia após lesão traumática da aorta.

k) Esclerose múltipla – com sintomas persistentes

Diagnóstico definitivo de esclerose múltipla, que deve ser confirmado por médico Neurologista e sustentado por todos os critérios seguintes:

- i) Comprometimento clínico atual da função motora ou sensorial, que deve persistir durante um período contínuo de, pelo menos, 6 meses;
- ii) Ressonância magnética (RM) que mostre, pelo menos, duas lesões de desmielinização no cérebro ou na espinal medula, características da esclerose múltipla.

A definição anterior exclui os seguintes casos:

- i) Possível esclerose múltipla e síndromes isoladas neurologicamente ou radiologicamente, sugestivas mas não diagnósticas, de esclerose múltipla;
- ii) Neurite ótica isolada e neuromielite ótica.

l) Doença de Alzheimer (antes dos 65 anos) – que requer supervisão constante

Diagnóstico definitivo de doença de Alzheimer evidenciado por todos os elementos seguintes:

- i) Perda da capacidade intelectual, envolvendo o compromisso da memória e das funções executivas (sequenciação, organização, abstração e planeamento), que resulta numa redução significativa do funcionamento mental e social;
- ii) Alteração da personalidade;
- iii) Início gradual e declínio continuado das funções cognitivas;
- iv) Sem perturbação do estado de consciência;
- v) Resultados neuropsicológicos e neuroimagiológicos típicos (por ex. TAC/RMN).

A doença terá de exigir (antes dos 65 anos) supervisão constante (24 horas por dia). O diagnóstico e a necessidade de supervisão terão de ser confirmados por Médico Neurologista.

Excluem-se as seguintes situações:

- i) Outras formas de demência devido a perturbações cerebrais ou sistemáticas ou devido a patologias do foro psiquiátrico.

m) Anemia aplásica – com insuficiência grave de medula óssea

Diagnóstico definitivo de anemia aplásica, que resulta em insuficiência grave da medula óssea, com anemia, neutropenia e trombocitopenia. A doença terá de ser tratada com transfusões sanguíneas e com, pelo menos, um dos tratamentos seguintes:

- i) Agentes estimuladores da medula óssea;
- ii) Imunossuppressores;
- iii) Transplante de medula óssea.

O diagnóstico deve ser confirmado por médico Hematologista e evidenciado pela histologia da medula óssea.

n) Tumor cerebral benigno

Diagnóstico definitivo de um tumor cerebral benigno, que se define como sendo um crescimento de tecido não maligno, localizado na cavidade craniana e limitado ao cérebro, meninges ou nervos cranianos. O tumor deve ser submetido a, pelo menos, um dos seguintes tratamentos:

- i) Remoção cirúrgica completa ou incompleta;
- ii) Radiocirurgia estereotáctica;
- iii) Irradiação com feixe externo.

Se nenhuma das opções de tratamento for possível por motivos clínicos, o tumor terá de causar um défice neurológico persistente, documentado há, pelo menos, 3 meses após a data do diagnóstico. O diagnóstico deve ser confirmado por médico Neurologista ou Neurocirurgião e sustentado por resultados imagiológicos.

Excluem-se as seguintes situações:

- i) Diagnóstico ou tratamento de qualquer quisto, granuloma, hamartoma ou malformação das artérias ou veias do cérebro;
 - ii) Tumores da glândula pituitária.
- o) **Doença hepática grave** – Classe B ou C de Child-Pugh
Diagnóstico definitivo de doença hepática grave evidenciada por uma pontuação Child-Pugh de, pelo menos, 7 pontos (Classe B ou C de Child-Pugh). A pontuação deve ser calculada utilizando todas as variáveis seguintes:
- i) Níveis de bilirrubina total sérica;
 - ii) Níveis de albumina sérica;
 - iii) Gravidade da ascite;
 - iv) Valores de INR;
 - iv) Encefalopatia hepática.

O diagnóstico deve ser confirmado por médico Gastrenterologista e sustentado por resultados imagiológicos e analíticos.

Excluem-se as seguintes situações:

- i) Doença hepática grave, secundária ao consumo de álcool ou estupefacientes (incluindo infeções por hepatite B ou C adquirida através do consumo de drogas intravenosas).
- p) **Doença pulmonar crónica** – que resulta em insuficiência respiratória crónica
Diagnóstico definitivo de doença pulmonar grave que resulta em insuficiência respiratória crónica, evidenciada por todos os critérios seguintes:
- i) FEV1 (Forced Expiratory Volume at 1 second, volume expiratório forçado ao 1.º segundo) inferior a 40% do previsto em 2 ocasiões com pelo menos 1 mês de intervalo;
 - ii) Tratamento com oxigenoterapia durante, pelo menos, 16 horas por dia durante um período mínimo de três meses;
 - iii) Redução persistente nas pressões parciais de oxigénio (PaO₂) abaixo dos 55 mmHg (7,3 kPa) na gasometria arterial medida sem administração de oxigénio.

O diagnóstico deve ser confirmado por médico Pneumologista.

- q) **Coma** – que resulta em sintomas persistentes
Diagnóstico definitivo de um estado de perda de consciência, sem reação ou resposta a estímulos externos ou a necessidades internas, que:
- i) Resulta numa pontuação de 8 ou menos na escala de coma de Glasgow, persistindo continuamente durante, pelo menos, 96 horas;
 - ii) Exige a utilização de sistemas de suporte de vida; e
 - iii) Resulta num défice neurológico persistente, que terá de ser avaliado decorridos, pelo menos, 30 dias após o início do coma.

O diagnóstico deve ser confirmado por médico Neurologista.

Excluem-se as seguintes situações:

- i) Coma clinicamente induzido;
 - ii) Qualquer coma devido a lesões autoinfligidas, consumo de álcool ou estupefacientes.
- r) **Surdez** – permanente e irreversível
Diagnóstico definitivo de uma perda permanente e irreversível da audição, em ambos os ouvidos, como resultado de doença ou lesão accidental. O diagnóstico terá de ser confirmado por médico Otorrinolaringologista e sustentado por um limiar auditivo médio de mais de 90 dB nas frequências de 500, 1000 e 2000 hertz no ouvido melhor, utilizando um audiograma tonal.

- s) **Hepatite viral fulminante** – que resulta em insuficiência hepática aguda

Diagnóstico definitivo de hepatite viral fulminante evidenciado por todos os critérios seguintes:

- i) Curso serológico típico da hepatite viral aguda;
- ii) Desenvolvimento de encefalopatia hepática;
- iii) Diminuição do tamanho do fígado;
- iv) Aumento dos níveis de bilirrubina sérica;
- v) Coagulopatia com um rácio normalizado internacional (INR) superior a 1,5;
- vi) Desenvolvimento de insuficiência hepática nos 7 dias após o início dos sintomas;
- vii) Sem antecedentes conhecidos de doença hepática.

O diagnóstico deve ser confirmado por médico Gastrenterologista.

Excluem-se as seguintes situações:

- i) Todas as outras causas não virais de insuficiência hepática aguda (incluindo intoxicação por paracetamol ou aflatoxina);
- ii) Hepatite viral fulminante associada ao consumo de estupefacientes por via intravenosa.

- t) **Traumatismo craniano grave** – que resulta na perda permanente das capacidades físicas
Diagnóstico definitivo de uma perturbação da função cerebral, em resultado de uma lesão crânio encefálica traumática. O traumatismo craniano terá de resultar numa incapacidade total de realizar, de forma independente, pelo menos, 3 das 6 Atividades da Vida Diária (AVD) durante um período ininterrupto de, pelo menos, 3 meses, sem probabilidade razoável de recuperação.

O diagnóstico deve ser confirmado por médico Neurologista ou Neurocirurgião e sustentado por resultados imagiológicos típicos (TC ou RMN cerebral).

Excluem-se as seguintes situações:

- i) Qualquer traumatismo craniano devido a lesões autoinfligidas, consumo de álcool ou estupefacientes.

- u) **Infeção pelo VIH devido a transfusão sanguínea e derivados**
Diagnóstico definitivo de infeção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) resultante da transfusão de sangue e derivados, ocorrida dentro de um dos países da União Europeia, Suíça, Noruega, EUA, Canadá, Austrália, Nova Zelândia e Japão. A infeção pelo VIH terá de ser evidenciada por todos os elementos seguintes:
- i) Infeção causada por uma transfusão, clinicamente necessária, de sangue e derivados, ocorrida após o início da apólice;
 - ii) A instituição ou serviço, que forneceu o sangue e derivados, está registada e é oficialmente reconhecida pelas autoridades de saúde;
 - iii) A instituição ou serviço, que forneceu o sangue e derivados, reconhece a responsabilidade;
 - iv) A seroconversão do VIH deve ocorrer dentro dos 12 meses após a transfusão.

Excluem-se as seguintes situações:

- i) Infeção pelo VIH resultante de quaisquer outras formas de transmissão, incluindo atividade sexual ou consumo de estupefacientes;
- ii) Infeção pelo VIH resultante de transfusão sanguínea e derivados devido a hemofilia ou talassemia major.

