

CONDIÇÕES GERAIS

Seguro de **Vida | Risco Grupo**

Visite-nos em [mapfre.pt](https://www.mapfre.pt), numa das mais de 100 lojas espalhadas por todo o país ou contacte um dos nossos mediadores.

APÓLICE DE SEGURO DE VIDA | RISCO GRUPO

ÍNDICE

CONDIÇÕES GERAIS E ESPECIAIS DA APÓLICE

ARTIGO PRELIMINAR.....	6
------------------------	---

CAPÍTULO I

DEFINIÇÕES, OBJETO E GARANTIAS DO CONTRATO

ARTIGO 1.º – Definições.....	6
ARTIGO 2.º – Objeto e âmbito do contrato.....	8
ARTIGO 3.º – Condições de elegibilidade.....	9
ARTIGO 4.º – Âmbito territorial.....	9
ARTIGO 5.º – Exclusões.....	9
ARTIGO 6.º – Homicídio.....	11

CAPÍTULO II

DECLARAÇÃO DO RISCO, INICIAL E SUPERVENIENTE

ARTIGO 7.º – Dever de declaração inicial do risco.....	12
ARTIGO 8.º – Incumprimento doloso do dever de declaração inicial do risco.....	12
ARTIGO 9.º – Incumprimento negligente do dever de declaração inicial do risco.....	13
ARTIGO 10.º – Incontestabilidade.....	13
ARTIGO 11.º – Erro sobre a idade da pessoa segura.....	13
ARTIGO 12.º – Agravamento do risco.....	14
ARTIGO 13.º – Sinistro e agravamento do risco.....	14

CAPÍTULO III

PRÉMIOS

ARTIGO 14.º – Cálculo do prémio.....	15
ARTIGO 15.º – Pagamento do prémio.....	15
ARTIGO 16.º – Vencimento dos prémios.....	16
ARTIGO 17.º – Aviso de pagamento dos prémios.....	16
ARTIGO 18.º – Falta de pagamento do prémio.....	16
ARTIGO 19.º – Reposição em vigor.....	16
ARTIGO 20.º – Estipulação beneficiária irrevogável.....	17

CAPÍTULO IV

INÍCIO DE EFEITOS, DURAÇÃO E VICISSITUDES DO CONTRATO

ARTIGO 21.º – Início de efeitos.....	17
ARTIGO 22.º – Adesão ao contrato de seguro contributivo.....	17
ARTIGO 23.º – Duração do contrato.....	18
ARTIGO 24.º – Exclusão das pessoas seguras.....	18
ARTIGO 25.º – Beneficiários.....	19
ARTIGO 26.º – Alterações ao contrato.....	20
ARTIGO 27.º – Cessação do contrato pelo tomador do seguro.....	20
ARTIGO 28.º – Denúncia do contrato.....	21
ARTIGO 29.º – Denúncia pela pessoa segura.....	21
ARTIGO 30.º – Resolução do contrato.....	21
ARTIGO 31.º – Outras causas de cessação do contrato.....	21
ARTIGO 32.º – Comunicação aos beneficiários.....	22
ARTIGO 33.º – Cessão da posição contratual.....	22

CAPÍTULO V**PRESTAÇÃO PRINCIPAL DA MAPFRE****ARTIGO 34.º** – Pagamento das importâncias seguras.....22**ARTIGO 35.º** – Interpretação da cláusula beneficiária.....25**CAPÍTULO VI****DIREITOS E OBRIGAÇÕES DAS PARTES****ARTIGO 36.º** – Informação sobre exames médicos26**ARTIGO 37.º** – Direito de livre resolução26**ARTIGO 38.º** – Dever de informar do tomador do seguro27**ARTIGO 39.º** – Informações na vigência do contrato27**ARTIGO 40.º** – Participação nos resultados.....28**ARTIGO 41.º** – Obrigações do tomador do seguro, pessoas seguras ou beneficiários em caso de sinistro28**ARTIGO 42.º** – Obrigações em caso de pluralidade de seguros.....28**CAPÍTULO VII****DISPOSIÇÕES FINAIS****ARTIGO 43.º** – Intervenção do mediador de seguros.....29**ARTIGO 44.º** – Comunicações e notificações entre as partes29**ARTIGO 45.º** – Lei aplicável, reclamações e arbitragem.....29**ARTIGO 46.º** – Regime fiscal29**ARTIGO 47.º** – Foro.....29**CONDIÇÕES ESPECIAIS DA APÓLICE****01 – MORTE POR ACIDENTE****ARTIGO 1.º** – Cobertura30**ARTIGO 2.º** – Cessação da cobertura30**02 – MORTE POR ACIDENTE DE CIRCULAÇÃO****ARTIGO 1.º** – Cobertura30**ARTIGO 2.º** – Cessação da cobertura30**03 – INVALIDEZ DEFINITIVA PARA A PROFISSÃO****ARTIGO 1.º** – Cobertura30**ARTIGO 2.º** – Cessação da cobertura31**ARTIGO 3.º** – Cessação da adesão32**04 – INVALIDEZ DEFINITIVA PARA A PROFISSÃO POR ACIDENTE****ARTIGO 1.º** – Cobertura32**ARTIGO 2.º** – Cessação da cobertura33**ARTIGO 3.º** – Cessação da adesão33**05 – INVALIDEZ DEFINITIVA PARA A PROFISSÃO POR ACIDENTE DE CIRCULAÇÃO****ARTIGO 1.º** – Cobertura33**ARTIGO 2.º** – Cessação da cobertura34**ARTIGO 3.º** – Cessação da adesão35

06 – INVALIDEZ DEFINITIVA PARA QUALQUER PROFISSÃO

ARTIGO 1.º – Cobertura.....	35
ARTIGO 2.º – Cessaçãõ da cobertura.....	36
ARTIGO 3.º – Cessaçãõ da adesãõ.....	36

07 – INVALIDEZ DEFINITIVA PARA QUALQUER PROFISSÃO POR ACIDENTE

ARTIGO 1.º – Cobertura.....	37
ARTIGO 2.º – Cessaçãõ da cobertura.....	38
ARTIGO 3.º – Cessaçãõ da adesãõ.....	38

08 – INVALIDEZ ABSOLUTA E DEFINITIVA

ARTIGO 1.º – Cobertura.....	38
ARTIGO 2.º – Cessaçãõ da cobertura.....	40
ARTIGO 3.º – Cessaçãõ da adesãõ.....	40

09 – INVALIDEZ ABSOLUTA E DEFINITIVA POR ACIDENTE

ARTIGO 1.º – Cobertura.....	40
ARTIGO 2.º – Cessaçãõ da cobertura.....	41
ARTIGO 3.º – Cessaçãõ da adesãõ.....	41

10 – DOENÇAS GRAVES E TRANSPLANTES

ARTIGO 1.º – Cobertura.....	41
ARTIGO 2.º – Doençãs graves.....	42
ARTIGO 3.º – Cancro ou neoplasia maligna.....	42
ARTIGO 4.º – Enfarte do miocárdio.....	43
ARTIGO 5.º – Acidente vascular cerebral.....	43
ARTIGO 6.º – Doençã coronária que exija cirurgia.....	44
ARTIGO 7.º – Insuficiênciã renal crônica.....	44
ARTIGO 8.º – Transplante de órgãos.....	44
ARTIGO 9.º – Exclusões.....	44
ARTIGO 10.º – Período de carênciã.....	45
ARTIGO 11.º – Cessaçãõ da cobertura.....	45
ARTIGO 12.º – Cessaçãõ da adesãõ.....	45

11 – DOENÇAS GRAVES - ESPECIAL

ARTIGO 1.º – Cobertura.....	45
ARTIGO 2.º – Exclusões.....	46
ARTIGO 3.º – Período de carênciã.....	46
ARTIGO 4.º – Cessaçãõ da cobertura.....	46
ARTIGO 5.º – Cessaçãõ da adesãõ ou reduçãõ do capital.....	46

12 – 6 DOENÇAS GRAVES

ARTIGO 1.º – Cobertura.....	47
ARTIGO 2.º – Âmbito da garantia.....	47
ARTIGO 3.º – Exclusões.....	50
ARTIGO 4.º – Período de carência.....	50
ARTIGO 5.º – Cessaçã o da cobertura.....	50
ARTIGO 6.º – Cessaçã o da adesã o ou reduçã o do capital.....	50

13 – 16 DOENÇAS GRAVES

ARTIGO 1.º – Cobertura.....	50
ARTIGO 2.º – Âmbito da garantia.....	51
ARTIGO 3.º – Exclusões.....	56
ARTIGO 4.º – Período de carência.....	56
ARTIGO 5.º – Cessaçã o da cobertura.....	56
ARTIGO 6.º – Cessaçã o da adesã o ou reduçã o do capital.....	57

14 – 26 DOENÇAS GRAVES

ARTIGO 1.º – Cobertura.....	57
ARTIGO 2.º – Âmbito da garantia.....	58
ARTIGO 3.º – Exclusões.....	67
ARTIGO 4.º – Período de carência.....	67
ARTIGO 5.º – Cessaçã o da cobertura.....	67
ARTIGO 6.º – Cessaçã o da adesã o ou reduçã o do capital.....	67

15 – 2.ª OPINIÃO MÉDICA

ARTIGO 1.º – Cobertura.....	68
ARTIGO 2.º – Funcionamento da cobertura.....	68
ARTIGO 3.º – Exclusões.....	70
ARTIGO 4.º – Período de carência.....	70
ARTIGO 5.º – Cessaçã o da cobertura.....	70

16 – DESPESAS DE FUNERAL

ARTIGO 1.º – Cobertura.....	70
ARTIGO 2.º – Exclusões.....	71
ARTIGO 3.º – Cessaçã o da cobertura.....	71

17 – DUPLO EFEITO

ARTIGO 1.º – Cobertura.....	71
ARTIGO 2.º – Exclusões.....	71
ARTIGO 3.º – Pagamento do capital.....	71
ARTIGO 4.º – Cessaçã o da cobertura.....	72

18 – FILHOS MENORES A CARGO

ARTIGO 1.º – Cobertura.....	72
ARTIGO 2.º – Pagamento do capital.....	72
ARTIGO 3.º – Cessaçã o da cobertura.....	72

ANEXOS

INFORMAÇÃO ADICIONAL SOBRE PROTEÇÃO DE DADOS.....	73
--	----

APÓLICE DE SEGURO DE VIDA I RISCO GRUPO

CONDIÇÕES GERAIS DA APÓLICE

ARTIGO PRELIMINAR

1. Entre o segurador, MAPFRE Seguros de Vida S.A., doravante designado por MAPFRE, e o tomador do seguro mencionado nas Condições Particulares, estabelece-se o presente contrato de seguro de grupo que se regula pelas Condições Gerais, Especiais e Particulares desta apólice, de harmonia com as declarações constantes da proposta de seguro e das propostas de adesão que lhe serviram de base e da qual fazem parte integrante.
2. A individualização do presente contrato é efetuada nas Condições Particulares, com, entre outros, a identificação das partes e do respetivo domicílio, os dados do tomador do seguro e a determinação do prémio ou a fórmula do respetivo cálculo e nos Certificados Individuais com a identificação das pessoas seguras e dos beneficiários, a data de início e termo da adesão, os limites do capital seguro e os riscos cobertos.
3. As Condições Especiais preveem a cobertura de riscos ou garantias e carecem de ser especificamente identificadas nas Condições Particulares.

CAPÍTULO I

DEFINIÇÕES, OBJETO E ÂMBITO DO CONTRATO

ARTIGO 1.º - DEFINIÇÕES

Para efeitos do presente contrato entende-se por:

APÓLICE: Escrito que formaliza o contrato entre o segurador e o tomador do seguro e do qual faz ainda parte integrante o risco identificado na proposta e o acordado por aqueles nas Condições Gerais, Especiais e Particulares.

CONDIÇÕES GERAIS: Conjunto de cláusulas que definem e regulamentam princípios, regras e obrigações genéricas e comuns inerentes a um ramo ou modalidade de seguro.

CONDIÇÕES ESPECIAIS: Cláusulas que preveem a cobertura de riscos ou garantias e complementam ou especificam disposições das Condições Gerais, adiante designadas abreviadamente por CE.

CLÁUSULAS PARTICULARES: Cláusulas que complementam ou especificam disposições das Condições Gerais e Especiais, adiante designadas abreviadamente por CP.

ATA ADICIONAL: Documento que titula uma alteração da apólice e da qual faz parte integrante.

MODALIDADE: Conjunto de coberturas que o segurador põe à disposição do tomador do seguro para contratação sob uma designação comercial.

PROPOSTA DE SEGURO: Documento que titula a declaração de vontade do tomador do seguro na celebração do contrato de seguro.

PROPOSTA DE ADESÃO: O documento que titula a declaração de vontade da pessoa segura na efetivação do seguro e que contém os seus dados individuais e os dos seus beneficiários.

CONDIÇÕES PARTICULARES: Documento onde se encontram os elementos específicos e individuais de cada contrato e que o distingue de todos os outros.

CERTIFICADO INDIVIDUAL: O documento emitido pelo segurador, comprovativo da adesão de cada pessoa segura ao contrato de seguro, mencionando, nomeadamente, a identificação do tomador do seguro, da pessoa segura e dos beneficiários, a data de início e termo da adesão, o montante do capital mínimo garantido e os riscos cobertos.

SEGURADOR: A entidade legalmente autorizada a exercer a atividade seguradora e a explorar o ramo de seguro titulado pelo presente contrato.

TOMADOR DO SEGURO: A pessoa ou entidade que contrata com o segurador, sendo, salvo convenção em contrário, responsável pelo pagamento dos prémios.

SEGURO DE GRUPO: O seguro que cobre riscos de um conjunto de pessoas ligadas ao tomador do seguro por um vínculo que não seja o de segurar.

SEGURO DE GRUPO CONTRIBUTIVO: O seguro de grupo em que as pessoas seguras suportam, no todo ou em parte, o pagamento do montante correspondente ao prémio devido pelo tomador do seguro. No seguro contributivo pode ser acordado que as pessoas seguras paguem diretamente ao segurador a respetiva parte do prémio.

SEGURO DE GRUPO NÃO CONTRIBUTIVO: O seguro de grupo em que o tomador do seguro suporta na totalidade o pagamento do prémio.

PESSOAS SEGURAS: As pessoas singulares que, fazendo parte do grupo segurável, apresentem uma proposta de adesão ao presente seguro e como tal sejam aceites pelo segurador, ficando garantidas contra os riscos que, nos termos acordados, são objeto do presente contrato.

GRUPO SEGURÁVEL: O conjunto de pessoas que, em cada momento, mantenha com o tomador do seguro o vínculo definido como condição de elegibilidade nas Condições Especiais ou Particulares.

IDADE ATUARIAL: Numa determinada data, é a idade da pessoa segura, considerada em anos inteiros, no aniversário mais próximo dessa data.

BENEFICIÁRIO: Pessoa ou entidade a favor de quem reverte a prestação do segurador, para efeito da cobertura prevista no contrato.

DOENÇA: Alteração do estado de saúde, estranha à vontade da pessoa segura e não causada por acidente, que se revele por sinais manifestos e seja atestada como tal por autoridade médica competente.

ACIDENTE: O acontecimento de carácter súbito, externo e imprevisível para o tomador do seguro, própria pessoa segura e respetivo(s) beneficiário(s), que cause a morte da pessoa segura ou nesta origem lesões corporais verificadas clinicamente e suscetíveis de fazer funcionar as garantias da apólice. **Não se consideram “acidente” quaisquer doenças contraídas por infeção ou profissionais.**

ACIDENTE DE CIRCULAÇÃO: O acidente que envolva um veículo de transporte, público ou privado, em circulação, independentemente de a pessoa segura, vítima do acidente, ser peão, condutor ou passageiro do referido veículo.

CAPITAL SEGURO: O montante fixado nas Condições Particulares da apólice para cada cobertura e que constitui o valor a pagar pelo segurador ao(s) beneficiário(s).

PARTICIPAÇÃO NOS RESULTADOS: Direito de beneficiar de parte dos resultados técnicos gerados pelo contrato de seguro.

PRÉMIO: Contrapartida da cobertura acordada que inclui tudo o que seja contratualmente devido pelo tomador do seguro ou, quando convencionado, pela(s) pessoa(s) segura(s) ou por ambos, nomeadamente os custos da cobertura do risco, os custos de aquisição, de gestão e de cobrança e os encargos relacionados com a emissão da apólice, incluindo os fiscais e parafiscais quando aplicáveis.

SINISTRO: A verificação do evento que desencadeia o acionamento da cobertura do risco prevista no presente contrato.

PERÍODO DE CARÊNCIA: Período de tempo que medeia entre a data de contratação de uma cobertura e a data de entrada em vigor das suas garantias, conforme previsto nas Condições Especiais ou Particulares da apólice.

ARTIGO 2.º – OBJETO E ÂMBITO DO CONTRATO

- 1. COBERTURA PRINCIPAL:** A MAPFRE garante, nos termos e condições do contrato, o pagamento do capital seguro estabelecido nas Condições Particulares, em caso de morte da(s) pessoa(s) segura(s), ocorrida durante a vigência da adesão.
- 2. Equipara-se à morte o estado de coma profundo e irreversível que se prolongue ininterruptamente por 360 (trezentos e sessenta) dias, desde que não tenham sido acionadas coberturas que determinem a cessação da adesão.**
- 3. COBERTURAS COMPLEMENTARES:** Mediante convenção expressa nas Condições Particulares e pagamento do respetivo prémio adicional, consoante a modalidade de seguro, podem ser contratadas coberturas complementares, conforme disposto nas seguintes Condições Especiais:
 - CE 01 – Morte por Acidente**
 - CE 02 – Morte por Acidente de Circulação**
 - CE 03 – Invalidez Definitiva para a Profissão**
 - CE 04 – Invalidez Definitiva para a Profissão por Acidente**
 - CE 05 – Invalidez Definitiva para a Profissão por Acidente de Circulação**

CE 06 – Invalidez Definitiva para Qualquer Profissão

CE 07 – Invalidez Definitiva para Qualquer Profissão por Acidente

CE 08 – Invalidez Absoluta e Definitiva

CE 09 – Invalidez Absoluta e Definitiva por Acidente

CE 10 – Doenças Graves e Transplantes

CE 11 – Doenças Graves - Especial

CE 12 – 6 Doenças Graves

CE 13 – 16 Doenças Graves

CE 14 – 26 Doenças Graves

CE 15 – 2.ª Opinião Médica

CE 16 – Despesas de Funeral

CE 17 – Duplo Efeito

CE 18 – Filhos Menores a Cargo

4. O capital seguro para cada cobertura consta nas Condições Particulares.

ARTIGO 3.º – CONDIÇÕES DE ELEGIBILIDADE

1. Podem aderir ao contrato as pessoas ligadas ao tomador do seguro por um vínculo que não seja o de segurar e que façam parte do grupo segurável definido nas Condições Particulares.
2. Só podem ser incluídas no seguro de grupo pessoas com idade compreendida entre os limites estabelecidos nas Condições Particulares.

3. Salvo convenção em contrário, para o efeito previsto no n.º 1 deste artigo, o tomador do seguro enviará à MAPFRE as propostas de adesão dos candidatos a pessoa segura devidamente preenchidas e assinadas.

ARTIGO 4.º – ÂMBITO TERRITORIAL

Salvo convenção em contrário nas Condições Particulares, o presente contrato garante a cobertura dos riscos contratados, em todo o mundo.