- v) **Perda de membros**
Diagnóstico definitivo de amputação completa de dois ou mais membros, ao nível ou acima da articulação do pulso ou do tornozelo, como resultado de uma amputação acidental ou clinicamente necessária. O diagnóstico deve ser confirmado por médico especialista em Cirurgia Geral ou Ortopedia.

Excluem-se as seguintes situações:

- i) Perda de membros devido a lesão autoinfligida.

- w) **Perda da fala – permanente e irreversível**
Diagnóstico definitivo de perda total e irreversível da capacidade de falar em resultado de lesão física ou doença. O quadro clínico tem de estar presente durante um período ininterrupto de, pelo menos, 6 meses. O diagnóstico deve ser confirmado por médico Otorrinolaringologista.

Excluem-se as seguintes situações:

- i) Perda da fala devido a perturbações do foro psiquiátrico.

- x) **Queimaduras de terceiro grau** – cobrindo 20% da área de superfície corporal
Queimaduras que envolvem a destruição da pele em toda a sua profundidade, até ao tecido subjacente (queimaduras de terceiro grau) e que cobrem, pelo menos, 20% da superfície corporal, conforme comprovado pelo método "Regra dos Nove" ou pela "Tabela de Lund e Browder". O diagnóstico deve ser confirmado por médico Especialista em Cirurgia Plástica e Reconstructiva.

Excluem-se as seguintes situações:

- i) Queimaduras de 3.º grau devido a lesão autoinfligida;
- ii) Quaisquer queimaduras de 1.º ou 2.º grau.

- y) **Doença do neurónio motor** – que resulta na perda permanente das capacidades físicas
Diagnóstico definitivo de uma das seguintes doenças do neurónio motor:

- i) Esclerose lateral amiotrófica (ELA ou doença de Lou Gehrig);
- ii) Esclerose lateral primária (ELP);
- iii) Atrofia muscular progressiva (AMP);
- iv) Paralisia bulbar progressiva (PBP).

A doença deve resultar numa incapacidade total para realizar, de forma independente, pelo menos, 3 das 6 Atividades da Vida Diária (AVD) durante um período contínuo de, pelo menos, 3 meses, sem probabilidade razoável de recuperação.

O diagnóstico deve ser confirmado por médico Neurologista e sustentada por estudos de condução nervosa (ECN) e de eletromiografia (EMG).

Excluem-se as seguintes situações:

- i) Neuropatia motora multifocal (NMM) e miosite de corpos de inclusão;
- ii) Síndrome pós-pólio;
- iii) Atrofia muscular espinal;
- iv) Polimiosite e dermatomiosite.

- z) **Meningite bacteriana** – que resulta em sintomas persistentes
Diagnóstico definitivo de meningite bacteriana que resulta num défice neurológico persistente confirmado há, pelo menos, 3 meses após a data do diagnóstico. O diagnóstico deve ser confirmado por médico Neurologista e sustentado pelo crescimento de bactérias patogénicas a partir da cultura do líquido cefalorraquidiano.

Excluem-se as seguintes situações:

- i) Meningite asséptica, viral, parasitológica ou não infecciosa.

- aa) **Doença de Parkinson idiopática (antes dos 65 anos)** – que resulta na perda permanente de capacidades físicas

Diagnóstico definitivo de doença de Parkinson idiopática primária, evidenciado por, pelo menos, duas das seguintes manifestações clínicas:

- i) Rigidez muscular;
- ii) Tremor;
- iii) Bradicinesia (lentidão anormal de movimentos, indolência das respostas físicas e mentais).

A doença de Parkinson idiopática terá de resultar (antes dos 65 anos) numa incapacidade total para realizar, de forma independente, pelo menos 3 das 6 Atividades da Vida Diária (AVD) durante um período contínuo de, pelo menos, 3 meses, independentemente do tratamento farmacológico, sem possibilidade razoável de recuperação.

O diagnóstico deve ser confirmado por médico Neurologista. A implantação de um neuro-estimulador para controlar os sintomas através da estimulação cerebral profunda está, independentemente das Atividades da Vida Diária (AVD), abrangida pela presente definição. A implantação terá de ser determinada como sendo clinicamente necessária por um Neurologista ou Neurocirurgião.

Excluem-se as seguintes situações:

- i) Parkinsonismo secundário (incluindo parkinsonismo induzido por fármacos ou toxinas);
- ii) Tremor essencial;
- iii) Parkinsonismo relacionado com outras doenças neuro-degenerativas.

2 - Para os efeitos da presente cobertura complementar, consideram-se Atividades da Vida Diária (AVD) as seguintes:

- i) Lavar-se – a capacidade de se lavar no banho ou no duche (incluindo entrar e sair da banheira ou da cabine de duche) ou de se lavar satisfatoriamente por outros meios;
- ii) Vestir-se e despir-se – a capacidade de se vestir, se despir, apertar e desapertar todas as peças de vestuário e, se necessário, quaisquer ortóteses, membros artificiais ou outros dispositivos cirúrgicos;
- iii) Alimentar-se – a incapacidade de se alimentar quando os alimentos (sólidos e líquidos) foram preparados e disponibilizados, incluindo poder sugar por uma palhinha ou usar outros utensílios adaptados;
- iv) Manter a higiene pessoal – a capacidade de manter um nível satisfatório de higiene pessoal, usando a casa de banho ou controlando de outra forma o funcionamento dos esfíncteres urinário e retal;
- v) Deslocar-se entre divisões – a capacidade de ir de uma divisão para outra divisão num piso plano;
- vi) Entrar e sair da cama – a capacidade de sair da cama para uma cadeira na posição vertical ou cadeira de rodas e vice-versa.

3 - Para os efeitos da presente cobertura complementar considera-se Défice Neurológico os sintomas de disfunção no sistema nervoso presentes no exame clínico. Os sintomas abrangidos incluem a dormência (parestesia) e hiperestesia (sensibilidade aumentada), paralisia, fraqueza localizada, disartria (dificuldade no discurso), afasia (incapacidade de falar), disfagia (dificuldade em deglutir), compromisso visual, dificuldade em andar, falta de coordenação, tremores, convulsões, letargia, demência, delírio e coma, ficando excluídas as seguintes situações:

- i) alteração observada na TC ou RMN ou em outras técnicas de imagiologia sem sintomas clínicos relacionados definitivos;
- ii) sinais neurológicos que ocorrem sem alteração sintomática, por ex., reflexos bruscos sem outros sintomas;
- iii) sintomas de origem psicológica ou psiquiátrica.

ARTIGO 4.º - EXCLUSÕES

Para além das exclusões constantes nas Condições Gerais, ficam excluídos das garantias desta cobertura complementar os sinistros resultantes de:

- a) Consequência direta ou indireta de atos provocados intencionalmente pela Pessoa Segura, Tomador do Seguro ou Beneficiário, ou com a sua cumplicidade, bem como a tentativa de suicídio da Pessoa Segura e todas as suas consequências;
- b) Duelo ou apostas de qualquer natureza, bem como acidente resultante de acto doloso da Pessoa Segura;
- c) Ferimentos ou lesões provocadas por atos de sequestro, tumultos, insurreição, motins, rixas, terrorismo ou sabotagem, qualquer que seja o lugar em que se desenrolem os acontecimentos e quaisquer que sejam os protagonistas;
- d) Revolução, guerra civil e guerra com país estrangeiro declarada ou não;
- e) Estado de alcoolismo e ingestão de drogas ou medicação sem de prescrição médica;
- f) Prática de desportos a nível profissional ou integrado em campeonatos oficiais;
- g) Desportos de risco tais como corridas de automóveis, motociclos, caça fora do território Europeu, caça submarina, mergulho, montanhismo, espeleologia, qualquer modalidade de luta, paraquedismo, voo livre, voo sem motor, asa-delta, ultraligeiro, e em geral, qualquer desporto ou atividade recreativa de carácter notoriamente perigoso;
- h) Desastres de Aviação, salvo quando a Pessoa Segura for passageiro de avião de carreira comercial de transporte de passageiros, devidamente autorizada pela Comissão Europeia;
 - i) Ocorrência de riscos nucleares;
 - j) No caso da Pessoa Segura provocar ou agravar o seu estado de saúde;
 - k) Doença, terapia, intervenção cirúrgica, tratamento médico e/ou acidentes anteriores à entrada em vigor da apólice de seguro;
 - l) Doença acompanhada de infeção por VIH; com exceção do previsto no ponto u) do artigo 3.º;
 - m) Qualquer doença e/ou intervenção cirúrgica não definidas na presente cobertura complementar.

ARTIGO 5.º - JUSTIFICAÇÃO E RECONHECIMENTO DO DIREITO ÀS GARANTIAS

1 - A participação do sinistro deve ser efetuada por escrito e nos 180 dias imediatos à constatação/diagnóstico da doença, enviando ao Segurador, para além das informações previstas no artigo 3.º destas Condições Especiais, os seguintes documentos:

- i) um relatório clínico, preciso e detalhado, elaborado pelo médico especialista que acompanha a Pessoa Segura, do qual conste o diagnóstico da Doença Grave e respetiva data, a referência a toda a história clínica da Pessoa Segura e a data em que se manifestaram os primeiros sintomas da Doença Grave, quais os tratamentos, internamentos, cirurgias e respetivas datas;
- ii) relatório histológico, quando aplicável
- iii) relatórios dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica que evidenciam o diagnóstico e respetivo acompanhamento clínico.

2 - Sempre que a verificação do sinistro seja comunicada ao Segurador após o prazo previsto no número anterior, o valor da prestação do Segurador corresponderá ao capital seguro à data da comunicação, não havendo lugar à devolução de qualquer prémio.

3 - A Pessoa Segura deve autorizar o seu médico assistente a fornecer confidencialmente ao médico representante do Segurador toda a informação médica respeitante ao sinistro declarado.

4 - O Segurador reserva-se o direito de exigir, a expensas suas, qualquer justificação complementar e de proceder às investigações que julgar convenientes para determinação do estado de saúde da Pessoa Segura, designadamente mandando-a examinar pelos seus médicos, cessando a sua responsabilidade se o Tomador do Seguro, a Pessoa Segura ou os Beneficiários prejudicarem ou impedirem o normal exercício dessa faculdade.

5 - Sem prejuízo do disposto no número anterior, as despesas com a obtenção dos documentos comprovativos e necessários serão sempre de conta da Pessoa Segura ou Beneficiários.

6 - As divergências de natureza clínica serão dirimidas por junta médica, obrigatoriamente realizada em território nacional, composta por três peritos médicos, sendo um designado pelo Segurador, outro pela Pessoa Segura e o terceiro por acordo entre os anteriores, sendo as respetivas decisões tomadas por maioria e insuscetíveis de recurso, e suportando cada uma das partes as despesas e honorários do seu médico, bem como 50% dos encargos referentes ao terceiro médico desta junta.

7 - O direito às garantias, nos termos da presente cobertura complementar, produzirá efeitos a partir da data da verificação da Doença Grave pelo Segurador.

8 - O Segurador comunicará, por escrito, aos interessados a sua posição sobre o carácter da doença grave da Pessoa Segura no decorrer dos 30 dias após a receção dos documentos descritos em 1.

ARTIGO 6.º - BENEFICIÁRIOS

Na falta de designação de beneficiário da presente cobertura complementar, o Beneficiário é a **Pessoa Segura**.

ARTIGO 7.º - CESSAÇÃO DAS GARANTIAS

1 - Para cada Pessoa Segura, as garantias da presente cobertura complementar cessam os seus efeitos:

- a) em caso de denúncia, anulação, declaração de nulidade, resolução ou caducidade da cobertura principal, de que esta cobertura é complementar;
- b) quando a Pessoa Segura atingir, na data de renovação do contrato, 67 anos de idade atuarial, salvo indicação em contrário nas Condições Particulares;
- c) em caso de pagamento do Capital Seguro exigível para a presente cobertura complementar.

2 - Caso o pagamento exigível ao abrigo desta cobertura complementar coincida com a totalidade do Capital Seguro da cobertura principal, cessam as garantias da referida cobertura principal, bem como as demais coberturas complementares mencionadas nas Condições Particulares.

3 - Caso o pagamento exigível ao abrigo desta cobertura complementar não coincida com a totalidade do Capital Seguro da cobertura principal, cessam as garantias das demais coberturas complementares mencionadas nas Condições Particulares, mantendo-se apenas a cobertura principal de morte pelo capital remanescente.

4 - Quando o capital da cobertura for inferior ao capital da cobertura de morte, se a morte do Pessoa Segura ocorrer antes de decorridos trinta (30) dias a contar da data do diagnóstico da patologia (data do relatório de histologia de um laboratório de patologia credenciado), o capital devido será o capital seguro da cobertura de morte, cessando de imediato o contrato.

ARTIGO 8.º - PAGAMENTO DO PRÉMIO

O pagamento do prémio relativo a esta cobertura complementar será efetuado conjuntamente e nas mesmas condições do prémio da cobertura principal.

ARTIGO 9.º - DISPOSIÇÃO FINAL

Em tudo o que não estiver expressamente previsto nesta cobertura complementar aplicam-se as Condições Gerais e Especiais da apólice.

Condições Especiais – YOLO! Cobertura Complementar - 4 Doenças Graves

ARTIGO 1.º - DEFINIÇÕES

Para efeitos desta cobertura complementar, considera-se:

DOENÇAS GRAVES: As doenças identificadas no artigo 3.º destas Condições Especiais.

DOENÇA PREEEXISTENTE: Doença que tenha sido objeto de um diagnóstico inequívoco ou que, com suficiente grau de evidência, se tenha manifestado em data anterior à da celebração do presente contrato.

PERÍODO DE CARÊNCIA: período que medeia entre a data de início da cobertura e a data da sua produção de efeitos, considerando-se também preexistentes as doenças que se manifestem durante o período de carência.

MÉDICO: Licenciado por uma Faculdade de Medicina autorizado a exercer a profissão no respetivo país da sua residência. Excluem-se todas as especialidades não reconhecidas pela Ordem dos Médicos portuguesa.

ARTIGO 2.º - OBJETO DA COBERTURA

1 - Pela presente cobertura o Segurador garante ao Beneficiário o pagamento do capital seguro em caso de manifestação, durante a vigência desta cobertura, de uma das Doenças Graves mencionadas no artigo seguinte.

2 - As garantias conferidas por esta cobertura estão sujeitas a um período de carência de três meses, excetuando para a Cancro (invasivo), em que o período é de seis meses. Em tal caso, serão devolvidos os prémios pagos relativos à presente cobertura e esta anulada com referência à data de início da mesma.

3 - O capital da cobertura principal da apólice é reduzido no montante que seja pago ao abrigo da presente cobertura, cessando as restantes coberturas complementares.

ARTIGO 3.º - DOENÇAS GRAVES

1 - Para os efeitos da presente cobertura complementar, consideram-se Doenças Graves as seguintes:

a) **Cancro Invasivo**

Qualquer tumor maligno diagnosticado positivamente com confirmação histológica e caracterizado pelo crescimento descontrolado de células malignas e por invasão de tecido. O diagnóstico terá de ser confirmado por médico Especialista.

A não ser que tenham sido especificamente excluídas, a leucemia, o linfoma maligno e a síndrome mielodisplásica estão abrangidos por esta definição.

Excluem-se as seguintes situações:

- i) Qualquer tumor histologicamente classificado como pré-maligno, não invasivo ou carcinoma in situ (incluindo carcinoma ductal e lobular in situ da mama e displasia cervical CIN-1, CIN-2 e CIN-3);
- ii) Qualquer cancro da próstata, exceto se histologicamente classificado como tendo uma pontuação de Gleason superior a 6 ou tendo progredido para, pelo menos, uma classificação clínica TNM de T2N0M0;
- iii) Leucemia linfocítica crónica, exceto se tiver evoluído para, pelo menos, o Estadio B de Binet;
- iv) Carcinoma basocelular ou basalioma e carcinoma das células escamosas da pele e melanoma maligno de estadio IA (T1aN0M0), a menos que haja evidência de metástases;
- v) Cancro papilar da tiroide com menos de 1 cm de diâmetro e descrito histologicamente como T1N0M0;
- vi) Micro-carcinoma papilar da bexiga descrito histologicamente como Ta;
- vii) Policitemia vera e trombocitemia essencial;
- viii) Gamopatia monoclonal de significado indeterminado;
- ix) Linfoma MALT gástrico se a doença puder ser tratada com erradicação de Helicobacter;
- x) Tumor do estroma gastrointestinal (GIST), estadios I e II Segundo o Manual de Estadiamento do Cancro da AJCC, Sétima Edição (2010);
- xi) Linfoma cutâneo, exceto se requer tratamento com quimioterapia ou radioterapia;
- xii) Carcinoma micro invasivo da mama (classificado histologicamente como sendo T1mic), exceto se requer mastectomia, quimioterapia ou radioterapia;

- xiii) Carcinoma micro invasivo do colo do útero (classificado histologicamente como estadio IA1), exceto se requer histerectomia, quimioterapia ou radioterapia.

b) Enfarte de miocárdio (Ataque cardíaco)

Um enfarte do miocárdio consiste na morte do tecido cardíaco devido a uma obstrução prolongada do fluxo sanguíneo. O enfarte deve ser evidenciado por um aumento e/ou diminuição dos biomarcadores cardíacos (troponina ou CKMB) para níveis considerados diagnósticos de enfarte do miocárdio, em conjunto com, pelo menos, dois dos seguintes critérios:

- i) Sintomas de isquemia (como dor torácica);
- ii) Alterações eletrocardiográficas (ECG) indicativas de isquemia recente (alterações recentes do segmento ST-T ou bloqueio recente do ramo esquerdo);
- iii) Desenvolvimento de ondas Q patológicas no ECG.

O diagnóstico deve ser confirmado por médico Cardiologista.