ARTIGO 5.º – EXCLUSÕES

1. Sem prejuízo de outras exclusões previstas nas Condições Especiais e Particulares da apólice, consideram-se excluídos do âmbito da cobertura principal de morte e de todas as coberturas complementares, os riscos contratados, quando sejam consequência direta ou indireta de:
 - a) Suicídio, no decorrer do primeiro ano de vigência da adesão ou durante um ano após cada eventual reposição em vigor ou aumento de capital, propostos pelo tomador do seguro ou pela pessoa segura. No caso de um aumento de capital a exclusão respeita apenas ao valor aumentado;
 - b) Ações ou omissões dolosas ou grosseiramente negligentes praticadas pela própria pessoa segura, tomador do seguro ou pelo beneficiário, bem como por aqueles pelos quais sejam civilmente responsáveis. Se existirem vários beneficiários, esta exclusão não é aplicável relativamente aos beneficiários não intervenientes;

- c) Ações ou omissões praticadas pela própria pessoa segura quando acuse consumo de produtos tóxicos, estupefacientes ou outras drogas ou substâncias psicotrópicas fora de prescrição médica, bem como quando lhe for detetado um grau de alcoolemia no sangue superior a 0,5 gramas por litro;
 - d) Doença preexistente ou sequela de acidente, que tenha sido alvo de investigação clínica e/ou tratamento e/ou que seja do conhecimento da pessoa segura à data do preenchimento da proposta de adesão, bem como de tratamento não relacionado com doença ou acidente coberto por este contrato, salvo o caso em que tenha havido comunicação formal à MAPFRE e aceitação desta.
2. Salvo convenção em contrário nas Condições Particulares, consideram-se também excluídos do âmbito da cobertura principal de morte e de todas as coberturas complementares, os riscos contratados, quando sejam consequência direta ou indireta de:
- a) Greves, distúrbios laborais, tumultos, motins ou alterações da ordem pública;
 - b) Guerra, invasão, ato de inimigo estrangeiro, hostilidades ou operações bélicas com ou sem declaração de guerra, guerra civil, insurreição, rebelião ou revolução, levantamento do poder militar ou ato do poder militar legítimo ou usurpado, lei marcial, motim ou comoção civil;

- c) Atos de terrorismo ou de sabotagem, como tal considerados nos termos da legislação penal portuguesa em vigor;
- d) Sequestro ou rapto;
- e) Explosão, libertação de calor, irradiações provenientes de cisão de átomos ou radioatividade, radiações provocadas pela aceleração artificial de partículas, libertação súbita de energia atômica, radiação nuclear ou contaminação radioativa (controlada ou não);
- f) Uso de armas atômicas, bacteriológicas ou químicas;
- g) Ataques ou intromissões em instalações (tais como centrais nucleares, instalações de reprocessamento de resíduos nucleares, instalações para armazenagem definitiva de resíduos nucleares e reatores experimentais) e outras instalações de armazenagem que provoquem a libertação de radioatividade ou de substâncias bélicas atômicas, bacteriológicas ou químicas;
- h) As ações constantes em f) e g) supra quando realizadas mediante utilização de tecnologia da informação;
- i) Operações de campanha, fazendo a pessoa segura parte das Forças Armadas ou Militarizadas;
- j) Riscos de aerostação ou de aviação, salvo quando a pessoa segura for passageiro de avião de carreira comercial de

- transporte de passageiros, devidamente autorizada pela Comissão Europeia;
- k) Corridas de velocidade com quaisquer veículos, motorizados ou não, e respetivos treinos;
 - l) Participação em rixas, apostas, tentativas de recordes e todos os atos notoriamente perigosos e não justificados por necessidade profissional ou por tentativa de salvamento de pessoas e/ou bens;
 - m) Prática de qualquer desporto a nível profissional ou em competições e respetivos treinos ou estágios;
 - n) Prática dos seguintes desportos: alpinismo, escalada, montanhismo e espeleologia; desportos aéreos, incluindo balonismo, voo livre, voo sem motor, asa-delta, ultra ligeiro, paraquedismo, parapente, queda livre, *sky diving*, *sky surfing*, *base jumping* e saltos invertidos com mecanismo de suspensão corporal (*bungee jumping*); descida em *rappel* ou *slide*, descida de correntes originadas por desníveis nos cursos de água (*rafting*, *canyoning*, canoagem); *parkour*; prática de caça de animais ferozes, caça submarina, imersões submarinas com auxiliares de respiração; tauromaquia; boxe, artes marciais ou qualquer modalidade de luta livre; saltos de esqui, *bobsleigh* e hóquei sobre o gelo;

- o) Acidentes resultantes da utilização, pela própria pessoa segura, como condutor ou passageiro, de veículos motorizados de duas ou três rodas ou moto-quatro;
 - p) Viagens de exploração.
3. Sem prejuízo do disposto nos números anteriores e de outras exclusões constantes em cada Condição Especial, salvo convenção em contrário nas Condições Particulares, consideram-se excluídos das coberturas complementares, os riscos contratados, quando sejam consequência direta ou indireta de:
- a) Doenças ou incapacidades preexistentes à data de aceitação da adesão ou da cobertura;
 - b) Suicídio ou tentativa de suicídio;
 - c) Intervenção cirúrgica exceto quando esta se imponha em consequência de acidente.

ARTIGO 6.º – HOMICÍDIO

O autor, cúmplice, instigador ou encobridor do homicídio doloso de uma pessoa segura, ainda que não consumado, perde o direito à prestação, integrando-se o capital a que teria direito no património dessa pessoa segura. Se existirem vários beneficiários, os não intervenientes conservam os seus direitos.

CAPÍTULO II

DECLARAÇÃO DO RISCO, INICIAL E SUPERVENIENTE

ARTIGO 7.º – DEVER DE DECLARAÇÃO INICIAL DO RISCO

1. O tomador do seguro e as pessoas seguras estão obrigados, antes da celebração do contrato ou da adesão, a declarar com exatidão todas as circunstâncias que conheçam e razoavelmente devam ter por significativas para a apreciação do risco pela MAPFRE.
2. O disposto no número anterior é igualmente aplicável a circunstâncias cuja menção não seja solicitada em questionário eventualmente fornecido pela MAPFRE para o efeito.
3. A MAPFRE quando tenha aceite o contrato ou a adesão, salvo havendo dolo do tomador do seguro ou da(s) pessoa(s) segura(s) com o propósito de obter uma vantagem, não pode prevalecer-se:
 - a) Da omissão de resposta a pergunta do questionário;
 - b) De resposta imprecisa a questão formulada em termos demasiado genéricos;
 - c) De incoerência ou contradição evidente nas respostas ao questionário;
 - d) De facto que o seu representante, aquando da celebração do contrato, saiba ser inexato ou, tendo sido omitido, conheça;

e) De circunstâncias suas conhecidas, em especial quando são públicas e notórias.

4. A MAPFRE, antes da celebração do contrato, deve esclarecer o eventual tomador do seguro acerca do dever referido no n.º 1, bem como do regime do seu incumprimento, sob pena de incorrer em responsabilidade civil, nos termos gerais.

ARTIGO 8.º – INCUMPRIMENTO DOLOSO DO DEVER DE DECLARAÇÃO INICIAL DO RISCO

1. Em caso de incumprimento doloso do dever de declaração inicial do risco, o contrato ou o certificado individual conforme o caso, é anulável mediante declaração enviada pela MAPFRE ao tomador do seguro ou à pessoa segura.
2. Não tendo ocorrido sinistro, a declaração referida no número anterior deve ser enviada no prazo de 3 (três) meses a contar do conhecimento daquele incumprimento.
3. A MAPFRE não está obrigada a cobrir o sinistro que ocorra antes de ter tido conhecimento do incumprimento doloso referido no n.º 1 ou no decurso do prazo previsto no número anterior, seguindo-se o regime geral da anulabilidade.
4. A MAPFRE tem direito ao prémio devido até ao final do prazo referido no n.º 2, salvo se tiver concorrido dolo ou negligência grosseira, seu ou dos seus representantes.
5. Em caso de dolo do tomador do seguro ou da(s) pessoa(s) segura(s) com o propósito de obter uma vantagem, o prémio é devido até ao termo do contrato.

ARTIGO 9.º – INCUMPRIMENTO NEGLIGENTE DO DEVER DE DECLARAÇÃO INICIAL DO RISCO

1. Em caso de incumprimento com negligência do dever de declaração inicial do risco, a MAPFRE pode, mediante declaração a enviar ao tomador do seguro ou à pessoa segura, no prazo de 3 (três) meses a contar do seu conhecimento:
 - a) Propor uma alteração do contrato ou das condições de adesão, fixando um prazo, não inferior a 14 (catorze) dias, para o envio da aceitação ou, caso a admita, da contraproposta;
 - b) Fazer cessar o contrato ou o certificado individual, conforme o caso, demonstrando que, em caso algum, celebra contratos ou aceita adesões com a cobertura de riscos relacionados com o facto omitido ou declarado inexatamente.
2. O contrato ou o certificado individual cessa os seus efeitos 30 (trinta) dias após o envio da declaração de cessação ou 20 (vinte) dias após a receção pelo tomador do seguro ou pela pessoa segura da proposta de alteração, caso este(a) nada responda ou a rejeite.
3. No caso referido no número anterior, o prémio é devolvido *pro rata temporis* (proporcionalmente ao período de tempo não decorrido até ao vencimento) atendendo à cobertura havida.

4. Se antes da cessação ou da alteração do contrato ou do certificado individual, ocorrer um sinistro cuja verificação ou consequências tenham sido influenciadas por facto relativamente ao qual tenha havido omissões ou inexatidões negligentes:
 - a) A MAPFRE cobre o sinistro na proporção entre o prémio pago e o prémio que seria devido, caso, aquando da celebração do contrato, tivesse conhecido o facto omitido ou declarado inexatamente;
 - b) A MAPFRE, demonstrando que, em caso algum, teria celebrado o contrato ou aceite a adesão se tivesse conhecido o facto omitido ou declarado inexatamente, não cobre o sinistro e fica apenas vinculada à devolução do prémio.

ARTIGO 10.º – INCONTESTABILIDADE

1. A MAPFRE não se pode prevalecer de omissões ou inexatidões negligentes na declaração inicial do risco decorridos 2 (dois) anos desde a data da celebração do contrato ou da adesão.
2. O disposto no número anterior não é aplicável às coberturas complementares.

ARTIGO 11.º – ERRO SOBRE A IDADE DA PESSOA SEGURA

1. O erro sobre a idade da pessoa segura é causa de anulabilidade do certificado individual se a idade verdadeira divergir dos limites, mínimo e máximo, estabelecidos pela MAPFRE para a adesão ao contrato de seguro.

2. Não sendo causa de anulabilidade, em caso de divergência, para mais ou para menos, entre a idade declarada e a verdadeira, a prestação da MAPFRE reduz-se na proporção do prémio pago e das tarifas em vigor na data de emissão do contrato ou do certificado individual, ou a MAPFRE devolve o prémio em excesso sem juros, consoante o caso.

ARTIGO 12.º – AGRAVAMENTO DO RISCO

1. O tomador do seguro e as pessoas seguras têm o dever de, durante a vigência do contrato ou da adesão, no prazo de 14 (catorze) dias a contar do conhecimento do facto, comunicar à MAPFRE todas as circunstâncias que possam agravar o risco, nomeadamente as relacionadas com a profissão, mudança do local do seu exercício, mudança de residência da(s) pessoa(s) segura(s) para fora de Portugal ou o início da prática de qualquer atividade que possa provocar alterações no risco.
2. No prazo de 30 (trinta) dias a contar do momento em que tenha conhecimento do agravamento do risco, a MAPFRE pode:
 - a) Apresentar ao tomador do seguro ou à pessoa segura proposta de modificação do contrato ou das condições de adesão, que este(a) deve aceitar ou recusar em igual prazo, findo o qual se entende aprovada a modificação proposta;
 - b) Reduzir o contrato ou a garantia da pessoa segura à cobertura principal, demonstrando que, em caso algum, celebra contratos ou aceita adesões que cubram riscos com as características resultantes desse agravamento do risco.

3. A declaração de redução do contrato ou da garantia da pessoa segura à cobertura principal produz os seus efeitos no 10.º (décimo) dia útil posterior à data do registo.
4. O regime do agravamento do risco previsto neste artigo e no artigo seguinte não é aplicável à cobertura principal de morte nem, resultando o agravamento do estado de saúde da(s) pessoa(s) segura(s), às coberturas complementares de acidente e de invalidez por acidente ou doença.

ARTIGO 13.º – SINISTRO E AGRAVAMENTO DO RISCO

1. Se antes da cessação ou da alteração do contrato ou da adesão nos termos previstos no artigo anterior ocorrer o sinistro cuja verificação ou consequência tenha sido influenciada pelo agravamento do risco, a MAPFRE:
 - a) Cobre o risco, efetuando a prestação convencionada, se o agravamento tiver sido correta e tempestivamente comunicado antes do sinistro ou antes de decorrido o prazo previsto no n.º 1 do artigo anterior;
 - b) Cobre parcialmente o risco, reduzindo-se a sua prestação na proporção entre o prémio efetivamente cobrado e aquele que seria devido em função das reais circunstâncias do risco, se o agravamento não tiver sido correta e tempestivamente comunicado antes do sinistro;

- c) **Pode recusar a cobertura em caso de comportamento doloso do tomador do seguro ou da(s) pessoa(s) segura(s) com o propósito de obter uma vantagem, mantendo direito aos prémios vencidos.**
2. Na situação prevista nas alíneas a) e b) do número anterior, sendo o agravamento do risco resultante de facto do tomador ou da(s) pessoa(s) segura(s), a MAPFRE não está obrigada ao pagamento da prestação se demonstrar que, em caso algum, celebra contratos ou aceita adesões que cubram riscos com as características resultantes desse agravamento.

CAPÍTULO III **PRÉMIOS**

ARTIGO 14.º – CÁLCULO DO PRÉMIO

1. O prémio do seguro será o que resultar da aplicação das tarifas que estejam em vigor na MAPFRE à data de início da vigência do contrato ou da adesão ou em cada prorrogação, fundadas em critérios técnicos atuariais e baseadas em princípios de equidade e de suficiência para o cumprimento das obrigações derivadas dos contratos e constituição das provisões técnicas adequadas.
2. **Poderão ser aplicáveis ao contrato ou à adesão agravamentos por maior risco resultantes de doenças ou incapacidades pre-existentes da(s) pessoa(s) segura(s) ou pela existência de outros fatores e, nesse caso, a MAPFRE informará o tomador do seguro ou as pessoas seguras no seguro de grupo contributivo, sobre o cálculo do sobreprémio respetivo.**

3. Sem prejuízo do disposto no número anterior, o valor do prémio do seguro é acrescido dos encargos fiscais e parafiscais quando aplicáveis, do custo de apólice e de atas adicionais.
4. **As tarifas e as bases técnicas utilizadas no cálculo dos prémios poderão ser atualizadas nas datas de prorrogação do contrato, mediante comunicação ao tomador do seguro com uma antecedência mínima de 30 (trinta) dias em relação à data da prorrogação.**

ARTIGO 15.º – PAGAMENTO DO PRÉMIO

1. Salvo convenção em contrário nas Condições Particulares, a obrigação de pagamento do prémio impende sobre o tomador do seguro.
2. O prémio é devido antecipada e anualmente, de acordo com o estabelecido nas Condições Particulares ou nos certificados individuais.
3. A MAPFRE pode facultar o fracionamento dos prémios, desde que o tomador do seguro ou a pessoa segura no caso dos seguros de grupo contributivos, satisfaça os respetivos encargos.
4. **O prémio é devido até ao final da anuidade em que ocorre a morte da pessoa segura ou em que ocorre um sinistro ao abrigo de qualquer cobertura complementar que determine a cessação do contrato ou da adesão.**

ARTIGO 16.º – VENCIMENTO DOS PRÉMIOS

1. Salvo convenção em contrário, o prémio inicial ou a primeira fração deste, é devido na data da celebração do contrato ou na data da adesão no caso dos seguros de grupo contributivos.
2. As frações seguintes do prémio inicial, o prémio de anuidades subsequentes e as sucessivas frações deste ou o prémio por adesão, são devidos nas datas estabelecidas no contrato ou no certificado individual.
3. A parte do prémio correspondente a alterações ao contrato é devida na data indicada no respetivo aviso.

ARTIGO 17.º – AVISO DE PAGAMENTO DOS PRÉMIOS

1. Na vigência do contrato, a MAPFRE deve avisar por escrito o tomador do seguro ou a pessoa segura no caso dos seguros contributivos, do montante a pagar, assim como da forma e do lugar de pagamento, com uma antecedência mínima de 30 (trinta) dias em relação à data em que se vence o prémio, ou frações deste.
2. Do aviso devem constar, de modo legível, as consequências da falta de pagamento do prémio ou de sua fração.
3. Nos contratos de seguro em que seja convencionado o pagamento do prémio em frações de periodicidade igual ou inferior a 3 (três) meses e em cuja documentação contratual se indiquem as datas de vencimento das sucessivas frações do prémio e os respetivos valores a pagar, bem como as consequências do seu não pagamento, a MAPFRE pode optar por não enviar o aviso

referido no n.º 1, cabendo-lhe, nesse caso, a prova da emissão, da aceitação e do envio ao tomador do seguro ou à pessoa segura da documentação contratual referida neste número.

ARTIGO 18.º – FALTA DE PAGAMENTO DO PRÉMIO

1. **O contrato só produzirá efeitos desde que seja pago o primeiro recibo de prémio, no prazo de 30 (trinta) dias a contar da data de aviso de pagamento enviado pela MAPFRE.**
2. **A falta de pagamento dos recibos seguintes no prazo estipulado pela MAPFRE no respetivo aviso, confere a esta o direito de resolver o contrato.**
3. **A não cobrança do prémio por motivos imputáveis ao tomador do seguro, ou o cancelamento da instrução, com estorno da entidade bancária, equivale a falta de pagamento de prémio.**
4. **Quando seja convencionado o pagamento do prémio pelas pessoas seguras o disposto no presente artigo aplica-se apenas à cobertura dos riscos e à adesão de cada uma delas.**

ARTIGO 19.º – REPOSIÇÃO EM VIGOR

1. **O tomador do seguro poderá repor o contrato em vigor, nas condições anteriores, até ao prazo máximo de 1 (um) ano a contar da data da sua resolução, mediante o pagamento dos prémios em atraso e dos respetivos juros de mora, desde que não tenha ocorrido qualquer sinistro coberto pelo contrato, desde a data da sua resolução até à data em que se pretende que o mesmo seja repostado em vigor.**

2. Quando o pedido de reposição em vigor previsto no n.º 1 seja efetuado depois de 3 (três) meses contados da data de resolução do contrato, a MAPFRE reserva-se o direito de subordinar a reposição ao resultado favorável de uma avaliação da situação clínica da(s) pessoa(s) segura(s).
3. O disposto neste artigo é aplicável, com as devidas adaptações, à reposição em vigor da adesão individual de cada pessoa segura.

ARTIGO 20.º – ESTIPULAÇÃO BENEFICIÁRIA IRREVOGÁVEL

1. Em caso de falta de pagamento do prémio na data de vencimento, se o contrato estabelecer um benefício irrevogável a favor de terceiro, deve a MAPFRE interpellá-lo no prazo de 30 (trinta) dias, para, querendo, substituir-se ao tomador do seguro no referido pagamento.
2. Caso a MAPFRE não tenha interpellado o beneficiário nos termos do número anterior, não lhe pode opor as consequências convencionadas para a falta de pagamento do prémio.

CAPÍTULO IV

INÍCIO DE EFEITOS, DURAÇÃO E VICISSITUDES DO CONTRATO

ARTIGO 21.º – INÍCIO DE EFEITOS

1. O presente contrato produz os seus efeitos a partir do dia e hora indicados nas Condições Particulares.

2. Para cada pessoa segura, a adesão ao presente contrato tem efeitos na data de início fixada no respetivo certificado individual.
3. O contrato tem-se por concluído nos termos propostos, em caso de silêncio da MAPFRE, após 14 (catorze) dias contados da receção da proposta de seguro ou de adesão feita em impresso da própria MAPFRE, devidamente preenchido, acompanhado dos documentos que a MAPFRE tenha indicado como necessários sem que a MAPFRE tenha notificado o tomador do seguro da aceitação, da recusa ou da necessidade de recolher outros esclarecimentos que considere essenciais à avaliação do risco, tais como exames médicos.
4. Em caso algum o contrato ou a adesão produzirá efeitos antes da receção da proposta de seguro ou de adesão pela MAPFRE.