Excluem-se as seguintes situações:

- i) Síndrome coronária aguda (angina de peito estável ou instável);
- ii) Elevações da troponina na ausência de manifestações de doença isquêmica do coração (por ex. miocardite, tamponamento apical, contusão cardíaca, embolia pulmonar, toxicidade devido ao uso de estupefacientes);
- iii) Enfarte do miocárdio com artérias coronárias normais ou causado por vaso espasmo coronário, trajeto intra-miocárdico (myocardial bridging) ou abuso de estupefacientes;
- iv) Enfarte do miocárdio que ocorre nos 14 dias após angioplastia coronária ou cirurgia de bypass.

c) AVC – que resulte em sintomas permanentes

Morte de tecido cerebral devido a um acontecimento cerebrovascular agudo, causado por uma trombose ou hemorragia intracraniana (incluindo hemorragia subaracnoideia), ou embolia de causa extracraniana com:

- i) início agudo de novos sintomas neurológicos; e
- ii) défices neurológicos recentes e objetivos, no exame clínico.

O défice neurológico deve persistir durante mais de 3 meses após a data do diagnóstico. Este diagnóstico deve ser confirmado por médico Neurologista e sustentado por resultados imagiológicos.

Excluem-se as seguintes situações:

- i) Acidente isquémico transitório (AIT) e défice neurológico isquémico reversível prolongado (DNIRP);
- ii) Lesão traumática do tecido cerebral ou dos vasos sanguíneos;
- iii) Défices neurológicos devido a hipoxia geral, infeção, doença inflamatória, enxaqueca ou intervenção médica;
- iv) Resultados imagiológicos acidentais (TC ou RMN) sem sintomas clínicos claramente relacionados (AVC silencioso).

d) Cirurgia de bypass das artérias coronárias – para tratamento de doença coronária de múltiplos vasos

Realização de cirurgia cardíaca para corrigir o estreitamento ou o bloqueio de duas ou mais artérias coronárias com enxertos de bypass. Estão abrangidos a cirurgia cardíaca com esternotomia total (divisão vertical do esterno) e os procedimentos minimamente invasivos (esternotomia parcial ou toracotomia). A cirurgia deve ser determinada como sendo clinicamente necessária por médico Cardiologista ou por Cirurgião Cardio-torácico e sustentada por resultados no angiograma coronário.

Excluem-se as seguintes situações:

- i) Cirurgia de bypass para tratar estenose ou bloqueio de uma artéria coronária;
- ii) Angioplastia coronária ou colocação de stent.

2 - Para os efeitos da presente cobertura complementar, consideram-se Atividades da Vida Diária (AVD) as seguintes:

- i) Lavar-se – a capacidade de se lavar no banho ou no duche (incluindo entrar e sair da banheira ou da cabine de duche) ou de se lavar satisfatoriamente por outros meios;
- ii) Vestir-se e despir-se – a capacidade de se vestir, se despir, apertar e desapertar todas as peças de vestuário e, se necessário, quaisquer ortóteses, membros artificiais ou outros dispositivos cirúrgicos;
- iii) Alimentar-se – a incapacidade de se alimentar quando os alimentos (sólidos e líquidos) foram preparados e disponibilizados, incluindo poder sugar por uma palhinha ou usar outros utensílios adaptados;

- iv) Manter a higiene pessoal – a capacidade de manter um nível satisfatório de higiene pessoal, usando a casa de banho ou controlando de outra forma o funcionamento dos esfíncteres urinário e retal;
- v) Deslocar-se entre divisões – a capacidade de ir de uma divisão para outra divisão num piso plano;
- vi) Entrar e sair da cama – a capacidade de sair da cama para uma cadeira na posição vertical ou cadeira de rodas e vice-versa.

3 - Para os efeitos da presente cobertura complementar considera-se Défice Neurológico os sintomas de disfunção no sistema nervoso presentes no exame clínico. Os sintomas abrangidos incluem a dormência (parestesia) e hiperestesia (sensibilidade aumentada), paralisia, fraqueza localizada, disartria (dificuldade no discurso), afasia (incapacidade de falar), disfagia (dificuldade em deglutir), compromisso visual, dificuldade em andar, falta de coordenação, tremores, convulsões, letargia, demência, delírio e coma, ficando excluídas as seguintes situações:

- i) alteração observada na TC ou RMN ou em outras técnicas de imagiologia sem sintomas clínicos relacionados definitivos;
- ii) sinais neurológicos que ocorrem sem alteração sintomática, por ex., reflexos bruscos sem outros sintomas;
- iii) sintomas de origem psicológica ou psiquiátrica.

ARTIGO 4.º - EXCLUSÕES

Para além das exclusões constantes nas Condições Gerais, ficam excluídos das garantias desta cobertura complementar os sinistros resultantes de:

- a) Consequência direta ou indireta de atos provocados intencionalmente pela Pessoa Segura, Tomador do Seguro ou Beneficiário, ou com a sua cumplicidade, bem como a tentativa de suicídio da Pessoa Segura e todas as suas consequências;
- b) Duelo ou apostas de qualquer natureza, bem como acidente resultante de acto doloso da Pessoa Segura;
- c) Ferimentos ou lesões provocadas por atos de sequestro, tumultos, insurreição, motins, rixas, terrorismo ou sabotagem, qualquer que seja o lugar em que se desenrolem os acontecimentos e quaisquer que sejam os protagonistas;
- d) Revolução, guerra civil e guerra com país estrangeiro declarada ou não;
- e) Estado de alcoolismo e ingestão de drogas ou medicação sem de prescrição médica;
- f) Prática de desportos a nível profissional ou integrado em campeonatos oficiais;
- g) Desportos de risco tais como corridas de automóveis, motociclos, caça fora do território Europeu, caça submarina, mergulho, montanhismo, espeleologia, qualquer modalidade de luta, paraquedismo, voo livre, voo sem motor, asa-delta, ultraligeiro, e em geral, qualquer desporto ou atividade recreativa de carácter notoriamente perigoso;
- h) Desastres de Aviação, salvo quando a Pessoa Segura for passageiro de avião de carreira comercial de transporte de passageiros, devidamente autorizada pela Comissão Europeia;
- i) Ocorrência de riscos nucleares;
- j) No caso da Pessoa Segura provocar ou agravar o seu estado de saúde;
- k) Doença, terapia, intervenção cirúrgica, tratamento médico e/ou acidentes anteriores à entrada em vigor da apólice de seguro;
- l) Doença acompanhada de infeção por VIH
- m) Qualquer doença e/ou intervenção cirúrgica não definidas na presente cobertura complementar.

ARTIGO 5.º - JUSTIFICAÇÃO E RECONHECIMENTO DO DIREITO ÀS GARANTIAS

1 - A participação do sinistro deve ser efetuada por escrito e nos 180 dias imediatos à constatação/diagnóstico da doença, enviando ao Segurador, para além das informações previstas no artigo 3.º destas Condições Especiais, os seguintes documentos:

- i) um relatório clínico, preciso e detalhado, elaborado pelo médico especialista que acompanha a Pessoa Segura, do qual conste o diagnóstico da Doença Grave e respetiva data, a referência a toda a história clínica da Pessoa Segura e a data em que se manifestaram os primeiros sintomas da Doença Grave, quais os tratamentos, internamentos, cirurgias e respetivas datas;
- ii) relatório histológico, quando aplicável
- iii) relatórios dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica que evidenciam o diagnóstico e respetivo acompanhamento clínico.

2 - Sempre que a verificação do sinistro seja comunicada ao Segurador após o prazo previsto no número anterior, o valor da prestação do Segurador corresponderá ao capital seguro à data da comunicação, não havendo lugar à devolução de qualquer prémio.

3 - A Pessoa Segura deve autorizar o seu médico assistente a fornecer confidencialmente ao médico representante do Segurador toda a informação médica respeitante ao sinistro declarado.

4 - O Segurador reserva-se o direito de exigir, a expensas suas, qualquer justificação complementar e de proceder às investigações que julgar convenientes para determinação do estado de saúde da Pessoa Segura, designadamente mandando-a examinar pelos seus médicos, cessando a sua responsabilidade se o Tomador do Seguro, a Pessoa Segura ou os Beneficiários prejudicarem ou impedirem o normal exercício dessa faculdade.

5 - Sem prejuízo do disposto no número anterior, as despesas com a obtenção dos documentos comprovativos e necessários serão sempre de conta da Pessoa Segura ou Beneficiários.

6 - As divergências de natureza clínica serão dirimidas por junta médica, obrigatoriamente realizada em território nacional, composta por três peritos médicos, sendo um designado pelo Segurador, outro pela Pessoa Segura e o terceiro por acordo entre os anteriores, sendo as respetivas decisões tomadas por maioria e insuscetíveis de recurso, e suportando cada uma das partes as despesas e honorários do seu médico, bem como 50% dos encargos referentes ao terceiro médico desta junta.

7 - O direito às garantias, nos termos da presente cobertura complementar, produzirá efeitos a partir da data da verificação da Doença Grave pelo Segurador.

8 - O Segurador comunicará, por escrito, aos interessados a sua posição sobre o carácter da doença grave da Pessoa Segura no decorrer dos 30 dias após a receção dos documentos descritos em 1.

ARTIGO 6.º - BENEFICIÁRIOS

Na falta de designação de beneficiário da presente cobertura complementar, o Beneficiário é a **Pessoa Segura**.