ARTIGO 22.º – ADESÃO AO CONTRATO DE SEGURO CONTRIBUTIVO

1. A adesão individual a um seguro de grupo contributivo considera-se efetuada nos termos propostos se, decorridos 30 (trinta) dias após a receção da proposta de adesão pelo tomador do seguro que seja simultaneamente mediador de seguros com poderes de representação, a MAPFRE não tiver notificado o proponente da recusa ou da necessidade de recolher informações essenciais à avaliação do risco.

2. O disposto no número anterior é igualmente aplicável no caso em que, tendo sido solicitadas informações essenciais à avaliação do risco, a MAPFRE não notifique o proponente da recusa no prazo de 30 (trinta) dias após a prestação dessas informações, independentemente de estas lhe serem prestadas diretamente ou através do tomador do seguro que seja simultaneamente mediador de seguros com poderes de representação.
3. **Para efeitos do disposto nos números 1 e 2, o tomador do seguro de grupo contributivo deve fornecer ao proponente cópia da respetiva proposta ou dos documentos em que sejam prestadas informações essenciais à avaliação do risco, nos quais esteja averbada indicação da data em que foram recebidos.**
4. **O tomador do seguro de grupo contributivo responde perante a MAPFRE pelos danos decorrentes da falta de entrega da proposta ou dos documentos em que sejam prestadas informações essenciais à avaliação do risco ou da respetiva entrega tardia.**
5. Da declaração de adesão a um seguro de grupo contributivo, sem prejuízo das condições específicas da adesão, devem constar todas as condições que, em circunstâncias análogas, deveriam constar de um seguro individual.

ARTIGO 23.º – DURAÇÃO DO CONTRATO

1. **A duração do contrato é indicada nas Condições Particulares, podendo ser por um período certo e determinado (seguro temporário) ou por um ano prorrogável por novos períodos de um ano (seguro temporário anual prorrogável).**

2. **O contrato termina na data e da forma estabelecida nas Condições Particulares, cessando os seus efeitos às 24 (vinte e quatro) horas do último dia do seu prazo.**
3. **Para cada pessoa segura o contrato tem a duração indicada no certificado individual, sem prejuízo do disposto no artigo seguinte.**
4. **Sem prejuízo de outras causas de cessação da adesão previstas nas Condições da apólice, cada pessoa segura será excluída do seguro de grupo, no termo da anuidade da apólice em que tenha completado a idade estabelecida nas Condições Particulares.**

ARTIGO 24.º – EXCLUSÃO DAS PESSOAS SEGURAS

1. **As pessoas seguras podem ser excluídas do seguro de grupo em caso de cessação do vínculo com o tomador do seguro ou, no seguro contributivo, quando não entreguem ao tomador do seguro ou à MAPFRE, se convencionado, a quantia destinada ao pagamento do prémio.**
2. **Para o efeito do previsto no n.º 1 o tomador do seguro enviará à MAPFRE a relação das pessoas seguras que deixaram de pertencer ao grupo seguro ou perderam as condições de elegibilidade.**
3. **As pessoas seguras podem ainda ser excluídas quando as próprias ou o(s) respetivo(s) beneficiário(s) com o seu conhecimento, pratiquem atos fraudulentos em prejuízo da MAPFRE ou do tomador do seguro.**

4. O procedimento de exclusão das pessoas seguras e os termos em que a exclusão produz efeitos serão definidos nas Condições Particulares.
- 5. Em caso de exclusão, as pessoas seguras têm direito à manutenção da cobertura de que beneficiavam, apenas quando e nas condições em que o contrato o preveja.**

ARTIGO 25.º – BENEFICIÁRIOS

1. Salvo convenção em contrário, as pessoas seguras designam os beneficiários, podendo a designação ser feita na proposta de adesão, em declaração escrita recebida pela MAPFRE, posterior à emissão da adesão, ou em testamento.
2. A(s) pessoa(s) que designa(m) o(s) beneficiário(s) pode(m), a qualquer momento, alterar ou revogar a designação, sem prejuízo do disposto nos números seguintes.
3. A alteração ou revogação de beneficiário(s) só é válida a partir do momento em que a MAPFRE tenha recebido a correspondente comunicação escrita contendo os elementos de identificação do(s) beneficiário(s) nomeadamente o(s) nome(s) completo(s), a(s) morada(s) e o(s) número(s) de identificação civil e fiscal. Em caso de incorreção ou desatualização dos elementos de identificação do(s) beneficiário(s) que impossibilite a MAPFRE de determinar a sua identidade ou localização, o pagamento da quota-parte pertencente ao beneficiário insuficientemente identificado ficará a aguardar a reclamação do interessado.
4. Quando a(s) pessoa(s) segura(s) tenha(m) assinado, juntamente com o tomador do seguro, a proposta de que conste a designação beneficiária ou tendo a(s) pessoa(s) segura(s) designado o beneficiário, a alteração da designação beneficiária pelo tomador do seguro carece do acordo da respetiva pessoa segura.
5. A alteração da designação beneficiária feita por pessoa diversa da(s) pessoa(s) segura(s) ou sem o acordo desta(s), deve ser comunicada pela MAPFRE à(s) pessoa(s) segura(s).
6. O direito de alteração ou revogação da designação beneficiária cessa no momento em que o(s) beneficiário(s) adquiram o direito ao pagamento das importâncias seguras.
7. A cláusula beneficiária será considerada irrevogável sempre que tenha havido aceitação do benefício por parte do beneficiário, ficando o tomador do seguro ou a(s) pessoa(s) segura(s) impedido(as) de efetuar qualquer alteração à cláusula beneficiária.
8. A renúncia do tomador do seguro ou da(s) pessoa(s) segura(s) ao direito de alterar a cláusula beneficiária, bem como a aceitação do beneficiário, deverão constar de documento escrito cuja validade depende da efetiva comunicação à MAPFRE.
9. Sendo a cláusula beneficiária irrevogável, será necessário o acordo prévio do beneficiário para o tomador do seguro proceder ao exercício de qualquer direito ou faculdade de modificar as

condições contratuais ou de denunciar ou resolver o contrato sempre que tal modificação tenha incidência sobre os direitos do beneficiário.

10. O tomador do seguro ou a(s) pessoa(s) segura(s) readquirem o direito pleno ao exercício das garantias contratuais se o beneficiário aceitante comunicar, por escrito à MAPFRE, que deixou de ter interesse no benefício.

ARTIGO 26.º – ALTERAÇÕES AO CONTRATO

1. Sem prejuízo do disposto no artigo anterior, o tomador do seguro e/ou as pessoas seguras no caso de seguros de grupo contributivos, pode(m) solicitar modificações ao contrato, com efeitos a partir da data de prorrogação do contrato consecutiva ao pedido, sem prejuízo de outra data acordada entre as partes, devendo esse pedido ser efetuado à MAPFRE, por escrito, **com uma antecedência mínima de 30 (trinta) dias relativamente à data de prorrogação do contrato.**
2. **As alterações às condições do contrato dependem de aceitação pela MAPFRE, ficando reservado o direito de, no caso de as alterações consistirem em aumento ou inclusão de garantias, subordinar a aceitação das mesmas à entrega de documentos comprovativos do estado de saúde da(s) pessoa(s) segura(s) ou ao resultado favorável de exames médicos a realizar pela(s) pessoa(s) segura(s).**

3. Ocorrendo uma diminuição inequívoca e duradoura do risco com reflexo nas condições do contrato, a MAPFRE deve, a partir do momento em que tenha conhecimento das novas circunstâncias, refleti-la no prémio do contrato.

ARTIGO 27.º – CESSAÇÃO DO CONTRATO PELO TOMADOR DO SEGURO

1. O tomador do seguro pode fazer cessar o contrato por revogação, denúncia ou resolução, nos termos gerais.
2. **O tomador do seguro deve comunicar às pessoas seguras a extinção da cobertura decorrente da cessação do contrato de seguro.**
3. **A comunicação prevista no número anterior é feita com a antecedência mínima de 30 (trinta) dias em caso de revogação ou denúncia do contrato.**
4. Não sendo respeitada a antecedência por facto a este imputável, o tomador do seguro responde pelos danos a que der origem.
5. Em caso de cessação do contrato, as pessoas seguras têm direito à manutenção da cobertura de que beneficiavam, apenas quando e nas condições em que o contrato o preveja.

ARTIGO 28.º – DENÚNCIA DO CONTRATO

1. O contrato celebrado por período determinado e com prorrogação automática pode ser livremente denunciado pelas partes, mediante declaração escrita enviada ao destinatário, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias relativamente à data de prorrogação do contrato.
2. O disposto no número anterior, é aplicável, com as devidas adaptações, ao certificado individual, para cada pessoa segura.

ARTIGO 29.º – DENÚNCIA PELA PESSOA SEGURA

1. Após a comunicação de alterações ao contrato ou livremente, qualquer pessoa segura pode denunciar o vínculo resultante da adesão, **salvo nos casos de adesão obrigatória em virtude de relação estabelecida com o tomador do seguro.**
2. A denúncia prevista no número anterior respeita à pessoa segura que a invoque, não afetando a eficácia do contrato nem a garantia das restantes pessoas seguras.
3. A denúncia é feita por declaração escrita enviada com uma antecedência mínima de 30 (trinta) dias ao tomador do seguro ou, quando o contrato o determine, à MAPFRE.

ARTIGO 30.º – RESOLUÇÃO DO CONTRATO

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

2. A resolução do contrato produz os seus efeitos às 24 (vinte e quatro) horas do 10.º (décimo) dia útil posterior à data da declaração prevista no n.º 1.
3. Nos seguros de grupo contributivos, a MAPFRE deve avisar a pessoa segura da resolução do contrato logo que possível, no máximo até 20 (vinte) dias após a não prorrogação ou resolução.
4. O disposto neste artigo é aplicável, com as devidas adaptações, ao certificado individual, para cada pessoa segura.

ARTIGO 31.º – OUTRAS CAUSAS DE CESSAÇÃO DO CONTRATO

1. O pagamento de capitais por morte ou invalidez de uma pessoa segura, determina a cessação do contrato relativamente a esta, extinguindo-se todas as garantias inerentes.
2. O pagamento do capital ao abrigo de outras coberturas pode determinar a cessação do contrato ou da adesão consoante estipulado na correspondente Condição Especial.
3. Em caso de morte ou invalidez da pessoa segura por qualquer das causas excluídas no artigo 5.º, o contrato caduca relativamente a esta sem qualquer restituição de prémio.
4. Sem prejuízo do disposto nos números anteriores ou nas Condições da apólice, a adesão ao contrato cessa automaticamente para cada pessoa segura, na data em que ocorra a primeira das seguintes situações:

- a) Fim do prazo de duração do contrato ou do certificado individual;
- b) Vencimento da anuidade em que a pessoa segura perfaça a idade indicada nas Condições Particulares;
- c) Cessação de efeitos do contrato ou do certificado individual.

ARTIGO 32.º – COMUNICAÇÃO AOS BENEFICIÁRIOS

A MAPFRE deve comunicar a cessação do contrato aos beneficiários com designação irrevogável, desde que identificados na apólice.

ARTIGO 33.º – CESSÃO DA POSIÇÃO CONTRATUAL

1. Salvo convenção em contrário, o tomador do seguro, não sendo pessoa segura, pode transmitir a sua posição contratual a um terceiro, que fica assim investido em todos os direitos e deveres que correspondam àquele perante a MAPFRE.
2. A cessão da posição contratual depende do consentimento da MAPFRE, nos termos gerais, devendo ser comunicada à pessoa segura pelo tomador do seguro e constar de ata adicional à apólice.

CAPÍTULO V

PRESTAÇÃO PRINCIPAL DA MAPFRE

ARTIGO 34.º – PAGAMENTO DAS IMPORTÂNCIAS SEGURAS

1. Em caso de ocorrência de sinistro coberto pela apólice, a MAPFRE pagará ao(s) beneficiário(s) designado(s), as importâncias seguras conforme contratado.

2. Salvo estipulação em contrário, os pagamentos por morte da(s) pessoa(s) segura(s) são prestados:

- a) Ao(s) beneficiário(s) designado(s) nos termos do previsto no artigo 25.º destas Condições Gerais;
- b) Na falta de designação de beneficiário(s), aos herdeiros da pessoa segura;
- c) Em caso de premoriência do(s) beneficiário(s) relativamente à pessoa segura, aos herdeiros desta;
- d) Em caso de premoriência do(s) beneficiário(s) relativamente à pessoa segura, tendo havido renúncia à revogação da designação beneficiária, aos herdeiros daquele(s);
- e) Em caso de comoriência da pessoa segura e do(s) beneficiário(s), aos herdeiros deste(s).

3. Caso o(s) beneficiário(s) seja(m) menor(es) de idade, as prestações serão pagas ao(s) seu(s) representante(s) legal(ais), que para o efeito deverá(ão) fazer prova da sua qualidade.

4. Os pagamentos ao abrigo das outras coberturas são prestados:

- a) Ao(s) beneficiário(s) designado(s) nos termos do previsto no artigo 25.º destas Condições gerais;
- b) Na falta de designação de beneficiário(s), à própria pessoa segura ou a quem a representar.

5. O pagamento das importâncias seguras apenas se torna exigível após a entrega/apresentação dos seguintes documentos:

- a) Declaração de sinistro em impresso fornecido pela MAPFRE para o efeito ou documento equivalente, do qual resulte a intenção de declarar sinistro;
- b) Documento comprovativo da data de nascimento e de identificação fiscal da(s) pessoa(s) segura(s);
- c) Documentos comprovativos da identidade e identificação fiscal do(s) beneficiário(s), sem prejuízo de quaisquer outros comprovativos da respetiva qualidade quando cônjuge(s) ou herdeiro(s) legal(ais);

6. Para além do disposto no número anterior, em caso de morte, será necessária a entrega de:

- a) Certificado e Assento de Óbito (originais ou cópias certificadas);
- b) Relatório do Médico de Família ou do Médico Assistente, indicando o historial clínico completo, anterior e posterior à data do diagnóstico da doença ou à data do acidente (original ou cópia certificada);
- c) Relatório do médico que assistiu a pessoa segura, indicando o historial clínico e detalhando o início, evolução da doença ou consequências do acidente (original ou cópia certificada);

d) Nos casos de morte por acidente ou por causa indeterminada, será ainda necessário relatório da autópsia, auto de ocorrência, certidão do Ministério Público e resultados dos testes toxicológicos e de alcoolemia (originais ou cópias certificadas).

7. Para além do disposto no n.º 5, em caso de invalidez, será necessária a entrega de:

- a) Atestado médico de Incapacidade Multiuso ou documento comprovativo do reconhecimento da invalidez emitido pela instituição de Segurança Social ou pelo Tribunal do Trabalho, identificando o grau, coeficiente ou percentagem de incapacidade segundo a Tabela Nacional de Incapacidades (original ou cópia certificada);
- b) Relatório do Médico de Família ou do Médico Assistente, indicando o historial clínico completo, anterior e posterior à data de diagnóstico da doença ou à data do acidente que causou a invalidez (original ou cópia certificada);
- c) Relatório do médico que assistiu a pessoa segura, indicando o historial clínico detalhando causas, a data do início, a evolução e as consequências da lesão corporal e ainda informação sobre o grau de invalidez verificada e a sua provável duração (original ou cópia certificada);

- d) Documento descrevendo a atividade profissional ou ocupação principal exercida pela pessoa segura antes de ter sido afetada pela invalidez, exceto nos casos de invalidez absoluta e definitiva;
 - e) Nos casos de invalidez por acidente ou por causa indefinida, será ainda necessário o auto de ocorrência e resultados dos testes toxicológicos e de alcoolemia (originais ou cópias certificadas).
8. Para além do disposto no n.º 5, em caso de doença grave ou necessidade de transplante, será necessária a entrega de:
- a) Relatório do Médico de Família ou do Médico Assistente, indicando o historial clínico completo, anterior e posterior à data de diagnóstico da doença (original ou cópia certificada);
 - b) Relatório do médico assistente da especialidade adequada, contendo o diagnóstico inequívoco, demonstrável e fundamentado, que mencione e caracterize expressamente a data dos primeiros sintomas, os critérios clínicos e os meios de diagnóstico utilizados, a evolução, situação clínica atual, terapêuticas e prognóstico;
 - c) Documentação clínica, radiológica, histopatológica e laboratorial necessária à comprovação da doença ou da necessidade de transplante (original ou cópia certificada);
 - d) Em caso de acidente vascular cerebral, será necessária a demonstração e avaliação da deficiência neurológica permanente em função da capacidade de desempenho de atividades pessoais e/ou profissionais;
 - e) Em caso de enfarte do miocárdio, deverá ser demonstrada:
 - i. História de dor precordial típica;
 - ii. Alterações eletrocardiográficas compatíveis, de instalação recente;
 - iii. Elevação dos enzimas cardíacos.
 - f) Para efeito de fundamentação da evidência e avaliação do compromisso da função cardíaca, são necessários os seguintes exames de diagnóstico:
 - i. Eletrocardiograma;
 - ii. Ecocardiograma;
 - iii. Eventual estudo hemodinâmico.
9. Quando o contrato seja associado a um crédito, com beneficiário irrevogável, será também necessária a entrega de declaração com o valor do capital em dívida à data do sinistro.

10. Quando o pagamento do capital seja fracionado, será ainda necessário efetuar anualmente a prova de vida do(s) beneficiário(s).
11. Sem prejuízo do disposto nos números anteriores, quando se revele necessário para a correta determinação das circunstâncias em que ocorre o sinistro, a MAPFRE reserva-se o direito de solicitar outros elementos que entender convenientes para melhor conhecimento da natureza e extensão das suas responsabilidades e de proceder às investigações que julgar convenientes para a determinação exata do estado de saúde da pessoa segura, inclusive, mandando-a examinar pelos seus médicos, se assim o entender, conforme autorização da pessoa segura no momento da adesão.
12. Após o apuramento dos factos relativos à ocorrência do sinistro, suas causas, circunstâncias e consequências e receção pela MAPFRE de todos os documentos solicitados para o efeito, a MAPFRE procederá, no prazo de 30 (trinta) dias ao pagamento do capital ou à comunicação de recusa do sinistro.
13. No ato de qualquer pagamento de valores seguros que determinem a cessação do contrato, a MAPFRE descontará todas as importâncias que porventura lhe forem devidas pelo tomador do seguro ou pela pessoa segura no caso de seguro contributivo. As frações do prémio anual vencidas e em dívida e as frações vincendas da anuidade em curso serão deduzidas ao valor a pagar pela MAPFRE.

ARTIGO 35.º – INTERPRETAÇÃO DA CLÁUSULA BENEFICIÁRIA

1. A designação genérica dos filhos de determinada pessoa como beneficiários, em caso de dúvida, entende-se referida a todos os filhos que lhe sobrevivem, assim como aos descendentes dos filhos em representação daqueles.
2. Quando a designação genérica se refira aos herdeiros ou ao cônjuge, em caso de dúvida, considera-se como tais os herdeiros legais que o sejam à data do falecimento.
3. Sendo a designação feita a favor de vários beneficiários, a MAPFRE realiza a prestação em partes iguais, exceto:
 - a) No caso de os beneficiários serem todos os herdeiros da pessoa segura, em que se observam os princípios prescritos para a sucessão legítima;
 - b) No caso de premissão de um dos beneficiários, em que a sua parte cabe aos respetivos descendentes.
4. O disposto no número anterior não se aplica quando haja estipulação em contrário.

CAPÍTULO VI

DIREITOS E OBRIGAÇÕES DAS PARTES

ARTIGO 36.º – INFORMAÇÃO SOBRE EXAMES MÉDICOS

1. Quando haja lugar à realização de exames médicos, a MAPFRE entregará aos candidatos a pessoas seguras, antes da sua realização:

- a) **Discriminação exaustiva desses exames, testes e análises;**
- b) **Informação sobre as entidades que poderão realizá-los;**
- c) **Informação sobre o regime de custeamento dos exames e, se for o caso, sobre a forma como vai reembolsar quem os financie;**
- d) **Identificação da pessoa ou entidade à qual devam ser enviados os resultados dos exames ou relatórios dos atos realizados.**

2. Cabe à MAPFRE provar o cumprimento do disposto no n.º 1.

3. O resultado dos exames médicos deve ser comunicado, quando solicitado por escrito, à(s) pessoa(s) segura(s) ou a quem esta(s) expressamente indique(m).

4. Essa comunicação deve ser feita por um médico, salvo se as circunstâncias forem já do conhecimento da(s) pessoa(s) segura(s) ou se puder supor-se, à luz da experiência comum, que já as conhecia(m).

5. O disposto no n.º 4, aplica-se igualmente à comunicação ao tomador do seguro ou pessoa(s) segura(s) quanto ao efeito do resultado dos exames médicos na decisão da MAPFRE, designadamente no que respeite à não aceitação da adesão ao seguro ou à sua aceitação em condições especiais.

6. A MAPFRE não pode recusar-se a fornecer à(s) pessoa(s) segura(s) todas as informações de que disponha sobre a sua saúde, devendo, quando instada, disponibilizar tal informação por meios adequados do ponto de vista ético, humano e legal.

ARTIGO 37.º – DIREITO DE LIVRE RESOLUÇÃO

1. O tomador de um contrato de seguro com uma duração igual ou superior a 6 (seis) meses, sendo pessoa singular, pode resolver o contrato sem invocar justa causa nos 30 (trinta) dias imediatos à data de receção da apólice.

2. O prazo previsto no número anterior conta-se a partir da data de celebração do contrato, desde que o tomador do seguro, nessa data, disponha, em papel ou noutro suporte duradouro, de todas as informações relevantes sobre o seguro que tenham de constar na apólice.

3. A livre resolução disposta no n.º 1 deste artigo não se aplica às pessoas seguras.

4. A resolução do contrato deve ser comunicada à MAPFRE por escrito, em suporte de papel ou outro meio duradouro disponível e acessível à MAPFRE.

5. A resolução tem efeito retroativo, podendo a MAPFRE ter direito às seguintes prestações:
 - a) Ao valor do prémio calculado *pro rata temporis* (proporcionalmente ao período de tempo decorrido até à data da resolução do contrato), na medida em que tenha suportado o risco;
 - b) Ao montante das despesas razoáveis que tenha efetuado com exames médicos.

ARTIGO 38.º – DEVER DE INFORMAR DO TOMADOR DO SEGURO

1. O tomador do seguro deve informar as pessoas seguras sobre as coberturas contratadas e as suas exclusões, as obrigações e os direitos em caso de sinistro, sobre o regime de designação e alteração do beneficiário bem como sobre as alterações ao contrato. Quando convencionado entre as partes, esta informação poderá ser efetuada em conformidade com um espécimen elaborado pela MAPFRE.
2. Compete ao tomador do seguro provar que forneceu as informações referidas no número anterior.
3. O incumprimento do dever de informar faz incorrer o tomador do seguro em responsabilidade civil nos termos gerais.

4. O tomador de um seguro de grupo contributivo, que seja simultaneamente beneficiário do mesmo, deve, adicionalmente ao dever de informação constante no n.º 1, informar as pessoas seguras do montante das remunerações que lhe sejam atribuídas em função da sua intervenção no contrato, independentemente da forma e natureza que assumam, bem como da dimensão relativa que tais remunerações representam em proporção do valor total do prémio do referido contrato.
5. Na vigência de um contrato de seguro de grupo contributivo, o tomador do seguro deve fornecer às pessoas seguras todas as informações a que um tomador de um seguro individual teria direito em circunstâncias análogas.
6. O incumprimento dos deveres previstos nos n.ºs 4 e 5 determina a obrigação de o tomador do seguro suportar a parte do prémio correspondente à(s) pessoa(s) segura(s), sem perda das respetivas garantias, até à data de renovação do contrato ou respetiva data aniversária.

ARTIGO 39.º – INFORMAÇÕES NA VIGÊNCIA DO CONTRATO

A MAPFRE, na vigência do contrato, deve informar o tomador do seguro de alterações relativamente a informações prestadas aquando da celebração do contrato, que possam ter influência na sua execução.

ARTIGO 40.º – PARTICIPAÇÃO NOS RESULTADOS

Salvo convenção expressa em contrário nas Condições Particulares, o contrato não confere direito a participação nos resultados.

ARTIGO 41.º – OBRIGAÇÕES DO TOMADOR DO SEGURO, PESSOAS SEGURAS OU BENEFICIÁRIOS EM CASO DE SINISTRO

1. Em caso de sinistro, o tomador do seguro, pessoa segura ou beneficiários obrigam-se a:

- a) Participar o sinistro, por escrito, à MAPFRE, no mais curto prazo de tempo possível, nunca superior a 8 (oito) dias a contar do dia da ocorrência ou do dia em que tenha conhecimento da mesma, explicitando as suas circunstâncias, causas eventuais e consequências;
- b) Tomar as medidas ao seu alcance no sentido de prevenir ou limitar as consequências do sinistro;
- c) Prestar à MAPFRE as informações que esta solicite relativas ao sinistro e às suas consequências e entregar os documentos solicitados para o efeito;
- d) Autorizar os médicos da pessoa segura a fornecerem, a título confidencial, ao médico representante da MAPFRE, toda a informação médica respeitante ao sinistro, conforme autorização da pessoa segura expressa no momento da contratação.

2. Para além do disposto no número anterior, a pessoa segura obriga-se a cumprir todas as prescrições médicas e sujeitar-se a exame por médico designado pela MAPFRE.

3. O incumprimento das obrigações previstas no n.º 1 pode determinar a redução da prestação da MAPFRE ou, em caso de dolo, a perda da cobertura.

4. O incumprimento pela pessoa segura da obrigação prevista no n.º 2 do presente artigo, determina a cessação da responsabilidade da MAPFRE.

5. No caso de comprovada impossibilidade de o tomador do seguro e/ou pessoa segura cumprirem quaisquer das obrigações previstas, transfere-se tal obrigação para quem - tomador do seguro, pessoa segura ou beneficiário - a possa cumprir.

ARTIGO 42.º – OBRIGAÇÕES EM CASO DE PLURALIDADE DE SEGUROS

1. O tomador do seguro ou a(s) pessoa(s) segura(s) deve(m) informar a MAPFRE da existência ou da contratação de seguros relativos aos mesmos riscos.

2. Salvo convenção em contrário, as prestações garantidas ao abrigo deste contrato, sendo de natureza predeterminada, são cumuláveis com outras da mesma natureza ou com prestações de natureza indemnizatória, ainda que dependentes da verificação de um mesmo evento.

CAPÍTULO VII

DISPOSIÇÕES FINAIS

ARTIGO 43.º – INTERVENÇÃO DO MEDIADOR DE SEGUROS

1. Nenhum mediador de seguros se presume autorizado a, em nome da MAPFRE, celebrar ou extinguir contratos de seguro, contrair ou alterar as obrigações deles emergentes ou validar declarações adicionais, salvo o disposto nos números seguintes.
2. Pode celebrar contratos de seguro, contrair ou alterar as obrigações deles emergentes ou validar declarações adicionais, em nome da MAPFRE, o mediador de seguros ao qual a MAPFRE tenha conferido, por escrito, os necessários poderes.
3. Não obstante a carência de poderes específicos para o efeito da parte do mediador de seguros, o seguro considera-se eficaz quando existam razões ponderosas, objetivamente apreciadas, tendo em conta as circunstâncias do caso, que justifiquem a confiança do tomador do seguro de boa-fé na legitimidade do mediador, desde que a MAPFRE tenha igualmente contribuído para fundar a confiança do tomador do seguro.

ARTIGO 44.º – COMUNICAÇÕES E NOTIFICAÇÕES ENTRE AS PARTES

1. As comunicações ou notificações do tomador do seguro ou das pessoas seguras previstas nesta apólice consideram-se válidas e eficazes caso sejam efetuadas para a sede social da MAPFRE.

2. As comunicações previstas no presente contrato devem revestir forma escrita ou ser prestadas por outro meio de que fique registo duradouro.

3. A MAPFRE só está obrigada a enviar as comunicações previstas no presente contrato se o destinatário das mesmas estiver devidamente identificado no contrato ou na proposta de adesão, considerando-se validamente efetuadas se remetidas para o respetivo endereço constante da apólice ou do certificado individual.

ARTIGO 45.º – LEI APLICÁVEL, RECLAMAÇÕES E ARBITRAGEM

1. A lei aplicável a este contrato é a lei portuguesa.
2. Podem ser apresentadas reclamações no âmbito do presente contrato aos serviços da MAPFRE identificados no contrato, ao Provedor do Cliente e, bem assim, à Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões (www.asf.com.pt).
3. Nos litígios surgidos ao abrigo deste contrato pode haver recurso à arbitragem, a efetuar nos termos da lei.
4. Tratando-se de divergências de natureza clínica ou acerca do grau de invalidez, os árbitros nomeados terão que ser obrigatoriamente médicos.

ARTIGO 46.º – REGIME FISCAL

O presente contrato está sujeito ao regime fiscal português.

ARTIGO 47.º – FORO

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA APÓLICE

As coberturas constantes nas seguintes Condições Especiais só se consideram contratadas quando expressamente indicadas nas Condições Particulares da apólice.

01 – MORTE POR ACIDENTE

ARTIGO 1.º – COBERTURA

Esta cobertura garante o pagamento do capital estabelecido nas Condições Particulares, adicional ao capital garantido pela cobertura principal, em caso de morte da(s) pessoa(s) segura(s), durante a vigência desta cobertura, causada por acidente ocorrido durante essa vigência.

ARTIGO 2.º – CESSAÇÃO DA COBERTURA

Sem prejuízo das formas de cessação do contrato ou da adesão, previstas nas Condições Gerais, os efeitos desta cobertura cessam automaticamente, para cada pessoa segura, às 24 (vinte e quatro) horas do último dia da anuidade em que a pessoa segura atinja a idade atuarial estipulada nas Condições Particulares.

02 – MORTE POR ACIDENTE DE CIRCULAÇÃO

ARTIGO 1.º – COBERTURA

Esta cobertura garante o pagamento do capital estabelecido nas Condições Particulares, adicional ao capital garantido pela cobertura principal, em caso de morte da(s) pessoa(s) segura(s), durante a vigência desta cobertura, causada por acidente de circulação ocorrido durante essa vigência.

ARTIGO 2.º – CESSAÇÃO DA COBERTURA

Sem prejuízo das formas de cessação do contrato ou da adesão, previstas nas Condições Gerais, os efeitos desta cobertura cessam automaticamente, para cada pessoa segura, às 24 (vinte e quatro) horas do último dia da anuidade em que a pessoa segura atinja a idade atuarial estipulada nas Condições Particulares.

03 – INVALIDEZ DEFINITIVA PARA A PROFISSÃO

ARTIGO 1.º – COBERTURA

1. Esta cobertura garante o pagamento do capital estabelecido nas Condições Particulares, quando, durante a vigência desta cobertura, resulte para a(s) pessoa(s) segura(s) uma invalidez definitiva para a profissão ou atividade compatível, causada por doença ou acidente.
2. Para que se considere que a pessoa segura se encontra na situação de invalidez prevista no número anterior, é necessário que se verifiquem, cumulativa e simultaneamente, os seguintes requisitos:
 - a) Situação física ou mental irreversível da pessoa segura, que determine a sua incapacidade, completa e definitiva, para exercer a profissão habitual expressamente identificada na apólice ou qualquer outra atividade remunerada compatível com as suas capacidades, conhecimentos e aptidões;

- b) **Persistência da incapacidade por um período ininterrupto não inferior a 6 (seis) meses, ou não inferior a 2 (dois) anos no caso de alienação mental ou perturbação psíquica;**
 - c) **Correspondência da invalidez a um grau de desvalorização igual ou superior ao estabelecido nas Condições Particulares, determinado de acordo com a Tabela Nacional de Incapacidade por Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais em vigor na data da respetiva avaliação, excluindo a aplicação de quaisquer fatores de bonificação previstos na referida tabela e não considerando no cálculo quaisquer incapacidades ou patologias preexistentes;**
 - d) **A invalidez deve ser previamente reconhecida pela instituição de Segurança Social pela qual a pessoa segura se encontra abrangida, pelo Tribunal de Trabalho ou por Junta Médica;**
 - e) **A doença ou acidente que causou a invalidez deve ter ocorrido durante a vigência desta cobertura.**
3. A invalidez deve ser constatada e reconhecida por médico da MAPFRE, com base em sinais médicos objetivos. Em caso de divergência, o reconhecimento pode ser feito mediante recurso a uma Junta Médica funcionando como tribunal arbitral nos termos do disposto no artigo 45.º das Condições Gerais ou por tribunal judicial, prevalecendo este reconhecimento sobre quaisquer pareceres ou decisões da Segurança Social, Caixa Geral de Aposentações ou qualquer outro regime facultativo ou obrigatório que o substitua ou complementa.

- 4. **Se a invalidez for agravada ou resultar de defeito físico ou patologia de que a pessoa segura já era portadora à data da contratação desta cobertura, a responsabilidade da MAPFRE não excederá a que teria se a pessoa segura não fosse portadora do(a) mesmo(a).**
- 5. **O grau de desvalorização correspondente a defeito físico ou patologia de que a pessoa segura já era portadora à data da contratação desta cobertura não concorre para a determinação do grau de desvalorização atribuído ao abrigo desta cobertura.**
- 6. **Para o funcionamento desta cobertura não é considerada a concessão de reforma por invalidez ou a classificação de Grande Invalído atribuídas pela Segurança Social ou por qualquer outro regime facultativo ou obrigatório que a substitua ou complementa.**

ARTIGO 2.º – CESSAÇÃO DA COBERTURA

- 1. **Sem prejuízo das formas de cessação do contrato ou da adesão, previstas nas Condições Gerais, os efeitos desta cobertura cessam automaticamente, para cada pessoa segura, na primeira das seguintes datas:**
 - a) **Às 24 (vinte e quatro) horas do último dia da anuidade em que a pessoa segura atinja a idade atuarial estipulada nas Condições Particulares;**
 - b) **Na data em que a pessoa segura começa a receber uma pensão de velhice, pré-reforma ou reforma antecipada.**

2. Para efeito do disposto na alínea b) do número 1 do presente artigo, o tomador do seguro ou a pessoa segura obriga-se a comunicar tal facto à MAPFRE no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a sua ocorrência.

ARTIGO 3.º – CESSAÇÃO DA ADESÃO

Sem prejuízo das formas de cessação do contrato ou da adesão, previstas nas Condições Gerais, o pagamento do capital por sinistro ao abrigo desta cobertura determina a cessação da adesão da pessoa segura sinistrada.

04 – INVALIDEZ DEFINITIVA PARA A PROFISSÃO POR ACIDENTE

ARTIGO 1.º – COBERTURA

1. Esta cobertura garante o pagamento do capital estabelecido nas Condições Particulares, quando, durante a vigência desta cobertura, resulte para a(s) pessoa(s) segura(s) uma invalidez definitiva para a profissão ou atividade compatível, causada por acidente.
2. Para que se considere que a pessoa segura se encontra na situação de invalidez prevista no número anterior, é necessário que se verifiquem, cumulativa e simultaneamente, os seguintes requisitos:
 - a) Situação física ou mental irreversível da pessoa segura, que determine a sua incapacidade completa e definitiva para exercer a profissão habitual, expressamente identificada na apólice, ou qualquer outra atividade remunerada compatível com as suas capacidades, conhecimentos e aptidões;

- b) Persistência da incapacidade por um período ininterrupto não inferior a 6 (seis) meses, ou não inferior a 2 (dois) anos no caso de alienação mental ou perturbação psíquica;
 - c) Correspondência da invalidez a um grau de desvalorização igual ou superior ao estabelecido nas Condições Particulares, determinado de acordo com a Tabela Nacional de Incapacidade por Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais em vigor na data da respetiva avaliação, excluindo a aplicação de quaisquer fatores de bonificação previstos na referida tabela e não considerando no cálculo quaisquer incapacidades ou patologias preexistentes;
 - d) A invalidez deve ser previamente reconhecida pela instituição de Segurança Social pela qual a pessoa segura se encontra abrangida, pelo Tribunal de Trabalho ou por Junta Médica;
 - e) O acidente que causou a invalidez deve ter ocorrido durante a vigência desta cobertura.
3. A invalidez deve ser constatada e reconhecida por médico da MAPFRE, com base em sinais médicos objetivos. Em caso de divergência, reconhecimento pode ser feito mediante recurso a uma Junta Médica funcionando como tribunal arbitral nos termos do disposto no artigo 45.º das Condições Gerais ou por tribunal judicial, prevalecendo este reconhecimento sobre quaisquer pareceres ou decisões da Segurança Social, Caixa Geral de Aposentações ou qualquer outro regime facultativo ou obrigatório que o substitua ou complementa.

4. Se a invalidez for agravada ou resultar de defeito físico ou patologia de que a pessoa segura já era portadora à data da contratação desta cobertura, a responsabilidade da MAPFRE não excederá a que teria se a pessoa segura não fosse portadora do(a) mesmo(a).
5. O grau de desvalorização correspondente a defeito físico ou patologia de que a pessoa segura já era portadora à data da contratação desta cobertura, não concorre para a determinação do grau de desvalorização atribuído ao abrigo desta cobertura.
6. Para o funcionamento desta cobertura não é considerada a concessão de reforma por invalidez ou a classificação de Grande Inválido, atribuídas pela Segurança Social ou por qualquer outro regime facultativo ou obrigatório que a substitua ou complemente.

ARTIGO 2.º – CESSAÇÃO DA COBERTURA

1. Sem prejuízo das formas de cessação do contrato ou da adesão, previstas nas Condições Gerais, os efeitos desta cobertura cessam automaticamente, para cada pessoa segura, na primeira das seguintes datas:
 - a) Às 24 (vinte e quatro) horas do último dia da anuidade em que a pessoa segura atinja a idade atuarial estipulada nas Condições Particulares;

- b) Na data em que a pessoa segura comece a receber uma pensão de velhice, pré-reforma ou reforma antecipada.
2. Para efeito do disposto na alínea b) do número 1 do presente artigo, o tomador do seguro ou a pessoa segura obriga-se a comunicar tal facto à MAPFRE no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a sua ocorrência.

ARTIGO 3.º – CESSAÇÃO DA ADESÃO

Sem prejuízo das formas de cessação do contrato ou da adesão, previstas nas Condições Gerais, o pagamento do capital por sinistro ao abrigo desta cobertura determina a cessação da adesão da pessoa segura sinistrada.

05 – INVALIDEZ DEFINITIVA PARA A PROFISSÃO POR ACIDENTE DE CIRCULAÇÃO

ARTIGO 1.º – COBERTURA

1. Esta cobertura garante o pagamento do capital estabelecido nas Condições Particulares, quando, durante a vigência desta cobertura, resulte para a(s) pessoa(s) segura(s) uma invalidez definitiva para a sua profissão ou atividade compatível, causada por acidente de circulação.
2. Para que se considere que a pessoa segura se encontra na situação de invalidez prevista no número anterior, é necessário que se verifiquem, cumulativa e simultaneamente, os seguintes requisitos:

- a) **Situação física ou mental irreversível da pessoa segura, que determine a sua incapacidade completa e definitiva para exercer a profissão habitual, expressamente identificada na apólice, ou qualquer outra atividade remunerada compatível com as suas capacidades, conhecimentos e aptidões;**
 - b) **Persistência da incapacidade por um período ininterrupto não inferior a 6 (seis) meses, ou não inferior a 2 (dois) anos no caso de alienação mental ou perturbação psíquica;**
 - c) **Correspondência da invalidez a um grau de desvalorização igual ou superior ao estabelecido nas Condições Particulares, determinado de acordo com a Tabela Nacional de Incapacidade por Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais em vigor na data da respetiva avaliação, excluindo a aplicação de quaisquer fatores de bonificação previstos na referida tabela e não considerando no cálculo quaisquer incapacidades ou patologias preexistentes;**
 - d) **A invalidez deve ser previamente reconhecida pela instituição de Segurança Social pela qual a pessoa segura se encontra abrangida, pelo Tribunal de Trabalho ou por Junta Médica;**
 - e) **O acidente de circulação que causou a invalidez deve ter ocorrido durante a vigência desta cobertura.**
3. A invalidez deve ser constatada e reconhecida por médico da MAPFRE, com base em sinais médicos objetivos. Em caso de divergência, o reconhecimento pode ser feito mediante recurso

a uma Junta Médica funcionando como tribunal arbitral nos termos do disposto no artigo 45.º das Condições Gerais ou por tribunal judicial, prevalecendo este reconhecimento sobre quaisquer pareceres ou decisões da Segurança Social, Caixa Geral de Aposentações ou qualquer outro regime facultativo ou obrigatório que o substitua ou complemente.