ARTIGO 7.º - CESSAÇÃO DAS GARANTIAS

1 - Para cada Pessoa Segura, as garantias da presente cobertura complementar cessam os seus efeitos:

- a) em caso de denúncia, anulação, declaração de nulidade, resolução ou caducidade da cobertura principal, de que esta cobertura é complementar;
- b) quando a Pessoa Segura atingir, na data de renovação do contrato, 67 anos de idade atuarial, salvo indicação em contrário nas Condições Particulares;
- c) em caso de pagamento do Capital Seguro exigível para a presente cobertura complementar.

2 - Caso o pagamento exigível ao abrigo desta cobertura complementar coincida com a totalidade do Capital Seguro da cobertura principal, cessam as garantias da referida cobertura principal, bem como as demais coberturas complementares mencionadas nas Condições Particulares.

3 - Caso o pagamento exigível ao abrigo desta cobertura complementar não coincida com a totalidade do Capital Seguro da cobertura principal, cessam as garantias das demais coberturas complementares mencionadas nas Condições Particulares, mantendo-se apenas a cobertura principal de morte pelo capital remanescente.

4 - Quando o capital da cobertura for inferior ao capital da cobertura de morte, se a morte do Pessoa Segura ocorrer antes de decorridos trinta (30) dias a contar da data do diagnóstico da patologia (data do relatório de histologia de um laboratório de patologia credenciado), o capital devido será o capital seguro da cobertura de morte, cessando de imediato o contrato.

ARTIGO 8.º - PAGAMENTO DO PRÉMIO

O pagamento do prémio relativo a esta cobertura complementar será efetuado conjuntamente e nas mesmas condições do prémio da cobertura principal.

ARTIGO 9.º - DISPOSIÇÃO FINAL

Em tudo o que não estiver expressamente previsto nesta cobertura complementar aplicam-se as Condições Gerais e Especiais da apólice.

Condições Especiais – YOLO! Cobertura Complementar - Cancro In Situ

ARTIGO 1.º - DEFINIÇÕES

Para efeitos desta cobertura complementar, considera-se:

DOENÇA PRÉEXISTENTE: Doença que tenha sido objeto de um diagnóstico inequívoco ou que, com suficiente grau de evidência, se tenha manifestado em data anterior à da celebração do presente contrato.

PERÍODO DE CARÊNCIA: período que medeia entre a data de início da cobertura e a data da sua produção de efeitos, considerando-se também preexistentes as doenças que se manifestem durante o período de carência.

MÉDICO: Licenciado por uma Faculdade de Medicina autorizado a exercer a profissão no respetivo país da sua residência. Excluem-se todas as especialidades não reconhecidas pela Ordem dos Médicos portuguesa.

ARTIGO 2.º - OBJETO DA COBERTURA

1 - Pela presente cobertura, o Segurador garante o pagamento do Capital Seguro definido nas Condições Particulares ou no Certificado Individual relativa a cobertura de Cancro In Situ.

2 - Para os efeitos da presente cobertura complementar, consideram-se como Cancro in Situ:

- i) Tumor confirmado histologicamente como carcinoma in-situ (cancro confinado à superfície e sem invasão do órgão de origem) e classificado como Tis pelo manual da “American Joint Committee on Cancer” (AJCC) – 8ª edição, 2018
- ii) Tumor confirmado histologicamente e classificado como Ta pelo manual da “American Joint Committee on Cancer” (AJCC) – 8ª edição, 2018.

O diagnóstico de cancro não invasivo deve ser confirmado por relatório histológico de um laboratório de patologia credenciado.

3 - Para efeitos da cobertura, excluem-se as seguintes situações:

- i) Qualquer Tumor que, descrito histologicamente como benigno, pré-maligno, borderline, de baixo potencial maligno, displasia ou neoplasia intra-epitelial;
- ii) Carcinoma in-situ da pele;
- iii) Melanoma in-situ.

4 - As garantias conferidas por esta cobertura estão sujeitas a um período de carência de seis meses. Em tal caso, serão devolvidos os prémios pagos relativos à presente cobertura e esta anulada com referência à data de início da mesma.

5 - O capital da presente cobertura cessa, mantendo-se todas as restantes coberturas inalteradas.

ARTIGO 3.º - EXCLUSÕES

Para além das exclusões constantes nas Condições Gerais, ficam excluídos das garantias desta cobertura complementar os sinistros resultantes de:

- a) Consequência direta ou indireta de atos provocados intencionalmente pela Pessoa Segura, Tomador do Seguro ou Beneficiário, ou com a sua cumplicidade, bem como a tentativa de suicídio da Pessoa Segura e todas as suas consequências;
- b) Duelo ou apostas de qualquer natureza, bem como acidente resultante de acto doloso da Pessoa Segura;
- c) Ferimentos ou lesões provocadas por atos de sequestro, tumultos, insurreição, motins, rixas, terrorismo ou sabotagem, qualquer que seja o lugar em que se desenrolem os acontecimentos e quaisquer que sejam os protagonistas;
- d) Revolução, guerra civil e guerra com país estrangeiro declarada ou não;
- e) Estado de alcoolismo e ingestão de drogas ou medicação sem de prescrição médica;
- f) Prática de desportos a nível profissional ou integrado em campeonatos oficiais;
- g) Desportos de risco tais como corridas de automóveis, motociclos, caça fora do território Europeu, caça submarina, mergulho, montanhismo, espeleologia, qualquer modalidade de luta, paraquedismo, voo livre, voo sem motor, asa-delta, ultraligeiro, e em geral, qualquer desporto ou atividade recreativa de caráter notoriamente perigoso;

- h) **Desastres de Aviação, salvo quando a Pessoa Segura for passageiro de avião de carreira comercial de transporte de passageiros, devidamente autorizada pela Comissão Europeia;**
- i) **Ocorrência de riscos nucleares;**
- j) **No caso da Pessoa Segura provocar ou agravar o seu estado de saúde;**
- k) **Doença, terapia, intervenção cirúrgica, tratamento médico e/ou acidentes anteriores à entrada em vigor da apólice de seguro;**
- l) **Doença acompanhada de infecção por VIH.**
- m) **Qualquer doença e/ou intervenção cirúrgica não definidas na presente cobertura complementar**

ARTIGO 4.º - JUSTIFICAÇÃO E RECONHECIMENTO DO DIREITO ÀS GARANTIAS

1 - A participação do sinistro deve ser efetuada por escrito e nos 180 dias imediatos à constatação/diagnóstico da doença, enviando ao Segurador, para além das informações previstas no artigo 3.º destas Condições Especiais, os seguintes documentos:

- i) **um relatório clínico, preciso e detalhado, elaborado pelo médico especialista que acompanha a Pessoa Segura, do qual conste o diagnóstico da Doença Grave e respetiva data, a referência a toda a história clínica da Pessoa Segura e a data em que se manifestaram os primeiros sintomas da Doença Grave, quais os tratamentos, internamentos, cirurgias e respetivas datas;**
- ii) **relatório histológico, quando aplicável**
- iii) **relatórios dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica que evidenciam o diagnóstico e respetivo acompanhamento clínico.**

2 - Sempre que a verificação do sinistro seja comunicada ao Segurador após o prazo previsto no número anterior, o valor da prestação do Segurador corresponderá ao capital seguro à data da comunicação, não havendo lugar à devolução de qualquer prémio.

3 - O Segurador reserva-se o direito de exigir, a expensas suas, qualquer justificação complementar e de proceder às investigações que julgar convenientes para determinação do estado de saúde da Pessoa Segura, designadamente mandando-a examinar pelos seus médicos, cessando a sua responsabilidade se o Tomador do Seguro, a Pessoa Segura ou os Beneficiários prejudicarem ou impedirem o normal exercício dessa faculdade.

4 - Sem prejuízo do disposto no número anterior, as despesas com a obtenção dos documentos comprovativos e necessários serão sempre de conta da Pessoa Segura ou Beneficiários.

5 - As divergências de natureza clínica serão dirimidas por junta médica, obrigatoriamente realizada em território nacional, composta por três peritos médicos, sendo um designado pelo Segurador, outro pela Pessoa Segura e o terceiro por acordo entre os anteriores, sendo as respetivas decisões tomadas por maioria e insuscetíveis de recurso, e suportando cada uma das partes as despesas e honorários do seu médico, bem como 50% dos encargos referentes ao terceiro médico desta junta.

6 - O direito às garantias, nos termos da presente cobertura complementar, produzirá efeitos a partir da data da verificação da Doença Grave pelo Segurador.

7 - O Segurador comunicará, por escrito, aos interessados a sua posição sobre o caráter da doença grave da Pessoa Segura no decorrer dos 30 dias após a receção dos documentos descritos em 1.

ARTIGO 5.º - BENEFICIÁRIOS

Na falta de designação de beneficiário da presente cobertura complementar, o Beneficiário é a **Pessoa Segura**.

ARTIGO 6.º - CESSAÇÃO DAS GARANTIAS

1 - Para cada Pessoa Segura, as garantias da presente cobertura complementar cessam os seus efeitos:

- a) **em caso de denúncia, anulação, declaração de nulidade, resolução ou caducidade da cobertura principal, de que esta cobertura é complementar;**
- b) **quando a Pessoa Segura atingir, na data de renovação do contrato, 67 anos de idade atuarial, salvo indicação em contrário nas Condições Particulares;**
- c) **em caso de pagamento do Capital Seguro exigível para a presente cobertura complementar.**
- d) **Em caso de pagamento da cobertura de 27 Doenças Graves ou 4 Doenças Graves.**

2 - Em caso de pagamento exigível ao abrigo desta cobertura complementar, as garantias da referida cobertura principal, bem com as demais coberturas complementares, continuam em vigor pelo Capital Seguro, não sendo sujeitas a qualquer alteração.