4. **Se a invalidez for agravada ou resultar de defeito físico ou patologia de que a pessoa segura já era portadora à data da contratação desta cobertura, a responsabilidade da MAPFRE não excederá a que teria se a pessoa segura não fosse portadora do(a) mesmo(a).**
5. **O grau de desvalorização correspondente a defeito físico ou patologia de que a pessoa segura já era portadora à data da contratação desta cobertura, não concorre para a determinação do grau de desvalorização atribuído ao abrigo desta cobertura.**
6. **Para o funcionamento desta cobertura não é considerada a concessão de reforma por invalidez ou a classificação de Grande Inválido atribuídas pela Segurança Social ou por qualquer outro regime facultativo ou obrigatório que a substitua ou complemente.**

ARTIGO 2.º – CESSAÇÃO DA COBERTURA

1. **Sem prejuízo das formas de cessação do contrato ou da adesão, previstas nas Condições Gerais, os efeitos desta cobertura cessam automaticamente, para cada pessoa segura, na primeira das seguintes datas:**

- a) Às 24 (vinte e quatro) horas do último dia da anuidade em que a pessoa segura atinja a idade atuarial estipulada nas Condições Particulares;
- b) Na data em que a pessoa segura comece a receber uma pensão de velhice, pré-reforma ou reforma antecipada.

2. Para efeito do disposto na alínea b) do número 1 do presente artigo, o tomador do seguro ou a pessoa segura obriga-se a comunicar tal facto à MAPFRE no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a sua ocorrência.

ARTIGO 3.º – CESSAÇÃO DA ADESÃO

Sem prejuízo das formas de cessação do contrato ou da adesão, previstas nas Condições Gerais, o pagamento do capital por sinistro ao abrigo desta cobertura determina a cessação da adesão da pessoa segura sinistrada.

06 – INVALIDEZ DEFINITIVA PARA QUALQUER PROFISSÃO

ARTIGO 1.º – COBERTURA

- 1. Esta cobertura garante o pagamento do capital estabelecido nas Condições Particulares, quando, durante a vigência desta cobertura, resulte para a(s) pessoa(s) segura(s) uma invalidez definitiva para qualquer profissão, causada por doença ou acidente.
- 2. Para que se considere que a pessoa segura se encontra na situação de invalidez prevista no número anterior, é necessário que se verifiquem, cumulativa e simultaneamente, os seguintes requisitos:

- a) Situação física ou mental irreversível da pessoa segura, que determine a sua incapacidade completa e definitiva para a manutenção de qualquer relação laboral ou atividade profissional remunerada;
- b) A incapacidade deve ser resultante de uma das seguintes lesões:
 - i. Paralisia permanente de todo o corpo ou metade do corpo;
 - ii. Perda anatómica ou funcional dos dois membros superiores ou inferiores ou de um superior e outro inferior ou das duas mãos completas ou dos dois pés completos;
 - iii. Alienação mental absoluta e incurável ou doenças crónicas que provoquem um estado geral de fraqueza do organismo (caquexia) em consequência do qual a pessoa segura fique definitivamente afetada por imobilidade.
- c) Correspondência da invalidez a um grau de desvalorização igual ou superior ao estabelecido nas Condições Particulares, determinado de acordo com a Tabela Nacional de Incapacidade por Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais em vigor na data da respetiva avaliação, excluindo a aplicação de quaisquer fatores de bonificação previstos na referida tabela e não considerando no cálculo quaisquer incapacidades ou patologias preexistentes;

- d) A invalidez deve ser previamente reconhecida pela instituição de Segurança Social pela qual a pessoa segura se encontra abrangida, pelo Tribunal de Trabalho ou por Junta Médica;
 - e) A doença ou acidente que causou a invalidez deve ter ocorrido durante a vigência desta cobertura.
3. A invalidez deve ser constatada e reconhecida por médico da MAPFRE, com base em sinais médicos objetivos. Em caso de divergência, o reconhecimento pode ser feito mediante recurso a uma Junta Médica a funcionar como tribunal arbitral nos termos do disposto no artigo 45.º das Condições Gerais ou por tribunal judicial, prevalecendo este reconhecimento sobre quaisquer pareceres ou decisões da Segurança Social, Caixa Geral de Aposentações ou qualquer outro regime facultativo ou obrigatório que o substitua ou complemente.
4. Se a invalidez for agravada ou resultar de defeito físico ou patologia de que a pessoa segura já era portadora à data da contratação desta cobertura, a responsabilidade da MAPFRE não excederá a que teria se a pessoa segura não fosse portadora do(a) mesmo(a).
5. O grau de desvalorização correspondente a defeito físico ou patologia de que a pessoa segura já era portadora à data da contratação desta cobertura, não concorre para a determinação do grau de desvalorização atribuído ao abrigo desta cobertura.

6. Para o funcionamento desta cobertura não é considerada a concessão de reforma por invalidez ou a classificação de Grande Inválido atribuídas pela Segurança Social ou por qualquer outro regime facultativo ou obrigatório que a substitua ou complemente.

ARTIGO 2.º – CESSAÇÃO DA COBERTURA

1. Sem prejuízo das formas de cessação do contrato ou da adesão, previstas nas Condições Gerais, os efeitos desta cobertura cessam automaticamente, para cada pessoa segura, na primeira das seguintes datas:
- a) Às 24 (vinte e quatro) horas do último dia da anuidade em que a pessoa segura atinja a idade atuarial estipulada nas Condições Particulares;
 - b) Na data em que a pessoa segura comece a receber pensão de velhice, pré-reforma ou reforma antecipada.
2. Para efeito do disposto na alínea b) do número 1 do presente artigo, o tomador do seguro ou a pessoa segura obriga-se a comunicar tal facto à MAPFRE no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a sua ocorrência.

ARTIGO 3.º – CESSAÇÃO DA ADESÃO

Sem prejuízo das formas de cessação do contrato ou da adesão, previstas nas Condições Gerais, o pagamento do capital por sinistro ao abrigo desta cobertura determina a cessação da adesão da pessoa segura sinistrada.

07 – INVALIDEZ DEFINITIVA PARA QUALQUER PROFISSÃO POR ACIDENTE

ARTIGO 1.º – COBERTURA

1. Esta cobertura garante o pagamento do capital estabelecido nas Condições Particulares, quando, durante a vigência desta cobertura, resulte para a(s) pessoa(s) segura(s) uma invalidez definitiva para qualquer profissão, causada por acidente.
2. Para que se considere que a pessoa segura se encontra na situação de invalidez prevista no número anterior, é necessário que se verifiquem, cumulativa e simultaneamente, os seguintes requisitos:
 - a) Situação física ou mental irreversível da pessoa segura, que determine a sua incapacidade completa e definitiva para a manutenção de qualquer relação laboral ou atividade profissional remunerada;
 - b) A incapacidade deve ser resultante de uma das seguintes lesões:
 - i. Paralisia permanente de todo o corpo ou metade do corpo;
 - ii. Perda anatómica ou funcional dos dois membros superiores ou inferiores ou de um superior e outro inferior ou das duas mãos completas ou dos dois pés completos;

iii. Alienação mental absoluta e incurável ou doenças crônicas que provoquem um estado geral de fraqueza do organismo (caquexia) em consequência do qual a pessoa segura fique definitivamente afetada por imobilidade.

- c) **Correspondência da invalidez a um grau de desvalorização igual ou superior ao estabelecido nas Condições Particulares, determinado de acordo com a Tabela Nacional de Incapacidade por Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais em vigor na data da respetiva avaliação, excluindo a aplicação de quaisquer fatores de bonificação previstos na referida tabela e não considerando no cálculo quaisquer incapacidades ou patologias preexistentes;**
- d) **A invalidez deve ser previamente reconhecida pela instituição de Segurança Social pela qual a pessoa segura se encontra abrangida, pelo Tribunal de Trabalho ou por Junta Médica;**
- e) **O acidente que causou a invalidez deve ter ocorrido durante a vigência desta cobertura.**

3. A invalidez deve ser constatada e reconhecida por médico da MAPFRE, com base em sinais médicos objetivos. Em caso de divergência, o reconhecimento pode ser feito mediante recurso a uma Junta Médica a funcionar como tribunal arbitral nos termos do disposto no artigo 45.º das Condições Gerais ou por tribunal judicial, prevalecendo este reconhecimento sobre quaisquer pareceres ou decisões da Segurança Social, Caixa Geral de Aposentações ou qualquer outro regime facultativo ou obrigatório que o substitua ou complementa.

4. Se a invalidez for agravada ou resultar de defeito físico ou patologia de que a pessoa segura já era portadora à data da contratação desta cobertura, a responsabilidade da MAPFRE não excederá a que teria se a pessoa segura não fosse portadora do(a) mesmo(a).
5. O grau de desvalorização correspondente a defeito físico ou patologia de que a pessoa segura já era portadora à data da contratação desta cobertura, não concorre para a determinação do grau de desvalorização atribuído ao abrigo desta cobertura.
6. Para o funcionamento desta cobertura não é considerada a concessão de reforma por invalidez ou a classificação de Grande Inválido atribuídas pela Segurança Social ou por qualquer outro regime facultativo ou obrigatório que a substitua ou complemente.

ARTIGO 2.º – CESSAÇÃO DA COBERTURA

1. Sem prejuízo das formas de cessação do contrato ou da adesão, previstas nas Condições Gerais, os efeitos desta cobertura cessam automaticamente, para cada pessoa segura, na primeira das seguintes datas:
 - a) Às 24 (vinte e quatro) horas do último dia da anuidade em que a pessoa segura atinja a idade atuarial estipulada nas Condições Particulares;

- b) Na data em que a pessoa segura comece a receber pensão de velhice, pré-reforma ou reforma antecipada.

2. Para efeito do disposto na alínea b) do número 1 do presente artigo, o tomador do seguro ou a pessoa segura obriga-se a comunicar tal facto à MAPFRE no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a sua ocorrência.

ARTIGO 3.º – CESSAÇÃO DA ADESÃO

Sem prejuízo das formas de cessação do contrato ou da adesão, previstas nas Condições Gerais, o pagamento do capital por sinistro ao abrigo desta cobertura determina a cessação da adesão da pessoa segura sinistrada.

08 – INVALIDEZ ABSOLUTA E DEFINITIVA

ARTIGO 1.º – COBERTURA

1. Esta cobertura garante o pagamento do capital estabelecido nas Condições Particulares, quando, durante a vigência desta cobertura, resulte para a(s) pessoa(s) segura(s) uma invalidez absoluta e definitiva, causada por doença ou acidente.
2. Para que se considere que a pessoa segura se encontra na situação de invalidez prevista no número anterior, é necessário que se verifiquem, cumulativa e simultaneamente, os seguintes requisitos:

- a) **Situação física ou mental permanente e irreversível da pessoa segura, que determine a sua necessidade indispensável de apoio permanente de uma terceira pessoa para efetuar os seguintes atos essenciais da sua vida corrente:**
- i. **Alimentar-se, tomando refeições à mesa;**
 - ii. **Vestir-se e despir-se, considerando o vestuário normalmente usado;**
 - iii. **Praticar os atos essenciais para a manutenção de uma higiene pessoal considerada normalmente correta;**
 - iv. **Deslocar-se na sua residência habitual.**
- a) **Correspondência da invalidez a um grau de desvalorização igual ou superior ao estabelecido nas Condições Particulares, determinado de acordo com a Tabela Nacional de Incapacidade por Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais em vigor na data da respetiva avaliação, excluindo a aplicação de quaisquer fatores de bonificação previstos na referida tabela e não considerando no cálculo quaisquer incapacidades ou patologias preexistentes;**
- b) **A invalidez ser previamente reconhecida pela instituição de Segurança Social pela qual a pessoa segura se encontra abrangida, pelo Tribunal de Trabalho ou por Junta Médica;**
- c) **O acidente que causou a invalidez deve ter ocorrido durante a vigência desta cobertura.**
3. **A invalidez deve ser constatada e reconhecida por médico da MAPFRE, com base em sinais médicos objetivos. Em caso de divergência, o reconhecimento pode ser feito mediante recurso a uma Junta Médica a funcionar como tribunal arbitral nos termos do disposto no artigo 45.º das Condições Gerais ou por tribunal judicial, prevalecendo este reconhecimento sobre quaisquer pareceres ou decisões da Segurança Social, Caixa Geral de Aposentações ou qualquer outro regime facultativo ou obrigatório que o substitua ou complemente.**
4. **Se a invalidez for agravada ou resultar de defeito físico ou patologia de que a pessoa segura já era portadora à data da contratação desta cobertura, a responsabilidade da MAPFRE não excederá a que teria se a pessoa segura não fosse portadora do(a) mesmo(a).**
5. **O grau de desvalorização correspondente a defeito físico ou patologia de que a pessoa segura já era portadora à data da contratação desta cobertura, não concorre para a determinação do grau de desvalorização atribuído ao abrigo desta cobertura.**
6. **Para o funcionamento desta cobertura não é considerada a concessão de reforma por invalidez ou a classificação de Grande Inválido atribuídas pela Segurança Social ou por qualquer outro regime facultativo ou obrigatório que a substitua ou complemente.**

ARTIGO 2.º – CESSAÇÃO DA COBERTURA

Sem prejuízo das formas de cessação do contrato ou da adesão, previstas nas Condições Gerais, os efeitos desta cobertura cessam automaticamente, para cada pessoa segura, às 24 (vinte e quatro) horas do último dia da anuidade em que a pessoa segura atinja a idade atuarial estipulada nas Condições Particulares.

ARTIGO 3.º – CESSAÇÃO DA ADESÃO

Sem prejuízo das formas de cessação do contrato ou da adesão, previstas nas Condições Gerais, o pagamento do capital por sinistro ao abrigo desta cobertura determina a cessação da adesão da pessoa segura sinistrada.

09 – INVALIDEZ ABSOLUTA E DEFINITIVA POR ACIDENTE

ARTIGO 1.º – COBERTURA

1. Esta cobertura garante o pagamento do capital estabelecido nas Condições Particulares, quando, durante a vigência desta cobertura, resulte para a(s) pessoa(s) segura(s) uma invalidez absoluta e definitiva, causada por acidente.
2. Para que se considere que a pessoa segura se encontra na situação de invalidez prevista no número anterior, é necessário que se verifiquem, cumulativa e simultaneamente, os seguintes requisitos:

- a) Situação física ou mental permanente e irreversível da pessoa segura, que determine a sua necessidade indispensável de apoio permanente de uma terceira pessoa para efetuar os seguintes atos essenciais da vida corrente:
 - i. Alimentar-se, tomando refeições à mesa;
 - ii. Vestir-se e despir-se, considerando o vestuário normalmente usado;
 - iii. Praticar os atos essenciais para a manutenção de uma higiene pessoal considerada normalmente correta;
 - iv. Deslocar-se na sua residência habitual.
- b) Correspondência da invalidez a um grau de desvalorização igual ou superior ao estabelecido nas Condições Particulares, determinado de acordo com a Tabela Nacional de Incapacidade por Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais em vigor na data da respetiva avaliação, excluindo a aplicação de quaisquer fatores de bonificação previstos na referida tabela e não considerando no cálculo quaisquer incapacidades ou patologias preexistentes;
- c) A invalidez ser previamente reconhecida pela instituição de Segurança Social pela qual a pessoa segura se encontra abrangida, pelo Tribunal de Trabalho ou por Junta Médica;
- d) O acidente que causou a invalidez deve ter ocorrido durante a vigência desta cobertura.

3. A invalidez deve ser constatada e reconhecida por médico da MAPFRE, com base em sinais médicos objetivos. Em caso de divergência, o reconhecimento pode ser feito mediante recurso a uma Junta Médica a funcionar como tribunal arbitral nos termos do disposto no artigo 45.º das Condições Gerais ou por tribunal judicial, prevalecendo este reconhecimento sobre quaisquer pareceres ou decisões da Segurança Social, Caixa Geral de Aposentações ou qualquer outro regime facultativo ou obrigatório que o substitua ou complemente.
4. Se a invalidez for agravada ou resultar de defeito físico ou patologia de que a pessoa segura já era portadora à data da contratação desta cobertura, a responsabilidade da MAPFRE não excederá a que teria se a pessoa segura não fosse portadora do(a) mesmo(a).
5. O grau de desvalorização correspondente a defeito físico ou patologia de que a pessoa segura já era portadora à data da contratação desta cobertura, não concorre para a determinação do grau de desvalorização atribuído ao abrigo desta cobertura.
6. Para o funcionamento desta cobertura não é considerada a concessão de reforma por invalidez ou a classificação de Grande Inválido atribuídas pela Segurança Social ou por qualquer outro regime facultativo ou obrigatório que a substitua ou complemente.

ARTIGO 2.º – CESSAÇÃO DA COBERTURA

Sem prejuízo das formas de cessação do contrato ou da adesão, previstas nas Condições Gerais, os efeitos desta cobertura cessam automaticamente, para cada pessoa segura, às 24 (vinte e quatro) horas do último dia da anuidade em que a pessoa segura atinja a idade atuarial estipulada nas Condições Particulares.

ARTIGO 3.º – CESSAÇÃO DA ADESÃO

Sem prejuízo das formas de cessação do contrato ou da adesão, previstas nas Condições Gerais, o pagamento do capital por sinistro ao abrigo desta cobertura determina a cessação da adesão da pessoa segura sinistrada.

10 – DOENÇAS GRAVES E TRANSPLANTES

ARTIGO 1.º – COBERTURA

1. Esta cobertura garante o pagamento do capital estabelecido nas Condições Particulares, quando, durante a vigência desta cobertura, seja diagnosticada à(s) pessoa(s) segura(s) alguma das doenças graves previstas no artigo 2.º desta Condição Especial ou necessite(m) do transplante de algum dos órgãos previstos no artigo 8.º desta Condição Especial.
2. A MAPFRE apenas pagará o capital em caso de doença grave, quando a pessoa segura sobreviva um período de tempo de 90 (noventa) dias no caso de acidente vascular cerebral e de 3 (trinta) dias nas restantes doenças graves.

- 3. O pagamento do capital garantido será efetuado por uma única vez relativamente a cada pessoa segura, ainda que, na mesma data ou em datas distintas, sejam diagnosticadas a essa pessoa segura, mais do que uma doença grave e/ou necessidade de transplante.**

ARTIGO 2.º – DOENÇAS GRAVES

Ao abrigo desta cobertura consideram-se garantidas as seguintes doenças, conforme definição constante nos artigos seguintes:

- a) Cancro ou neoplasia maligna;
- b) Enfarte do miocárdio;
- c) Acidente vascular cerebral;
- d) Doença coronária que exija cirurgia;
- e) Insuficiência renal crónica.

ARTIGO 3.º – CANCRO OU NEOPLASIA MALIGNA

1. É o cancro que não tenha sido diagnosticado nem tenha sido alvo de qualquer tratamento anterior à contratação da apólice e ao período de carência estabelecido.
2. Entende-se por cancro, a doença que se manifesta pela presença de um tumor maligno, caracterizado por alterações

celulares morfológicas e cromossomáticas, crescimento e expansão descontrolada e invasão e destruição direta de tecidos ou metástase ou, ainda, a existência de um grande número de células malignas nos sistemas linfáticos ou circulatórios.

Incluem-se nesta definição os diversos tipos de leucemia, **(excluindo a leucemia linfática crónica)**, os linfomas e a doença de Hodgkin.

3. Não se consideram garantidos os seguintes tipos de cancro:

- a) Tumores que se apresentem com as alterações características de um carcinoma *in situ* (incluindo a displasia do colo CIN-1, CIN-2 e CIN-3) ou aqueles considerados pela histologia como pré-malignos;
- b) Melanomas com espessura menor que 1,5 mm, determinado pelo exame histológico ou quando a invasão seja menor que o grau 3 de Clark;
- c) Todas as hiperqueratoses ou os carcinomas baso celulares da pele;
- d) Todos os carcinomas de pele, pavimento-celulares, exceto quando se trate de disseminação de outros órgãos;

e) Sarcoma de Kaposi e outros tumores relacionados com Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA) ou vírus da imunodeficiência humana (HIV);

f) Cancros da próstata que pela histologia pertençam ao grau T1 do sistema TNM, desenvolvido pela União Internacional contra o Cancro (incluindo T1 (a) ou T1 (b) ou de qualquer outra classificação equivalente ou menor.

4. O diagnóstico deverá ser efetuado por um médico oncologista, baseado na história clínica da pessoa segura e confirmado por um diagnóstico histopatológico de biopsia que confirme a presença de cancro.

ARTIGO 4.º – ENFARTE DO MIOCÁRDIO

1. É a doença que consiste na oclusão, permanente ou transitória, de uma porção do tronco principal ou de uma ramificação importante das artérias coronárias que transportam sangue ao músculo cardíaco, onde, devido à falta da nutrição na zona, produz uma necrose, originando incapacidade funcional irreversível.

2. O diagnóstico deve ser inequívoco e assente em:

a) Hospitalização da pessoa segura, cujo registo indique um enfarte de miocárdio ocorrido num prazo de 24 (vinte e quatro) horas antes da referida hospitalização;

b) Uma história típica de precordialgia, indicativa de uma doença cardíaca isquémica;

c) Alterações novas e relevantes no eletrocardiograma ECG, ou aumento das enzimas cardíacas acima dos normais valores de laboratório.

ARTIGO 5.º – ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

1. Consiste na suspensão brusca e violenta das funções cerebrais fundamentais, que provoque sequelas neurológicas permanentes que determinem, por si só, uma incapacidade funcional igual ou superior a 25% de acordo com a Tabela Nacional de Incapacidades por Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais, sem aplicação dos fatores corretivos nela estabelecidos para o cálculo das desvalorizações finais em função da possibilidade de reconversão para o posto de trabalho ou profissão. Inclui o enfarte de tecido cerebral, a hemorragia intracraniana ou subaracnoídea e a embolia de uma fonte extracraniana.

2. A evidência do dano neurológico permanente deverá ser confirmada por um neurologista no mínimo 6 (seis) semanas após o sucedido. Não são aceites reclamações antes de decorrido este período de tempo.

3. Ficam excluídos os sintomas cerebrais de enxaqueca, lesão cerebral causada por um traumatismo ou hipoxia e doença vascular que afete o olho ou o nervo ótico e as alterações isquémicas do sistema vestibular.

ARTIGO 6.º – DOENÇA CORONÁRIA QUE EXIJA CIRURGIA

1. Considera-se abrangida por esta cobertura a cirurgia em duas ou mais artérias coronárias com a finalidade de corrigir o seu estreitamento ou bloqueio, através de uma revascularização de bypass, realizada quando existam sintomas de angina incapacitante.
2. **Exclui-se desta garantia a angioplastia com balão, stents, laser ou outras técnicas invasivas que não requerem cirurgia.**

ARTIGO 7.º – INSUFICIÊNCIA RENAL CRÓNICA

É a doença que se apresenta, no seu estado terminal, como um estado crónico e irreversível de funcionamento de ambos os rins e que, como consequência da mesma, se torna necessária a diálise renal sistemática ou o transplante renal.

ARTIGO 8.º – TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS

1. **Considera-se coberto o transplante dos seguintes órgãos:**
 - a) Pâncreas;
 - b) Coração;
 - c) Pulmão;
 - d) Fígado;
 - e) Medula óssea.

2. **Para que esta garantia seja efetiva será necessária a aprovação de conformidade prévia de uma comissão médica formada por 3 (três) médicos designados pela MAPFRE e cuja função específica será a de constatar, sem custos para a pessoa segura, a necessidade de efetuar o transplante, devendo esta facultar à MAPFRE a imprescindível autorização para que esta possa solicitar junto de terceiros, hospitais, médico e similares toda a informação que a Comissão Médica julgue necessária para se pronunciar.**
3. **A pessoa segura fica obrigada a submeter-se a qualquer exame médico ou revisão que a referida Comissão Médica julgue necessário para produzir a sua informação.**
4. **Será ainda da responsabilidade da Comissão Médica estabelecer a efetividade e razoabilidade dos gastos, cujo reembolso seja solicitado.**

ARTIGO 9.º – EXCLUSÕES

1. **Para além das exclusões constantes no artigo 5.º das Condições Gerais e noutros pontos desta Condição Especial, não se consideram garantidas(os) as doenças ou transplantes que tenham como causa imediata ou mediata:**
 - a) **Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA) ou vírus da imunodeficiência humana (HIV) e respetivas doenças secundárias ou relacionadas;**

- b) Doenças congénitas;
- c) Estado de alienação mental;
- d) Cicatriz de enfarte, evidenciada através do eletrocardiograma;
- e) Cirurgia de desobstrução coronária por cateterismo;
- f) Acidentes isquémicos transitórios (ait) e outros de maior duração mas com recuperação completa sem sequelas num prazo máximo de 15 (quinze) dias.

2. Consideram-se sempre excluídas quaisquer consequências, complicações ou sequelas de uma doença preexistente ou de alguma outra já reclamada e já anteriormente paga, independentemente do tempo passado desde o primeiro diagnóstico.

ARTIGO 10.º – PERÍODO DE CARÊNCIA

1. Esta cobertura está sujeita ao período de carência estabelecido nas Condições Particulares, contado desde a data de adesão/contratação da cobertura.
2. Em consequência do disposto no número anterior, não estão garantidas as doenças ou transplantes que resultem de sintomas verificados durante o período de carência, ainda que diagnosticadas ou realizados posteriormente.

ARTIGO 11.º – CESSAÇÃO DA COBERTURA

Sem prejuízo das formas de cessação do contrato ou da adesão, previstas nas Condições Gerais, os efeitos desta cobertura cessam automaticamente, para cada pessoa segura, às 24 (vinte e quatro) horas do último dia da anuidade em que a pessoa segura atinja a idade atuarial estipulada nas Condições Particulares.

ARTIGO 12.º – CESSAÇÃO DA ADESÃO

Sem prejuízo das formas de cessação do contrato ou da adesão, previstas nas Condições Gerais, o pagamento do capital por sinistro ao abrigo desta cobertura pode determinar a cessação da adesão da pessoa segura sinistrada, consoante estipulado nas Condições Particulares da apólice.

11 – DOENÇAS GRAVES – ESPECIAL

ARTIGO 1.º – COBERTURA

1. Esta cobertura garante a antecipação do capital garantido pela cobertura principal de Morte, na sua totalidade ou em parte, conforme estabelecido nas Condições Particulares, quando, durante a vigência desta cobertura, seja diagnosticada à(s) pessoa(s) segura(s) alguma das doenças graves definidas nas Condições Particulares da apólice.
2. O pagamento do capital garantido por esta cobertura, será efetuado por uma única vez relativamente a cada pessoa segura, ainda que, na mesma data ou em datas distintas, sejam diagnosticadas a essa pessoa segura, mais do que uma das doenças graves garantidas.

ARTIGO 2.º - EXCLUSÕES

1. Para além das exclusões constantes no artigo 5.º das Condições Gerais, não se consideram garantidas as doenças secundárias ou tumores associados ao Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA) ou vírus da imunodeficiência humana (HIV).
2. Consideram-se sempre excluídas quaisquer consequências, complicações ou sequelas de uma doença preexistente ou de alguma outra já reclamada e já anteriormente paga, independentemente do tempo passado desde o primeiro diagnóstico.

ARTIGO 3.º - PERÍODO DE CARÊNCIA

1. Esta cobertura está sujeita ao período de carência estabelecido nas Condições Particulares, contado desde a data de adesão/contratação da cobertura.
2. Em consequência do disposto no número anterior, não estão garantidas as doenças que resultem de sintomas verificados durante o período de carência, ainda que diagnosticadas posteriormente.

ARTIGO 4.º - CESSAÇÃO DA COBERTURA

Sem prejuízo das formas de cessação do contrato ou da adesão, previstas nas Condições Gerais, os efeitos desta cobertura cessam automaticamente, para cada pessoa segura:

- a) Com o pagamento do capital ao abrigo desta cobertura;
- b) Às 24 (vinte e quatro) horas do último dia da anuidade em que a pessoa segura atinja a idade atuarial estipulada nas Condições Particulares.

ARTIGO 5.º - CESSAÇÃO DA ADESÃO OU REDUÇÃO DO CAPITAL

1. Quando, de acordo com o estipulado nas Condições Particulares, a presente cobertura garantir a antecipação da totalidade do capital da cobertura principal de Morte, o pagamento do capital ao abrigo da presente cobertura determina a cessação da adesão da pessoa segura sinistrada.
2. Quando, de acordo com o estipulado nas Condições Particulares, a presente cobertura garantir a antecipação de parte do capital da cobertura principal de Morte, o pagamento do capital ao abrigo da presente cobertura não determina a cessação da adesão da pessoa segura sinistrada, continuando a mesma em vigor sem a presente cobertura, reduzindo-se automaticamente, relativamente à referida pessoa segura, o capital da cobertura principal de morte e das coberturas complementares, na proporção do capital pago ao abrigo da presente cobertura.

12 – 6 DOENÇAS GRAVES

ARTIGO 1.º – COBERTURA

1. Esta cobertura garante a antecipação do capital garantido pela cobertura principal de morte, até ao valor estabelecido nas Condições Particulares, quando, durante a vigência desta cobertura, seja diagnosticada à pessoa segura alguma das seguintes doenças graves:

- Cancro colorretal;
- Cancro do pulmão;
- Cancro invasivo da mama;
- Cancro do útero;
- Cancro da próstata;
- Enfarte do miocárdio.

2. O pagamento do capital garantido por esta cobertura será efetuado por uma única vez, ainda que, na mesma data ou em datas distintas, sejam diagnosticadas à pessoa segura, mais do que uma das doenças graves garantidas.

ARTIGO 2.º – ÂMBITO DA GARANTIA

1. **Cancro Colorretal** é um tumor maligno, originado no cólon, no reto ou no apêndice, caracterizado pelo crescimento e expansão descontrolados de células malignas e invasão de tecidos circundantes. **O diagnóstico deve ser inequívoco, confirmado por médico especialista e assente em exame histológico conclusivo.** Esta garantia inclui os tumores do tecido gastrointestinal do cólon, do reto ou do apêndice com um alto grau de potencial maligno.

Não garante:

- a) Quaisquer cancros histologicamente classificados como pré-malignos e não invasivo ou cancro *in situ*, por exemplo adenomas displásicos;
- b) Cancro colorretal ligado a síndromes hereditários, por exemplo polipose intestinal adenomatosa familiar;
- c) Pólipos colorretais malignos minimamente invasivos, unicamente tratáveis mediante procedimentos endoscópicos;
- d) Tumores do tecido gastrointestinal (GIST) do cólon, reto ou apêndice com baixo potencial maligno;
- e) Tumores carcinoides.

2. **Cancro do pulmão** é um tumor maligno, originado nos pulmões, caracterizado pelo crescimento e expansão descontrolados de células malignas e invasão de tecidos circundantes. **O diagnóstico deve ser inequívoco, confirmado por médico especialista e assente em exame histológico conclusivo que demonstre cancro do pulmão não microcítico (NSCLC) ou cancro do pulmão de células pequenas (SCLC).**

Não garante:

- a) Quaisquer cancros do pulmão não classificados como cancro não microcítico do pulmão (NSCLC) ou cancro do pulmão de células pequenas (SCLC);

- b) Quaisquer cancros histologicamente classificados como pré-malignos não invasivos ou cancros “*in situ*”;
 - c) Mesoteliomas;
 - d) Metástases pulmonares de tumores primitivos de outras partes do corpo.
- 3. Cancro Invasivo da Mama** é um tumor maligno, originado na mama, caracterizado por um crescimento e expansão descontrolados de células malignas e invasão de tecidos circundantes. **O diagnóstico deve ser inequívoco, confirmado por médico especialista e assente em exame histológico conclusivo.** Esta garantia inclui o cancro da mama de Paget e o cancro inflamatório da mama (IBC).

Não garante:

- a) Quaisquer cancros não invasivos da mama, por exemplo carcinomas ductais ou lobulares *in situ*;
- b) Quaisquer cancros da mama micro invasivos (T1mic);
- c) Displasias, hiperplasias atípicas ou necroses gordas;
- d) Quaisquer carcinomas invasivos da mama ligados a síndromes hereditários, por exemplo síndrome de Cowden;

- e) Quaisquer tumores classificados como benignos, por exemplo fibroadenomas ou quistos;
- f) Tumores considerados pela histologia como pré-malignos.

4. Cancro do útero é um tumor maligno, originado no útero, caracterizado pelo crescimento e expansão descontrolados de células malignas e invasão de tecidos circundantes. **O diagnóstico deve ser inequívoco, confirmado por médico especialista e assente em exame histológico conclusivo.** Esta garantia inclui o cancro cervical ou cancro do colo do útero, o cancro do endométrio, os sarcomas uterinos e os leiomiossarcomas.

Não garante:

- a) Quaisquer cancros histologicamente classificados como pré-malignos e não invasivos ou cancros *in situ*, excluindo igualmente a displasia cervical CIN – 1, CIN – 2 e CIN – 3;
- b) Lesões causadas por endometriose;
- c) Miomas uterinos.

5. Cancro da próstata é um tumor maligno, originado na glândula prostática, caracterizado pelo crescimento e expansão descontrolados de células malignas e invasão de tecidos circundantes. **O diagnóstico deve ser inequívoco, confirmado por médico especialista e assente em exame histológico conclusivo.**

Não garante:

- a) Quaisquer cancros da próstata com classificação histológica que não apresente com grau de Gleason maior que 6 ou que não tenham evoluído, pelo menos, até ao estágio T2N0M0 da classificação TNM;
- b) Neoplasia intra-epitelial prostática de baixo grau ou alto grau (LG-PIN ou HG-PIN).

6. Enfarte do Miocárdio é a morte de uma porção do músculo cardíaco após uma oclusão súbita, permanente ou transitória, de uma porção do tronco principal ou de uma ramificação importante das artérias coronárias que transportam sangue ao músculo cardíaco, onde, devido à falta da nutrição na zona, produz uma necrose, originando incapacidade funcional irreversível. **O diagnóstico deve ser inequívoco, confirmado por médico especialista e assente em:**

- a) Hospitalização da pessoa segura, cujo registo indique um enfarte de miocárdio ocorrido num prazo de 24 (vinte e quatro) horas antes da referida hospitalização;

- b) Uma história típica de precordialgia, indicativa de uma doença cardíaca isquémica ou outros sintomas clínicos;
- c) Alterações novas e relevantes no eletrocardiograma ECG e aumento das enzimas cardíacas, CPK/PCK MB e Mioglobina, acima dos normais valores de laboratório ou níveis de Troponina T > 1.0 ng/ml e Troponina I > 0,5 ng/ml ou limites equivalentes para outros métodos de avaliação de Troponina I.

Não garante:

- a) Cicatriz de enfarte, evidenciada através de eletrocardiograma;
- b) Enfarte do miocárdio silencioso;
- c) Outras síndromes coronárias agudas, tais como angina de peito estável ou instável;
- d) Enfarte do miocárdio sem elevação do segmento ST, apenas com elevação da Troponina I ou T;
- e) Doença cardíaca congénita.

ARTIGO 3.º – EXCLUSÕES

1. Para além das exclusões constantes no artigo 5.º das Condições Gerais, não se consideram garantidas as doenças secundárias ou tumores associados ao Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA) ou vírus da imunodeficiência humana (HIV).
2. Consideram-se sempre excluídas quaisquer consequências, complicações ou sequelas de uma doença preexistente ou de alguma outra já reclamada e já anteriormente paga, independentemente do tempo passado desde o primeiro diagnóstico.

ARTIGO 4.º – PERÍODO DE CARÊNCIA

1. Esta cobertura fica sujeita ao período de carência estabelecido nas Condições Particulares, contado desde a data de adesão/contratação desta cobertura.
2. Em consequência do disposto no número anterior, não estão garantidas as doenças que resultem de sintomas verificados durante o período de carência, ainda que diagnosticadas posteriormente.

ARTIGO 5.º – CESSAÇÃO DA COBERTURA

Sem prejuízo das formas de cessação do contrato ou da adesão, previstas nas Condições Gerais, os efeitos desta cobertura cessam automaticamente, para cada pessoa segura:

- a) Com o pagamento do capital ao abrigo desta cobertura;
- b) Às 24 (vinte e quatro) horas do último dia da anuidade em que a pessoa segura atinja a idade atuarial estipulada nas Condições Particulares.

ARTIGO 6.º – CESSAÇÃO DA ADESÃO OU REDUÇÃO DO CAPITAL

1. Quando, de acordo com o estipulado nas Condições Particulares, a presente cobertura garante a antecipação da totalidade do capital da cobertura principal de morte, o pagamento do capital ao abrigo da presente cobertura determina a cessação da adesão da pessoa segura sinistrada.
2. Quando, de acordo com o estipulado nas Condições Particulares, a presente cobertura garante a antecipação de parte do capital da cobertura principal de morte, o pagamento do capital ao abrigo da presente cobertura não determina a cessação da adesão da pessoa segura sinistrada, continuando a mesma em vigor sem a presente cobertura, reduzindo-se automaticamente, relativamente à pessoa segura sinistrada, o capital da cobertura principal de morte e das coberturas complementares, na proporção do capital pago ao abrigo da presente cobertura.

13 – 16 DOENÇAS GRAVES

ARTIGO 1.º – COBERTURA

1. Esta cobertura garante a antecipação do capital garantido pela cobertura principal de morte, até ao valor estabelecido nas Condições Particulares, quando, durante a vigência desta cobertura, seja diagnosticada à(s) pessoa(s) segura(s) alguma das seguintes doenças graves:
 - Cancro ou neoplasia maligna;
 - Enfarte do miocárdio;
 - Acidente vascular cerebral (AVC);
 - Doença coronária que exija cirurgia (2 ou mais artérias);
 - Cirurgia por doença da aorta;
 - Substituição e reparação da válvula cardíaca;

- Insuficiência renal crónica;
- Transplante de órgão principal;
- Doença de Alzheimer;
- Doença de Parkinson;
- Esclerose Múltipla;
- Paralisia;
- Perda da visão;
- Perda da fala;
- Queimaduras graves;
- Coma.

2. O pagamento do capital garantido por esta cobertura será efetuado por uma única vez relativamente a cada pessoa segura, ainda que, na mesma data ou em datas distintas, sejam diagnosticadas a essa pessoa segura, mais do que uma das doenças graves garantidas.