ARTIGO 7.º - PAGAMENTO DO PRÉMIO

O pagamento do prémio relativo a esta cobertura complementar será efetuado conjuntamente e nas mesmas condições do prémio da cobertura principal.

ARTIGO 8.º - DISPOSIÇÃO FINAL

Em tudo o que não estiver expressamente previsto nesta cobertura complementar aplicam-se as Condições Gerais e Especiais da apólice.

Condições Especiais – YOLO! Cobertura Complementar - Cancro Invasivo

ARTIGO 1.º - DEFINIÇÕES

Para efeitos desta cobertura complementar, considera-se:

CANCRO INVASIVO: Qualquer tumor maligno diagnosticado positivamente com confirmação histológica e caracterizado pelo crescimento descontrolado de células malignas e por invasão de tecido.

DOENÇA PREEXISTENTE: Doença que tenha sido objeto de um diagnóstico inequívoco ou que, com suficiente grau de evidência, se tenha manifestado em data anterior à da celebração do presente contrato.

PERÍODO DE CARÊNCIA: período que medeia entre a data de início da cobertura e a data da sua produção de efeitos, considerando-se também preexistentes as doenças que se manifestem durante o período de carência.

MÉDICO: Licenciado por uma Faculdade de Medicina autorizado a exercer a profissão no respetivo país da sua residência. Excluem-se todas as especialidades não reconhecidas pela Ordem dos Médicos portuguesa.

ARTIGO 2.º - OBJETO DA COBERTURA

1 - Pela presente cobertura, o Segurador garante o pagamento do Capital Seguro definido nas Condições Particulares ou no Certificado Individual relativa a cobertura de Cancro Invasivo.

O diagnóstico da presente cobertura terá de ser confirmado por médico Especialista.

2 - A não ser que tenham sido especificamente excluídas, a leucemia, o linfoma maligno síndrome mielodisplásica estão abrangidos por esta definição.

3 - Para efeitos da cobertura, excluem-se as seguintes situações:

- (a) Qualquer tumor histologicamente classificado como pré-maligno, não invasivo ou carcinoma in situ (incluindo carcinoma ductal e lobular in situ da mama e displasia cervical CIN-1, CIN-2 e CIN-3);
- (b) Qualquer cancro da próstata, exceto se histologicamente classificado como tendo uma pontuação de Gleason superior a 6 ou tendo progredido para, pelo menos, uma classificação clínica TNM de T2N0M0;
- (c) Leucemia linfocítica crónica, exceto se tiver evoluído para, pelo menos, o Estadio B de Binet;
- (d) Carcinoma basocelular ou basalioma e carcinoma das células escamosas da pele e melanoma maligno de estadio IA (T1aN0M0), a menos que haja evidência de metástases;
- (e) Cancro papilar da tiroide com menos de 1 cm de diâmetro e descrito histologicamente como T1N0M0;
- (f) Micro-carcinoma papilar da bexiga descrito histologicamente como Ta;
- (g) Policitemia vera e trombocitemia essencial;
- (h) Gamopatia monoclonal de significado indeterminado;
- (i) Linfoma MALT gástrico se a doença puder ser tratada com erradicação de Helicobacter;
- (j) Tumor do estroma gastrointestinal (GIST), estadios I e II Segundo o Manual de Estadiamento do Cancro da AJCC, Sétima Edição (2010);
- (k) Linfoma cutâneo, exceto se requer tratamento com quimioterapia ou radioterapia;
- (l) Carcinoma micro invasivo da mama (classificado histologicamente como sendo T1mic), exceto se requer mastectomia, quimioterapia ou radioterapia;
- (m) Carcinoma micro invasivo do colo do útero (classificado histologicamente como estadio IA1), exceto se requer histerectomia, quimioterapia ou radioterapia.

4 - As garantias conferidas por esta cobertura estão sujeitas a um período de carência de seis meses. Em tal caso, serão devolvidos os prémios pagos relativos à presente cobertura e esta anulada com referência à data de início da mesma.

5 - O capital da cobertura principal da apólice é reduzido no montante que seja pago ao abrigo da presente cobertura, cessando as restantes coberturas complementares.

ARTIGO 3.º - EXCLUSÕES

Para além das exclusões constantes nas Condições Gerais, ficam excluídos das garantias desta cobertura complementar os sinistros resultantes de:

- a) Consequência direta ou indireta de atos provocados intencionalmente pela Pessoa Segura, Tomador do Seguro ou Beneficiário, ou com a sua cumplicidade, bem como a tentativa de suicídio da Pessoa Segura e todas as suas consequências;
- b) Duelo ou apostas de qualquer natureza, bem como acidente resultante de acto doloso da Pessoa Segura;
- c) Ferimentos ou lesões provocadas por atos de sequestro, tumultos, insurreição, motins, rixas, terrorismo ou sabotagem, qualquer que seja o lugar em que se desenrolem os acontecimentos e quaisquer que sejam os protagonistas;
- d) Revolução, guerra civil e guerra com país estrangeiro declarada ou não;
- e) Estado de alcoolismo e ingestão de drogas ou medicação sem de prescrição médica;
- f) Prática de desportos a nível profissional ou integrado em campeonatos oficiais;
- g) Desportos de risco tais como corridas de automóveis, motociclos, caça fora do território Europeu, caça submarina, mergulho, montanhismo, espeleologia, qualquer modalidade de luta, paraquedismo, voo livre, voo sem motor, asa-delta, ultraligeiro, e em geral, qualquer desporto ou atividade recreativa de caráter notoriamente perigoso;
- h) Desastres de Aviação, salvo quando a Pessoa Segura for passageiro de avião de carreira comercial de transporte de passageiros, devidamente autorizada pela Comissão Europeia;
- i) Ocorrência de riscos nucleares;
- j) No caso da Pessoa Segura provocar ou agravar o seu estado de saúde;
- k) Doença, terapia, intervenção cirúrgica, tratamento médico e/ou acidentes anteriores à entrada em vigor da apólice de seguro;
- l) Doença acompanhada de infeção por VIH;
- m) Qualquer doença e/ou intervenção cirúrgica não definidas na presente cobertura complementar.

ARTIGO 4.º - JUSTIFICAÇÃO E RECONHECIMENTO DO DIREITO ÀS GARANTIAS

1 - A participação do sinistro deve ser efetuada por escrito e nos 180 dias imediatos à constatação/diagnóstico da doença, enviando ao Segurador, para além das informações previstas no artigo 3.º destas Condições Especiais, os seguintes documentos:

- i) um relatório clínico, preciso e detalhado, elaborado pelo médico especialista que acompanha a Pessoa Segura, do qual conste o diagnóstico da Doença Grave e respetiva data, a referência a toda a história clínica da Pessoa Segura e a data em que se manifestaram os primeiros sintomas da Doença Grave, quais os tratamentos, internamentos, cirurgias e respetivas datas;
- ii) relatório histológico, quando aplicável
- iii) relatórios dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica que evidenciam o diagnóstico e respetivo acompanhamento clínico.

2 - Sempre que a verificação do sinistro seja comunicada ao Segurador após o prazo previsto no número anterior, o valor da prestação do Segurador corresponderá ao capital seguro à data da comunicação, não havendo lugar à devolução de qualquer prémio.

3 - A Pessoa Segura deve autorizar o seu médico assistente a fornecer confidencialmente ao médico representante do Segurador toda a informação médica respeitante ao sinistro declarado.

4 - O Segurador reserva-se o direito de exigir, a expensas suas, qualquer justificação complementar e de proceder às investigações que julgar convenientes para determinação do estado de saúde da Pessoa Segura, designadamente mandando-a examinar pelos seus médicos, cessando a sua responsabilidade se o Tomador do Seguro, a Pessoa Segura ou os Beneficiários prejudicarem ou impedirem o normal exercício dessa faculdade.

5 - Sem prejuízo do disposto no número anterior, as despesas com a obtenção dos documentos comprovativos e necessários serão sempre de conta da Pessoa Segura ou Beneficiários.

6 - As divergências de natureza clínica serão dirimidas por junta médica, obrigatoriamente realizada em território nacional, composta por três peritos médicos, sendo um designado pelo Segurador, outro pela Pessoa Segura e o terceiro por acordo entre os anteriores, sendo as respetivas decisões tomadas por maioria e insuscetíveis de recurso, e suportando cada uma das partes as despesas e honorários do seu médico, bem como 50% dos encargos referentes ao terceiro médico desta junta.

7 - O direito às garantias, nos termos da presente cobertura complementar, produzirá efeitos a partir da data da verificação da Doença Grave pelo Segurador.

8 - O Segurador comunicará, por escrito, aos interessados a sua posição sobre o caráter da doença grave da Pessoa Segura no decorrer dos 30 dias após a receção dos documentos descritos em 1.