ARTIGO 2.º – ÂMBITO DA GARANTIA

1. **Cancro ou Neoplasia Maligna** é a doença que se manifesta pela presença de um tumor maligno, caracterizado por alterações celulares morfológicas e cromossômicas, crescimento e expansão descontrolada e invasão e destruição direta de tecidos ou metástase ou, ainda, a existência de um grande número de células malignas nos sistemas linfáticos ou circulatórios. Incluem-se nesta definição os diversos tipos de leucemia, (excluindo a leucemia linfática crónica), os linfomas e a doença de Hodgkin. **Apenas garante o cancro que não tenha sido diagnosticado nem tenha sido alvo de qualquer tratamento anterior à contratação da apólice e ao período de carência estabelecido. O diagnóstico deverá ser efetuado por um**

médico oncologista, baseado na história clínica da pessoa segura e confirmado por um diagnóstico histopatológico de biópsia que confirme a presença de cancro.

Não garante os seguintes tipos de cancro:

- a) Tumores que se apresentem com as alterações características de um carcinoma *in situ* (incluindo a displasia do colo CIN-1, CIN-2 e CIN-3) ou aqueles considerados pela histologia como pré-malignos;
- b) Melanomas com espessura menor que 1,5 mm, determinado pelo exame histológico ou quando a invasão seja menor que o grau 3 de Clark;
- c) Todas as hiperqueratoses ou os carcinomas baso celulares da pele;
- d) Todos os carcinomas de pele, pavimento-celulares, exceto quando se trate de disseminação de outros órgãos;
- e) Sarcoma de Kaposi e outros tumores relacionados com Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA) ou vírus da imunodeficiência humana (HIV);
- f) Cancros da próstata que pela histologia pertençam ao grau T1 do sistema TNM, desenvolvido pela União Internacional contra o Cancro (incluindo T1 (a) ou T1 (b) ou de qualquer outra classificação equivalente ou menor.

2. Enfarte do Miocárdio é a morte de uma porção do músculo cardíaco após uma oclusão súbita, permanente ou transitória, de uma porção do tronco principal ou de uma ramificação importante das artérias coronárias que transportam sangue ao músculo cardíaco, onde, devido à falta da nutrição na zona, produz uma necrose, originando incapacidade funcional irreversível. **O diagnóstico deve ser inequívoco, confirmado por médico especialista e assente em:**

- a) **Hospitalização da pessoa segura, cujo registo indique um enfarte de miocárdio ocorrido num prazo de 24 (vinte e quatro) horas antes da referida hospitalização;**
- b) **Uma história típica de precordialgia, indicativa de uma doença cardíaca isquémica ou outros sintomas clínicos;**
- c) **Alterações novas e relevantes no eletrocardiograma ECG e aumento das enzimas cardíacas, CPK/PCK MB e Mioglobina, acima dos normais valores de laboratório ou níveis de Troponina T > 1.0 ng/ml e Troponina I > 0,5 ng/ml ou limites equivalentes para outros métodos de avaliação de Troponina I.**

Não garante:

- a) **Cicatriz de enfarte, evidenciada através de eletrocardiograma;**
- b) **Enfarte do miocárdio silencioso;**
- c) **Outras síndromes coronárias agudas, tais como angina de peito estável ou instável;**

d) Enfarte do miocárdio sem elevação do segmento ST, apenas com elevação da Troponina I ou T;

e) Doença cardíaca congénita.

3. Acidente Vascular Cerebral consiste na suspensão brusca e violenta das funções cerebrais fundamentais, que provoque sequelas neurológicas permanentes que determinem, por si só, uma incapacidade funcional igual ou superior a 25% de acordo com a Tabela Nacional de Incapacidades por Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais, sem aplicação dos fatores corretivos nela estabelecidos para o cálculo das desvalorizações finais em função da possibilidade de reconversão para o posto de trabalho ou profissão.

Inclui o enfarte de tecido cerebral, a hemorragia intracraniana ou subaracnoídea e a embolia de uma fonte extracraniana. **A evidência do dano neurológico permanente deverá ser confirmada por um neurologista no mínimo 6 (seis) semanas após o sucedido. Não são aceites reclamações antes de decorrido este período de tempo.**

Não garante:

- a) **Os sintomas cerebrais de enxaqueca;**
- b) **Lesão cerebral causada por um traumatismo ou hipoxia;**
- c) **Doença vascular que afete o olho ou o nervo ótico;**

d) Alterações isquémicas do sistema vestibular;

e) **Acidentes isquémicos transitórios (AIT) e outros de maior duração mas com recuperação completa sem sequelas num prazo máximo de 15 (quinze) dias.**

4. Doença Coronária que Exija Cirurgia é a doença coronária que exija cirurgia em duas ou mais artérias coronárias com a finalidade de corrigir o seu estreitamento ou bloqueio, através de uma revascularização de by-pass, realizada quando existam sintomas de angina incapacitante. **A necessidade de cirurgia deve ser comprovada por meio de angiografia coronária e a realização da cirurgia deve ser confirmada por médico especialista.**

Não garante:

a) **Angioplastia com balão, stents, laser ou outras técnicas invasivas que não requerem cirurgia;**

b) **Cirurgia de desobstrução coronária por cateterismo.**

5. Cirurgia por doença da aorta é a realização de cirurgia por doença crónica da aorta em que seja necessária a excisão e a substituição cirúrgica da aorta por um enxerto. Considera-se para este efeito como "aorta" a aorta torácica e abdominal, **excluindo os seus ramos. A realização da cirurgia deve ser confirmada por médico especialista.**

6. Substituição e reparação da válvula cardíaca é a valvuloplastia de coração aberto, valvulotomia ou substituição de uma ou mais válvulas cardíacas. Inclui a cirurgia das válvulas aórtica, mitral, pulmonar ou tricúspide, devido a uma estenose ou insuficiência ou a uma combinação de ambos os fatores. **A realização da cirurgia tem de ser confirmada por médico especialista.**

7. Insuficiência Renal Crónica é a doença que se apresenta, no seu estado terminal, como um estado crónico e irreversível de funcionamento de ambos os rins e que, como consequência da mesma, se torna necessária a diálise renal sistemática ou o transplante renal. **O diagnóstico deve ser inequívoco e confirmado por médico especialista e a situação deve persistir, pelo menos, por 3 (três) meses.**

8. Transplante de Órgão Principal é a realização de transplante de órgão em que a pessoa segura é recetor de algum dos seguintes órgãos:

- Coração;
- Pulmão;
- Fígado;
- Pâncreas;
- Medula óssea.

Para que esta garantia seja efetiva será necessária a aprovação de conformidade prévia de uma comissão médica formada por 3 (três) médicos designados pela MAPFRE e cuja função especí-

fica será a de constatar, sem custos para a pessoa segura, a necessidade de efetuar o transplante, devendo esta facultar à MAPFRE a imprescindível autorização para que esta possa solicitar junto de terceiros, hospitais, médico e similares toda a informação que a Comissão Médica julgue necessária para se pronunciar.

A pessoa segura fica obrigada a submeter-se a qualquer exame médico ou revisão que a referida Comissão Médica julgue necessário para produzir a sua informação. Será ainda da responsabilidade da Comissão Médica estabelecer a efetividade e razoabilidade dos gastos, cujo reembolso seja solicitado.

9. Doença de Alzheimer é o diagnóstico inequívoco desta doença (demência pré-senil) antes dos 65 (sessenta e cinco) anos de idade, **confirmado por médico especialista e comprovado por exames clínicos cognitivos e neurorradiológicos tais como TC, RM e PET do cérebro, desde que resulte na necessidade permanente de supervisão e de cuidados especiais por parte de terceiros, devido a esta doença ou numa incapacidade permanente de realizar, de forma independente, pelo menos 3 (três) das seguintes atividades da vida quotidiana:**

- a) Mover-se, dentro da sua residência, em superfícies niveladas, sem necessitar da ajuda de terceiros;
- b) Efetuar a sua higiene pessoal, ou seja conseguir usar o lavatório e manter um nível razoável de higiene, como higiene dentária, pentear-se, barbear-se e efetuar a limpeza dos órgãos excretadores sem necessitar da ajuda de terceiros;

- c) Tomar banho de imersão ou chuveiro sem ajuda de terceiros;
- d) Vestir-se, ou seja conseguir vestir e despir o vestuário habitualmente utilizado, incluindo colocar e retirar próteses e ortóteses, sem necessitar da ajuda de terceiros;
- e) Comer e beber, ou seja conseguir ingerir alimentos sólidos e líquidos, preparados e servidos, necessários à sua alimentação, incluindo conseguir sugar por uma palhinha ou usar outros utensílios adaptados, sem necessitar da ajuda de terceiros;
- f) Continência, ou seja, conseguir controlar o funcionamento dos intestinos e/ou bexiga. Incontinência é a incapacidade de uma destas funções, necessitando utilizar regularmente fraldas ou outro tipo de absorvente.

Esta condição deve ser clinicamente documentada por um período de, pelo menos, 3 (três) meses.

10. Doença de Parkinson é o diagnóstico inequívoco de doença de Parkinson idiopática ou primária antes dos 65 (sessenta e cinco) anos de idade, **confirmado por médico especialista, desde que resulte numa situação de acamado permanente e de incapacidade de se levantar sem ajuda externa ou numa incapacidade permanente de realizar, de forma independente, pelo menos 3 (três) das seguintes atividades da vida quotidiana:**

- a) Mover-se, dentro da sua residência, em superfícies niveladas, sem necessitar da ajuda de terceiros;
- b) Efetuar a sua higiene pessoal, ou seja conseguir usar o lavatório e manter um nível razoável de higiene, como higiene dentária, pentear-se, barbear-se e efetuar a limpeza dos órgãos excretores sem necessitar da ajuda de terceiros;
- c) Tomar banho de imersão ou chuveiro sem ajuda de terceiros;
- d) Vestir-se, ou seja conseguir vestir e despir o vestuário habitualmente utilizado, incluindo colocar e retirar próteses e ortóteses, sem necessitar da ajuda de terceiros;
- e) Comer e beber, ou seja conseguir ingerir alimentos sólidos e líquidos, preparados e servidos, necessários à sua alimentação, incluindo conseguir sugar por uma palhinha ou usar outros utensílios adaptados, sem necessitar da ajuda de terceiros;
- f) Continência, ou seja, conseguir controlar o funcionamento dos intestinos e/ou bexiga. Incontinência é a incapacidade de uma destas funções, necessitando utilizar regularmente fraldas ou outro tipo de absorvente.

Esta condição deve ser clinicamente documentada por um período de, pelo menos, 3 (três) meses.

Não garante quaisquer outras formas de parkinsonismo que não sejam idiopáticas ou primárias.

11. Esclerose Múltipla é o diagnóstico inequívoco desta doença, estabelecido por médico neurologista, **desde que seja evidenciada por sintomas clínicos típicos de desmielinização e comprometimento das funções motoras e sensoriais e por resultados verificados através de Ressonância Magnética. A pessoa segura deve apresentar uma das seguintes situações:**

- a) Anomalias neurológicas que tenham subsistido por um período contínuo de, pelo menos 6 (seis) meses;**
- b) Mínimo, 2 (dois) episódios, clinicamente documentados, com um intervalo máximo de 1 (um) mês;**
- c) Pelo menos 1 (um) episódio clinicamente documentado em conjunto com resultados característicos no líquido cefalorraquidiano, bem como lesões cerebrais específicas detetadas na Ressonância Magnética.**

12. Paralisia é a perda total e irreversível do uso de, pelo menos 2 (dois) membros, causada por paralisia secundária a acidente ou doença da medula espinal. **O diagnóstico deve ser inequívoco, confirmado por médico especialista e esta situação deve ser clinicamente documentada por, pelo menos, 3 (três) meses.**

Não garante paralisia devido a Síndrome de Guillain-Barré.

13. Perda da visão é a perda total, permanente e irreversível da visão em ambos os olhos, causada por doença ou acidente. **O diagnóstico deve ser inequívoco, confirmado por médico oftalmologista e comprovado clinicamente por resultados de exames auxiliares específicos de diagnóstico.**

14. Perda da fala é a perda total e irreversível da capacidade de falar causada por lesão ou doença das cordas vocais. **O diagnóstico deve ser inequívoco, confirmado por médico especialista e esta situação deve ser clinicamente documentada por, pelo menos, 6 (seis) meses. Não garante perda psicogénica da fala.**

15. Queimaduras graves são queimaduras de terceiro grau em, pelo menos 20% da superfície do corpo. **O diagnóstico deve ser inequívoco, confirmado por médico especialista e comprovado clinicamente por resultados específicos pelo método de Lund Browder ou por um calculador de área queimada equivalente.**

16. Coma é o estado de inconsciência total, com ausência de reação ou resposta a estímulos externos ou necessidades internas, com necessidade de utilização de meios complementares de suporte de vida, incluindo respiração assistida. **É necessário que esta situação persista continuamente durante, pelo menos, 96 (noventa e seis) horas, e que resulte em deficit neurológico, clinicamente documentado por um período mínimo de 3 (três) meses. O diagnóstico deve ser inequívoco e confirmado por médico especialista e por relatório hospitalar credenciado.**

Não garante coma secundário ao abuso de álcool, de medicamentos ou de estupefacientes.

ARTIGO 3.º – EXCLUSÕES

1. Para além das exclusões constantes no artigo 5.º das Condições Gerais, não se consideram garantidas as doenças secundárias ou tumores associados ao Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA) ou vírus da imunodeficiência humana (HIV).
2. Consideram-se sempre excluídas quaisquer consequências, complicações ou sequelas de uma doença preexistente ou de alguma outra já reclamada e já anteriormente paga, independentemente do tempo passado desde o primeiro diagnóstico.

ARTIGO 4.º – PERÍODO DE CARÊNCIA

1. Esta cobertura fica sujeita ao período de carência estabelecido nas Condições Particulares, contado desde a data de adesão/contratação desta cobertura.
2. Em consequência do disposto no número anterior, não estão garantidas as doenças que resultem de sintomas verificados durante o período de carência, ainda que diagnosticadas posteriormente.

ARTIGO 5.º – CESSAÇÃO DA COBERTURA

Sem prejuízo das formas de cessação do contrato ou da adesão, previstas nas Condições Gerais, os efeitos desta cobertura cessam automaticamente, para cada pessoa segura:

- a) Com o pagamento do capital ao abrigo desta cobertura;

b) Às 24 (vinte e quatro) horas do último dia da anuidade em que a pessoa segura atinja a idade atuarial estipulada nas Condições Particulares.

ARTIGO 6.º – CESSAÇÃO DA ADESÃO OU REDUÇÃO DO CAPITAL

1. Quando, de acordo com o estipulado nas Condições Particulares, a presente cobertura garante a antecipação da totalidade do capital da cobertura principal de morte, o pagamento do capital ao abrigo da presente cobertura determina a cessação da adesão da pessoa segura sinistrada.
2. Quando, de acordo com o estipulado nas Condições Particulares, a presente cobertura garante a antecipação de parte do capital da cobertura principal de morte, o pagamento do capital ao abrigo da presente cobertura não determina a cessação da adesão da pessoa segura sinistrada, continuando a mesma em vigor sem a presente cobertura, reduzindo-se automaticamente, relativamente à pessoa segura sinistrada, o capital da cobertura principal de morte e das coberturas complementares, na proporção do capital pago ao abrigo da presente cobertura.

14 – 26 DOENÇAS GRAVES

ARTIGO 1.º – COBERTURA

1. Esta cobertura garante a antecipação de parte do capital garantido pela cobertura principal de morte, até ao valor estabelecido nas Condições Particulares, quando, durante a vigência desta cobertura, seja diagnosticada à(s) pessoa(s) segura(s) alguma das seguintes doenças graves:

- Cancro ou Neoplasia Maligna
- Enfarte do Miocárdio
- Acidente Vascular Cerebral (AVC)
- Doença Coronária que exija cirurgia (2 ou mais artérias)
- Cirurgia por Doença da Aorta
- Substituição e Reparação da Válvula Cardíaca
- Doença Pulmonar Terminal
- Doença Hepática Terminal
- Hepatite Viral Fulminante (Insuficiência hepática aguda)
- Insuficiência Renal Crónica
- Transplante de Órgão Principal
- Doença de Alzheimer
- Doença de Parkinson
- Esclerose Múltipla
- Encefalite
- Meningite Bacteriana
- Anemia Aplástica
- Paralisia
- Doença Neuronal Motora
- Perda de Membros
- Traumatismo Craniano Grave
- Perda da Visão
- Perda da Audição
- Perda da Fala
- Queimaduras Graves
- Coma

2. O pagamento do capital garantido por esta cobertura será efetuado por uma única vez relativamente a cada pessoa segura, ainda que, na mesma data ou em datas distintas, sejam diagnosticadas a essa pessoa segura, mais do que uma das doenças graves garantidas.

ARTIGO 2.º – ÂMBITO DA GARANTIA

1. **Cancro ou Neoplasia Maligna** é a doença que se manifesta pela presença de um tumor maligno, caracterizado por alterações celulares morfológicas e cromossomáticas, crescimento e expansão descontrolada e invasão e destruição direta de tecidos ou metástase ou, ainda, a existência de um grande número de células malignas nos sistemas linfáticos ou circulatórios. Incluem-se nesta definição os diversos tipos de leucemia, (excluindo a leucemia linfática crónica), os linfomas e a doença de Hodgkin.
2. **Apenas garante o cancro que não tenha sido diagnosticado nem tenha sido alvo de qualquer tratamento anterior à contratação da apólice e ao período de carência estabelecido. O diagnóstico deverá ser efetuado por um médico oncologista, baseado na história clínica da pessoa segura e confirmado por um diagnóstico histopatológico de biopsia que confirme a presença de cancro.**

Não garante os seguintes tipos de cancro:

- a) Tumores que se apresentem com as alterações características de um carcinoma *in situ* (incluindo a displasia do colo CIN-1, CIN-2 e CIN-3) ou aqueles considerados pela histologia como pré-malignos;

- b) Melanomas com espessura menor que 1,5 mm, determinado pelo exame histológico ou quando a invasão seja menor que o grau 3 de Clark;
 - c) Todas as hiperqueratoses ou os carcinomas baso celulares da pele;
 - d) Todos os carcinomas de pele, pavimento-celulares, exceto quando se trate de disseminação de outros órgãos;
 - e) Sarcoma de Kaposi e outros tumores relacionados com Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA) ou vírus da imunodeficiência humana (HIV);
 - f) Cancros da próstata que pela histologia pertençam ao grau T1 do sistema TNM, desenvolvido pela União Internacional contra o Cancro (incluindo T1 (a) ou T1 (b) ou de qualquer outra classificação equivalente ou menor.
2. **Enfarte do Miocárdio** é a morte de uma porção do músculo cardíaco após uma oclusão súbita, permanente ou transitória, de uma porção do tronco principal ou de uma ramificação importante das artérias coronárias que transportam sangue ao músculo cardíaco, onde, devido à falta da nutrição na zona, produz uma necrose, originando incapacidade funcional irreversível. **O diagnóstico deve ser inequívoco, confirmado por médico especialista e assente em:**
 - a) Hospitalização da pessoa segura, cujo registo indique um enfarte de miocárdio ocorrido num prazo de 24 (vinte e quatro) horas antes da referida hospitalização;

- b) Uma história típica de precordialgia, indicativa de uma doença cardíaca isquêmica ou outros sintomas clínicos;
- c) Alterações novas e relevantes no eletrocardiograma ECG e aumento das enzimas cardíacas, CPK/PCK MB e Mioglobina, acima dos normais valores de laboratório ou níveis de Troponina T > 1.0 ng/ml e Troponina I > 0,5 ng/ml ou limites equivalentes para outros métodos de avaliação de Troponina I.

Não garante:

- a) Cicatriz de enfarte, evidenciada através de eletrocardiograma;
- b) Enfarte do miocárdio silencioso;
- c) Outras síndromes coronárias agudas, tais como angina de peito estável ou instável;
- d) Enfarte do miocárdio sem elevação do segmento ST, apenas com elevação da Troponina I ou T;
- e) Doença cardíaca congênita.