ARTIGO 5.º - BENEFICIÁRIOS

Na falta de designação de beneficiário da presente cobertura complementar, o Beneficiário é a **Pessoa Segura**.

ARTIGO 6.º - CESSAÇÃO DAS GARANTIAS

1 - Para cada Pessoa Segura, as garantias da presente cobertura complementar cessam os seus efeitos:

- a) sem caso de denúncia, anulação, declaração de nulidade, resolução ou caducidade da cobertura principal, de que esta cobertura é complementar;
- b) quando a Pessoa Segura atingir, na data de renovação do contrato, 67 anos de idade atuarial, salvo indicação em contrário nas Condições Particulares;
- c) em caso de pagamento do Capital Seguro exigível para a presente cobertura complementar.

2 - Caso o pagamento exigível ao abrigo desta cobertura complementar coincida com a totalidade do Capital Seguro da cobertura principal, cessam as garantias da referida cobertura principal, bem como as demais coberturas complementares mencionadas nas Condições Particulares.

3 - Caso o pagamento exigível ao abrigo desta cobertura complementar não coincida com a totalidade do Capital Seguro da cobertura principal, cessam as garantias das demais coberturas complementares mencionadas nas Condições Particulares, mantendo-se apenas a cobertura principal de morte pelo capital remanescente.

4 - Quando o capital da cobertura for inferior ao capital da cobertura de morte, se a morte do Pessoa Segura ocorrer antes de decorridos trinta (30) dias a contar da data do diagnóstico da patologia (data do relatório de histologia de um laboratório de patologia credenciado), o capital devido será o capital seguro da cobertura de morte, cessando de imediato o contrato.

ARTIGO 7.º - PAGAMENTO DO PRÉMIO

O pagamento do prémio relativo a esta cobertura complementar será efetuado conjuntamente e nas mesmas condições do prémio da cobertura principal.

ARTIGO 8.º - DISPOSIÇÃO FINAL

Em tudo o que não estiver expressamente previsto nesta cobertura complementar aplicam-se as Condições Gerais e Especiais da apólice.

Condições Especiais – YOLO! Cobertura Complementar - Subsídio Diário de hospitalização

ARTIGO 1.º - DEFINIÇÕES

Para efeitos desta cobertura complementar, considera-se:

SUBSÍDIO DIÁRIO DE HOSPITALIZAÇÃO: Internamento da Pessoa Segura, por um período superior a 24 horas em estabelecimento para doentes ou acidentados onde médicos e enfermeiros diplomados asseguram uma assistência permanente.

Excluem-se sanatórios, termas, casas de repouso, lares da 3ª idade.

PERÍODO DE CARÊNCIA: período que medeia entre a data de início da cobertura e a data da sua produção de efeitos, considerando-se também preexistentes as doenças que se manifestem durante o período de carência.

MÉDICO: Licenciado por uma Faculdade de Medicina autorizado a exercer a profissão no respetivo país da sua residência. Excluem-se todas as especialidades não reconhecidas pela Ordem dos Médicos portuguesa.

ARTIGO 2.º - OBJETO DA COBERTURA

1 - Pela presente cobertura, o Segurador garante o pagamento do subsídio diário de hospitalização que constam nas Condições Particulares ou no Certificado Individual.

2 – O valor do subsídio diário de hospitalização poderá ser diferente se o internamento for numa unidade de cuidados intensivos.

3 - O subsídio será pago enquanto subsistir o internamento, no máximo durante 180 dias em cada anuidade, a partir do período indicado no contrato (franquia), exceto se o internamento for devido a acidente. Este período de carência só é válido para o primeiro internamento que ocorrer dentro de cada anuidade.

ARTIGO 3.º - EXCLUSÕES

Para além das exclusões constantes nas Condições Gerais, ficam excluídos das garantias desta cobertura complementar os sinistros resultantes de:

- a) Consequência direta ou indireta de atos provocados intencionalmente pela Pessoa Segura, Tomador do Seguro ou Beneficiário, ou com a sua cumplicidade, bem como a tentativa de suicídio da Pessoa Segura e todas as suas consequências;
- b) Duelo ou apostas de qualquer natureza, bem como acidente resultante de acto doloso da Pessoa Segura;
- c) Ferimentos ou lesões provocadas por atos de sequestro, tumultos, insurreição, motins, rixas, terrorismo ou sabotagem, qualquer que seja o lugar em que se desenrolem os acontecimentos e quaisquer que sejam os protagonistas;
- d) Revolução, guerra civil e guerra com país estrangeiro declarada ou não;
- e) Estado de alcoolismo e ingestão de drogas ou medicação sem de prescrição médica;
- f) Prática de desportos a nível profissional ou integrado em campeonatos oficiais;
- g) Desportos de risco tais como corridas de automóveis, motociclos, caça fora do território Europeu, caça submarina, mergulho, montanhismo, espeleologia, qualquer modalidade de luta, paraquedismo, voo livre, voo sem motor, asa-delta, ultraligeiro, e em geral, qualquer desporto ou atividade recreativa de carácter notoriamente perigoso;
- h) Desastres de Aviação, salvo quando a Pessoa Segura for passageiro de avião de carreira comercial de transporte de passageiros, devidamente autorizada pela Comissão Europeia;
- i) Ocorrência de riscos nucleares;
- j) No caso da Pessoa Segura provocar ou agravar o seu estado de saúde;
- k) Doença, terapia, intervenção cirúrgica, tratamento médico e/ou acidentes anteriores à entrada em vigor da apólice de seguro;
- l) Doença acompanhada de infeção por VIH;
- m) Parto ou gravidez, ocorrida dentro dos nove meses seguintes à data de início desta garantia;
- n) Operação de cirurgia plástica, salvo se esta se tornar necessária em consequência de acidente não excluído por esta cobertura;
- p) Tratamentos de cura especiais, tais como curas de repouso, de regime, de desintoxicação, de hidroterapia, de curas climáticas ou outros não prescritos por médico;

- p) **Intervenção cirúrgica, desde que esta se não imponha como consequência de acidente.**
- q) **Consequência direta ou indireta de ato do Segurado/Pessoa Segura ou praticado com a sua cumplicidade.**

ARTIGO 4.º - JUSTIFICAÇÃO E RECONHECIMENTO DO DIREITO ÀS GARANTIAS

- 1) A Pessoa Segura obriga-se perante a Seguradora a:
- a) Participar o internamento por carta registada no prazo de 30 dias, contados da data do seu início;
 - b) Enviar relatório médico onde deverá constar a causa e a duração previsível do internamento;
 - c) Apresentar, após o internamento, declaração médica onde conste a data da alta e o número de dias de internamento.

ARTIGO 5.º - BENEFICIÁRIOS

Na falta de designação de beneficiário da presente cobertura complementar, o Beneficiário é a **Pessoa Segura**.

ARTIGO 6.º - CESSAÇÃO DAS GARANTIAS

- 1 - Para cada Pessoa Segura, as garantias da presente cobertura complementar cessam os seus efeitos:**
- a) **Em caso de denúncia, anulação, declaração de nulidade, resolução ou caducidade da cobertura principal, de que esta cobertura é complementar;**
 - b) **Quando a Pessoa Segura atingir, na data de renovação do contrato, os 67 anos de idade atuarial, salvo indicação em contrário nas Condições Particulares ou Certificado Individual;**

ARTIGO 7.º - PAGAMENTO DO PRÉMIO

O pagamento do prémio relativo a esta cobertura complementar será efetuado conjuntamente e nas mesmas condições do prémio da cobertura principal.

ARTIGO 8.º - DISPOSIÇÃO FINAL

Em tudo o que não estiver expressamente previsto nesta cobertura complementar aplicam-se as regras constantes das Condições Gerais e Especiais da apólice.

Condições Especiais – YOLO! Cobertura Complementar - Subsídio de Funeral

ARTIGO 1.º - DEFINIÇÕES

Para efeitos desta cobertura complementar, considera-se:

FUNERAL: cerimónia de enterro ou cremação da Pessoa falecida.

ARTIGO 2.º - OBJETO DA COBERTURA

Pela presente cobertura, o Segurador garante o pagamento do Capital Seguro definido nas Condições Particulares ou no Certificado Individual relativa a cobertura de Subsídio de Funeral.

ARTIGO 3.º - JUSTIFICAÇÃO E RECONHECIMENTO DO DIREITO ÀS GARANTIAS

A verificação do sinistro da presente cobertura é efetuada com a comunicação efetuada ao Segurado pelo Tomador do Seguro, pela Pessoa Segura ou pelo Beneficiário, conjuntamente com a verificação do Sinistro da cobertura de Morte.

ARTIGO 4.º - BENEFICIÁRIOS

Na falta de designação de beneficiário da presente cobertura complementar, os Beneficiários são os herdeiros legais da Pessoa Segura.

ARTIGO 5.º - CESSAÇÃO DAS GARANTIAS

1 - Para cada Pessoa Segura, as garantias da presente cobertura complementar cessam os seus efeitos:

- a) Em caso de denúncia, anulação, declaração de nulidade, resolução ou caducidade da cobertura principal, de que esta cobertura é complementar;**
- b) Quando a Pessoa Segura atingir, na data de renovação do contrato, os 67 anos de idade atuarial, salvo indicação em contrário nas Condições Particulares ou Certificado Individual;**
- c) Em caso de pagamento do Capital Seguro exigível para a presente cobertura complementar.**

ARTIGO 6.º - PAGAMENTO DO PRÉMIO

O pagamento do prémio relativo a esta cobertura complementar será efetuado conjuntamente e nas mesmas condições do prémio da cobertura principal.

ARTIGO 7.º - DISPOSIÇÃO FINAL

Em tudo o que não estiver expressamente previsto nesta cobertura complementar aplicam-se as regras constantes das Condições Gerais e Especiais da apólice.

Documento de informação sobre o produto de seguros

Companhia: Ocidental - Companhia Portuguesa de Seguros de Vida, S.A. **Produto:** Seguro de Vida YOLO!
Companhia de Seguros autorizada pela Autoridade de Supervisão de Seguros e de Fundos de Pensões, sob o n.º 1024.
Estado Membro da U.E.: Portugal

Deve consultar as informações pré-contratuais e contratuais completas nas Condições Gerais e Especiais da Apólice.

Qual é o tipo de seguro?

O YOLO! é um seguro de vida risco, vocacionado para a proteção do próprio e da família. Este seguro tem um foco nas coberturas complementares (coberturas para utilização durante a vida da Pessoa Segura), possibilitando ainda que estas possam ter um capital superior à cobertura principal. Garante o pagamento do capital seguro aos beneficiários em caso de ocorrência de um dos riscos cobertos pela apólice.



Que riscos são segurados?

- ✓ Possibilidade de ter um seguro a sua medida, através de coberturas e capitais flexíveis:
 - ✓ Morte (obrigatória);
 - ✓ Morte por Acidente;
 - ✓ Invalidez Total e Permanente*;
 - ✓ Invalidez Total e Permanente por Acidente;
 - ✓ Dependência*;
 - ✓ 27 Doenças Graves e Cancro In Situ**;
 - ✓ 4 Doenças Graves e Cancro In Situ**;
 - ✓ Cancro Invasivo**;
 - ✓ Subsídio Diário de Hospitalização;
 - ✓ Subsídio de Funeral
- * Apenas é possível escolher uma das coberturas.
- ** Apenas é possível escolher uma das coberturas.
- ✓ Possibilidade de subscrever coberturas complementares com capitais seguros superiores até duas vezes o capital seguro da cobertura de morte.
- ✓ Possibilidade de aumentar capitais os capitais e acrescentar coberturas através de um processo de aceitação simplificado, mediante a ocorrência de determinados eventos (casamento, nascimento de filho, etc.) - funcionalidade "eventos vitais".
- ✓ Capital mínimo de 10.000€ para todas as coberturas.
- ✓ Sem capital máximo para as coberturas de Morte, Morte por Acidente, Invalidez Total e Permanente e Invalidez Total e Permanente por Acidente. Capital máximo de 200.000€ para as coberturas de Dependência e 27 Doenças Graves e Cancro In Situ. 100.000€ para as coberturas Doenças 4 Graves e Cancro In Situ e Cancro Invasivo. €30 por dia para a cobertura de Subsídio Diário de Hospitalização. 2.500€ para a cobertura de subsídio de funeral. Os captais selecionados condicionam o acesso à funcionalidade "eventos vitais".



Que riscos não são segurados?

- ✗ Doença pré-eexistente;
- ✗ Suicídio da pessoa segura, se ocorrido até dois anos após a data do início da apólice ou do aumento do capital seguro por morte;
- ✗ Ilícito criminal ou contraordenacional praticado pela Pessoa Segura, pelo Tomados do Seguro ou pelo Beneficiário;
- ✗ Situação de guerra, esteja ou não mobilizada a Pessoa Segura, terrorismo ou perturbações da ordem pública no país de residência ou noutro;
- ✗ Cataclismos da natureza;
- ✗ Reações nucleares e contaminação radioativa;
- ✗ Ato intencional ou mutilação voluntária, embriaguez ou de uso de estupefacientes fora de prescrição médica;
- ✗ Condução ou utilização de aeronaves, exceto como passageiro a bordo de carreiras comerciais autorizadas;
- ✗ Atividade profissional ou extraprofissional manifestamente perigosa;
- ✗ Deslocação temporária ou permanente para países ou regiões em que ocorra epidemia declarada pelas autoridades de saúde;
- ✗ Prática profissional de qualquer desporto ou provas desportivas integradas em campeonatos ou respetivos treinos, bem como das atividades profissionais ou amadoras tal como boxe, alpinismo, tauromaquia, espeleologia, paraquedismo, asa delta, parapente, surf, windsurf e caça submarina.

As exclusões específicas de cada cobertura devem ser consultadas nas Condições Especiais do produto.



Há alguma restrição da cobertura?

- ! As alterações das coberturas e/ou capitais com acesso aos "Eventos Vitais" (aceitação simplificada), apenas poderão ocorrer de acordo com os eventos de vida definidos e sob prova dos mesmos (Nascimento ou adoção de um filho; Casamento ou união de facto; Aquisição de habitação; Alteração da escolaridade dos filhos) e ainda, até ao limite máximo de idade atuarial de 50 anos.



Onde estou coberto?

- ✓ Para além dos riscos não segurados e das exclusões gerais e específicas de cada cobertura, existem também as restrições ao âmbito territorial para as deslocações que ocorram para fora da União Europeia, com exceção dos países Suíça, Noruega, EUA, Canadá, Austrália, Nova Zelândia e Japão. Garante o risco profissional e extra profissional, exceto para atividades manifestamente perigosas;



Quais são as minhas obrigações?

A Pessoa Segura tem o dever de declarar com exatidão todas as circunstâncias que conheça e razoavelmente deva ter por significativas para apreciação do risco.

A Pessoa Segura deverá prestar toda a informação de todos os elementos de identificação dos eventuais beneficiários designados.

Caso a Pessoa Segura pretenda a extensão a outros locais para além dos referidos nas Condições Gerais e Especiais da apólice deverá comunicar previamente o início de uma deslocação ao Segurador.

A Pessoa Segura tem o dever de proceder ao pagamento do prémio nas datas e condições estipuladas na apólice.

A Pessoa Segura deverá comunicar em caso de sinistro ao Segurador, no prazo de oito dias a contar da sua ocorrência.

A Pessoa Segura deverá, em caso de sinistro ao Segurador apresentar todos os documentos referidos nas Condições Gerais e Especiais da Apólice no prazo de 60 dias a seguir à verificação do sinistro.

As comunicações do Tomador do Seguro, Pessoa Segura e do Beneficiário ou do Segurador consideram-se válidas e plenamente eficazes caso sejam efetuadas em língua portuguesa, ou quando redigida em língua estrangeira, a mesma deverá ser acompanhada de tradução devidamente legalizada.

Em caso de manifestação de uma doença Grave o Tomador do Seguro, Pessoa Segura ou Beneficiários obrigam-se a facultar ao Segurador, todas as informações previstas nas Condições Gerais e Especiais no prazo de 180 dias imediatos à data a partir da qual seria possível comprovar a Doença Grave.

A Pessoa Segura que temporariamente fixar residência fora de Portugal deve designar domicílio em território português para os efeitos do presente contrato.



Quando e como devo pagar?

O valor do prémio será recalculado no início de cada anuidade ou quando haja lugar ou ocorra uma alteração de garantias, como a atualização ou alteração do capital seguro ou coberturas, em função da idade atuarial da(s) Pessoa(s) Seguras(s) no início da anuidade respetiva, das coberturas e do capital seguro. O prémio anual poderá ser pago fracionado, em prestações mensais, trimestrais ou semestrais, mediante o pagamento do encargo de 4%, 3% ou 2%, respetivamente. Ao 1º recibo acresce o custo de Apólice no valor de € 5,00. Para as alterações a pedido do cliente acrescerá o custo de emissão da correspondente Ata Adicional atualmente fixada em € 5,00. A estes valores acrescerão os encargos legais.



Quando começa e acaba a cobertura?

O contrato tem o seu início às zero horas do dia imediato ao da aceitação do risco pelo Segurador, salvo se outra data de início for convencionada e sujeito ao pagamento do prémio ou fração devidos. O contrato de seguro é válido desde a sua data de início até ao final desse ano civil, sendo automaticamente renovado, se não for denunciado, por novos períodos de um ano, até a Pessoa Segura atingir os 80 anos de idade atuarial para as coberturas de Morte, e os 67 anos de idade atuarial para as restantes coberturas, à data de renovação do contrato.



Como posso rescindir o contrato?

Nos contratos celebrados por um ano e seguintes pode denunciar o contrato comunicando essa intenção ao Segurador com 30 dias de antecedência face à data da prorrogação do contrato, por correio registado ou por outro meio do qual fique registo escrito.

O contrato pode ser resolvido pelas partes a todo o tempo, havendo justa causa.

O Tomador do Seguro, sendo pessoa singular, pode resolver o contrato com duração igual ou superior a seis meses, sem invocar justa causa, comunicando essa intenção ao Segurador nos 30 dias imediatos à data de receção da apólice. Após a denúncia do contrato, os Certificados Individuais e documentos adicionais não produzem qualquer efeito, não sendo admitida a sua reposição em vigor.