3. Acidente Vascular Cerebral (AVC) consiste na suspensão brusca e violenta das funções cerebrais fundamentais, que provoque sequelas neurológicas permanentes que determinem, por si só, uma incapacidade funcional igual ou superior a 25% de acordo com a Tabela Nacional de Incapacidades por Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais, sem aplicação dos fatores corretivos nela

estabelecidos para o cálculo das desvalorizações finais em função da possibilidade de reconversão para posto de trabalho ou profissão. Inclui o enfarte de tecido cerebral, a hemorragia intracraniana ou subaracnoídea e a embolia de uma fonte extracraniana. **A evidência do dano neurológico permanente deverá ser confirmada por um neurologista no mínimo 6 (seis) semanas após o sucedido. Não são aceites reclamações antes de decorrido este período de tempo.**

Não garante:

- a) Os sintomas cerebrais de enxaqueca;
- b) Lesão cerebral causada por um traumatismo ou hipoxia;
- c) Doença vascular que afete o olho ou o nervo ótico;
- d) Alterações isquémicas do sistema vestibular;
- e) Acidentes isquémicos transitórios (AIT) e outros de maior duração mas com recuperação completa sem sequelas num prazo máximo de 15 (quinze) dias.

4. Doença Coronária que Exija Cirurgia é a doença coronária que exija cirurgia em duas ou mais artérias coronárias com a finalidade de corrigir o seu estreitamento ou bloqueio, através de uma revascularização de by-pass, realizada quando existam sintomas de angina incapacitante. **A necessidade de cirurgia deve ser comprovada por meio de angiografia coronária e a realização da cirurgia deve ser confirmada por médico especialista.**

Não garante:

a) Angioplastia com balão, stents, laser ou outras técnicas invasivas que não requerem cirurgia;

b) Cirurgia de desobstrução coronária por cateterismo.

5. **Cirurgia por doença da aorta** é a realização de cirurgia por doença crónica da aorta em que seja necessária a excisão e a substituição cirúrgica da aorta por um enxerto. Considera-se para este efeito como “aorta” a aorta torácica e abdominal, excluindo os seus ramos. **A realização da cirurgia deve ser confirmada por médico especialista.**

6. **Substituição e reparação da válvula cardíaca** é a valvuloplastia de coração aberto, valvulotomia ou substituição de uma ou mais válvulas cardíacas. Inclui a cirurgia das válvulas aórtica, mitral, pulmonar ou tricúspide, devido a uma estenose ou insuficiência ou a uma combinação de ambos os fatores. **A realização da cirurgia tem de ser confirmada por médico especialista.**

7. **Doença Pulmonar Terminal** é a insuficiência grave e permanente da função respiratória. **O diagnóstico deve ser inequívoco, confirmado por médico especialista e comprovado pelos seguintes critérios:**

a) Redução persistente do volume respiratório por segundo (FEV1) para menos de 1 litro (teste respiratório de Tiffeneau);

b) Redução persistente da pressão de oxigénio arterial (PaO₂) abaixo de 55 mmHg;

c) Necessidade permanente de fornecimento de oxigénio.

8. **Doença Hepática Terminal** é a doença hepática grave que resulte em cirrose. **O diagnóstico deve ser inequívoco, confirmado por médico especialista e comprovado pela escala de Child-Pugh-Etapa B ou Child-Pugh-Etapa C, relativamente aos seguintes critérios:**

a) Icterícia permanente (bilirrubina > 2mg/dl ou 35mmol/l);

b) Ascite moderada;

d) Albumina < 3,5g/l;

e) Tempo de protrombina > 4seg. ou INR > 1,7;

f) Encefalopatia hepática.

Não garante:

a) Child-Pugh-Etapa A;

b) Doença hepática secundária ao uso indevido de álcool ou drogas.

9. **Hepatite Viral Fulminante (Insuficiência hepática aguda)** é a necrose do fígado submaciça a maciça, causada por hepatite viral,

levando precipitadamente a insuficiência hepática. **O diagnóstico deve ser inequívoco, confirmado por médico especialista e comprovado por, pelo menos, 3 (três) dos seguintes critérios de diagnóstico:**

- a) Diminuição rápida do volume do fígado;
- b) Agravamento rápido dos testes de função hepática;
- c) Intensificação da icterícia;
- d) Encefalopatia hepática.

10. Insuficiência Renal Crônica é a doença que se apresenta, no seu estado terminal, como um estado crônico e irreversível de funcionamento de ambos os rins e que, como consequência da mesma, se torna necessária a diálise renal sistemática ou o transplante renal. **O diagnóstico deve ser inequívoco e confirmado por médico especialista e a situação deve persistir, pelo menos, por 3 (três) meses.**

11. Transplante de Órgão Principal é a realização de transplante de órgão em que a pessoa segura é recetor de algum dos seguintes órgãos:

- Coração;
- Pulmão;
- Fígado;
- Pâncreas;
- Medula óssea.

Para que esta garantia seja efetiva será necessária a aprovação de conformidade prévia de uma comissão médica formada por 3 (três) médicos designados pela MAPFRE e cuja função específica será a de constatar, sem custos para a pessoa segura, a necessidade de efetuar o transplante, devendo esta facultar à MAPFRE a imprescindível autorização para que esta possa solicitar junto de terceiros, hospitais, médico e similares toda a informação que a Comissão Médica julgue necessária para se pronunciar.

A pessoa segura fica obrigada a submeter-se a qualquer exame médico ou revisão que a referida Comissão Médica julgue necessário para produzir a sua informação.

Será ainda da responsabilidade da Comissão Médica estabelecer a efetividade e razoabilidade dos gastos, cujo reembolso seja solicitado.

12. Doença de Alzheimer é o diagnóstico inequívoco desta doença (demência pré-senil) antes dos 65 (sessenta e cinco) anos de idade, **confirmado por médico especialista e comprovado por exames clínicos cognitivos e neurorradiológicos tais como TC, RM e PET do cérebro, desde que resulte na necessidade permanente de supervisão e de cuidados especiais por parte de terceiros, devido a esta doença ou numa incapacidade permanente de realizar, de forma independente, pelo menos 3 (três) das seguintes atividades da vida quotidiana:**

- a) Mover-se, dentro da sua residência, em superfícies niveladas, sem necessitar da ajuda de terceiros;

- b) Efetuar a sua higiene pessoal, ou seja conseguir usar o lavatório e manter um nível razoável de higiene, como higiene dentária, pentear-se, barbear-se e efetuar a limpeza dos órgãos excretores sem necessitar da ajuda de terceiros;
- c) Tomar banho de imersão ou chuveiro sem ajuda de terceiros;
- d) Vestir-se, ou seja conseguir vestir e despir o vestuário habitualmente utilizado, incluindo colocar e retirar próteses e ortóteses, sem necessitar da ajuda de terceiros;
- e) Comer e beber, ou seja conseguir ingerir alimentos sólidos e líquidos, preparados e servidos, necessários à sua alimentação, incluindo conseguir sugar por uma palhinha ou usar outros utensílios adaptados, sem necessitar da ajuda de terceiros;
- f) Continência, ou seja, conseguir controlar o funcionamento dos intestinos e/ou bexiga. Incontinência é a incapacidade de uma destas funções, necessitando utilizar regularmente fraldas ou outro tipo de absorvente.

Esta condição deve ser clinicamente documentada por um período de, pelo menos, 3 (três) meses.

13. Doença de Parkinson é o diagnóstico inequívoco de doença de Parkinson idiopática ou primária antes dos 65 (sessenta e cinco) anos de idade, **confirmado por médico especialista, que resulte numa situação de acamado permanente e de incapacidade**

de se levantar sem ajuda externa ou numa incapacidade permanente de realizar, de forma independente, pelo menos 3 (três) das seguintes atividades da vida quotidiana:

- a) Mover-se, dentro da sua residência, em superfícies niveladas, sem necessitar da ajuda de terceiros;
- b) Efetuar a sua higiene pessoal, ou seja conseguir usar o lavatório e manter um nível razoável de higiene, como higiene dentária, pentear-se, barbear-se e efetuar a limpeza dos órgãos excretores sem necessitar da ajuda de terceiros;
- c) Tomar banho de imersão ou chuveiro sem ajuda de terceiros;
- d) Vestir-se, ou seja conseguir vestir e despir o vestuário habitualmente utilizado, incluindo colocar e retirar próteses e ortóteses, sem necessitar da ajuda de terceiros;
- e) Comer e beber, ou seja conseguir ingerir alimentos sólidos e líquidos, preparados e servidos, necessários à sua alimentação, incluindo conseguir sugar por uma palhinha ou usar outros utensílios adaptados, sem necessitar da ajuda de terceiros;
- f) Continência, ou seja, conseguir controlar o funcionamento dos intestinos e/ou bexiga. Incontinência é a incapacidade de uma destas funções, necessitando utilizar regularmente fraldas ou outro tipo de absorvente.

Esta condição deve ser clinicamente documentada por um período de, pelo menos, 3 (três) meses.

Não garante quaisquer outras formas de parkinsonismo que não sejam idiopáticas ou primárias.

14. Esclerose Múltipla é o diagnóstico inequívoco desta doença, estabelecido por médico neurologista que seja evidenciada por sintomas clínicos típicos de desmielinização e comprometimento das funções motoras e sensoriais e por resultados verificados através de Ressonância Magnética. A pessoa segura deve apresentar uma das seguintes situações:

- a) Anomalias neurológicas que tenham subsistido por um período contínuo de, pelo menos 6 (seis) meses;
- b) Mínimo, 2 (dois) episódios, clinicamente documentados, com um intervalo máximo de 1 (um) mês;
- c) Pelo menos 1 (um) episódio clinicamente documentado em conjunto com resultados característicos no líquido cefalorraquidiano, bem como lesões cerebrais específicas detetadas na Ressonância Magnética.

15. Encefalite é a inflamação do cérebro (hemisfério ventral, tronco cerebral ou cerebelo) associada a infecções virais ou bacterianas que resulte numa situação de acamado permanente e de incapacidade de se levantar sem ajuda externa ou numa incapacidade permanente de realizar, de forma independente, pelo menos 3 (três) das seguintes atividades da vida quotidiana:

- a) Mover-se, dentro da sua residência, em superfícies niveladas, sem necessitar da ajuda de terceiros;
- b) Efetuar a sua higiene pessoal, ou seja conseguir usar o lavatório e manter um nível razoável de higiene, como higiene dentária, pentear-se, barbear-se e efetuar a limpeza dos órgãos excretores sem necessitar da ajuda de terceiros;
- c) Tomar banho de imersão ou chuveiro sem ajuda de terceiros;
- d) Vestir-se, ou seja conseguir vestir e despir o vestuário habitualmente utilizado, incluindo colocar e retirar próteses e ortóteses, sem necessitar da ajuda de terceiros;
- e) Comer e beber, ou seja conseguir ingerir alimentos sólidos e líquidos, preparados e servidos, necessários à sua alimentação, incluindo conseguir sugar por uma palhinha ou usar outros utensílios adaptados, sem necessitar da ajuda de terceiros;
- f) Continência, ou seja, conseguir controlar o funcionamento dos intestinos e/ou bexiga. Incontinência é a incapacidade de uma destas funções, necessitando utilizar regularmente fraldas ou outro tipo de absorvente.

O diagnóstico deve ser inequívoco, confirmado por médico especialista e comprovado pelos resultados de testes específicos tais como análise do sangue e do líquido cefalorraquiano, TC ou RM do cérebro). Esta condição deve ser clinicamente documentada por um período de, pelo menos, 3 (três) meses.

16. Meningite Bacteriana é a inflamação das membranas do cérebro ou da medula espinhal **que resulte numa situação de acamado permanente e de incapacidade de se levantar sem ajuda externa ou numa incapacidade permanente de realizar, de forma independente, pelo menos 3 (três) das seguintes atividades da vida quotidiana:**

- a) Mover-se, dentro da sua residência, em superfícies niveladas, sem necessitar da ajuda de terceiros;
- b) Efetuar a sua higiene pessoal, ou seja conseguir usar o lavatório e manter um nível razoável de higiene, como higiene dentária, pentear-se, barbear-se e efetuar a limpeza dos órgãos excretores sem necessitar da ajuda de terceiros;
- c) Tomar banho de imersão ou chuveiro sem ajuda de terceiros;
- d) Vestir-se, ou seja conseguir vestir e despir o vestuário habitualmente utilizado, incluindo colocar e retirar próteses e ortóteses, sem necessitar da ajuda de terceiros;
- e) Comer e beber, ou seja conseguir ingerir alimentos sólidos e líquidos, preparados e servidos, necessários à sua alimentação, incluindo conseguir sugar por uma palhinha ou usar outros utensílios adaptados, sem necessitar da ajuda de terceiros;

- f) Continência, ou seja, conseguir controlar o funcionamento dos intestinos e/ou bexiga. Incontinência é a incapacidade de uma destas funções, necessitando utilizar regularmente fraldas ou outro tipo de absorvente.

O diagnóstico deve ser inequívoco, confirmado por médico especialista e comprovado pelos resultados de testes específicos tais como análise do sangue e do líquido cefalorraquiano, TC ou RM do cérebro). Esta condição deve ser clinicamente documentada por um período de, pelo menos, 3 (três) meses.

17. Anemia Aplástica é a insuficiência da medula óssea **que resulte em anemia, neutropenia e trombocitopenia e que torne necessário, pelo menos, um dos seguintes tratamentos:**

- a) Transfusão de produto sanguíneo;
- b) Agentes estimulantes da medula;
- c) Agentes imunossupressores;
- d) Transplante de medula óssea.

O diagnóstico deve ser inequívoco, confirmado por médico especialista e comprovado pelo resultado de biopsia da medula óssea.

18. Paralisia é a perda total e irreversível do uso de, pelo menos 2 (dois) membros, causada por paralisia secundária a acidente ou doença da medula espinal. **O diagnóstico deve ser inequívoco, confirmado por médico especialista e esta situação deve ser clinicamente documentada por, pelo menos, 3 (três) meses.**

Não garante paralisia devido a Síndrome de Guillain-Barré.

19. Doença Neuronal Motora é doença dos neurónios motores, tal como a esclerose lateral amiotrófica, esclerose lateral primária, paralisia bulbar progressiva e a paralisia pseudobulbar, **que resulte numa situação de acamado permanente e de incapacidade de se levantar sem ajuda externa ou numa incapacidade permanente de realizar, de forma independente, pelo menos 3 (três) das seguintes atividades da vida quotidiana:**

- a) Mover-se, dentro da sua residência, em superfícies niveladas, sem necessitar da ajuda de terceiros;
- b) Efetuar a sua higiene pessoal, ou seja conseguir usar o lavatório e manter um nível razoável de higiene, como higiene dentária, pentear-se, barbear-se e efetuar a limpeza dos órgãos excretores sem necessitar da ajuda de terceiros;
- c) Tomar banho de imersão ou chuveiro sem ajuda de terceiros;
- d) Vestir-se, ou seja conseguir vestir e despir o vestuário habitualmente utilizado, incluindo colocar e retirar próteses e ortóteses, sem necessitar da ajuda de terceiros;

e) Comer e beber, ou seja conseguir ingerir alimentos sólidos e líquidos, preparados e servidos, necessários à sua alimentação, incluindo conseguir sugar por uma palhinha ou usar outros utensílios adaptados, sem necessitar da ajuda de terceiros;

f) Continência, ou seja, conseguir controlar o funcionamento dos intestinos e/ou bexiga. Incontinência é a incapacidade de uma destas funções, necessitando utilizar regularmente fraldas ou outro tipo de absorvente.

O diagnóstico deve ser inequívoco, confirmado por médico especialista e comprovado pelos resultados de eletromiografia e eletroneurografia. Esta condição deve ser clinicamente documentada por um período de, pelo menos, 3 (três) meses.

20. Perda de Membros é a rutura, total e irrecuperável, de 2 (dois) ou mais membros acima do cotovelo/punho ou joelho/tornozelo, causada por acidente ou como resultado de amputação clinicamente necessária. **O diagnóstico deve ser confirmado por médico especialista.**

21. Traumatismo Craniano Grave é um grande traumatismo na cabeça, com perturbações no funcionamento do cérebro **que resulte numa situação de acamado permanente e de incapacidade de se levantar sem ajuda externa ou numa incapacidade permanente de realizar, de forma independente, pelo menos 3 (três) das seguintes atividades da vida quotidiana:**

- a) Mover-se, dentro da sua residência, em superfícies niveladas, sem necessitar da ajuda de terceiros;
- b) Efetuar a sua higiene pessoal, ou seja conseguir usar o lavatório e manter um nível razoável de higiene, como higiene dentária, pentear-se, barbear-se e efetuar a limpeza dos órgãos excretores sem necessitar da ajuda de terceiros;
- c) Tomar banho de imersão ou chuveiro sem ajuda de terceiros;
- d) Vestir-se, ou seja conseguir vestir e despir o vestuário habitualmente utilizado, incluindo colocar e retirar próteses e ortóteses, sem necessitar da ajuda de terceiros;
- e) Comer e beber, ou seja conseguir ingerir alimentos sólidos e líquidos, preparados e servidos, necessários à sua alimentação, incluindo conseguir sugar por uma palhinha ou usar outros utensílios adaptados, sem necessitar da ajuda de terceiros;
- f) Continência, ou seja, conseguir controlar o funcionamento dos intestinos e/ou bexiga. Incontinência é a incapacidade de uma destas funções, necessitando utilizar regularmente fraldas ou outro tipo de absorvente.

O diagnóstico deve ser inequívoco, confirmado por médico especialista e comprovado clinicamente através dos resultados em testes neurorradiológicos tais como Tomografia Computorizada ou Ressonância Magnética ao cérebro. Esta condição deve ser clinicamente documentada por um período de, pelo menos, 3 (três) meses.

- 22. Perda da visão** é a perda total, permanente e irreversível da visão em ambos os olhos, causada por doença ou acidente. **O diagnóstico deve ser inequívoco, confirmado por médico oftalmologista e comprovado clinicamente por resultados de exames auxiliares específicos de diagnóstico.**
- 23. Perda da Audição** é a perda total, permanente e irreversível da audição em ambos os ouvidos, causada por doença ou acidente. **O diagnóstico deve ser inequívoco, confirmado por médico especialista e comprovado clinicamente por meio de audiometria.**
- 24. Perda da fala** é a perda total e irreversível da capacidade de falar causada por lesão ou doença das cordas vocais. **O diagnóstico deve ser inequívoco, confirmado por médico especialista e esta situação deve ser clinicamente documentada por, pelo menos, 6 (seis) meses.**

Não garante perda psicogénica da fala.

- 25. Queimaduras graves** são queimaduras de terceiro grau em, pelo menos 20% da superfície do corpo. **O diagnóstico deve ser inequívoco, confirmado por médico especialista e comprovado clinicamente por resultados específicos pelo método de Lund Browder ou por um calculador de área queimada equivalente.**
- 26. Coma** é o estado de inconsciência total, com ausência de reação ou resposta a estímulos externos ou necessidades internas, com necessidade de utilização de meios complementares de

suporte de vida, incluindo respiração assistida. **É necessário que esta situação persista continuamente durante, pelo menos, 96 (noventa e seis) horas, e que resulte em deficit neurológico, clinicamente documentado por um período mínimo de 3 (três) meses. O diagnóstico deve ser inequívoco e confirmado por médico especialista e por relatório hospitalar credenciado.**

Não garante coma secundário ao abuso de álcool, de medicamentos ou de estupefacientes.

ARTIGO 3.º – EXCLUSÕES

- 1. Para além das exclusões constantes no artigo 5.º das Condições Gerais, não se consideram garantidas as doenças secundárias ou tumores associados ao Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA) ou vírus da imunodeficiência humana (HIV).**
- 2. Consideram-se sempre excluídas quaisquer consequências, complicações ou sequelas de uma doença preexistente ou de alguma outra já reclamada e já anteriormente paga, independentemente do tempo passado desde o primeiro diagnóstico.**

ARTIGO 4.º – PERÍODO DE CARÊNCIA

- 1. Esta cobertura fica sujeita ao período de carência estabelecido nas Condições Particulares, contado desde a data de adesão contratação desta cobertura.**

- 2. Em consequência do disposto no número anterior, não estão garantidas as doenças que resultem de sintomas verificados durante o período de carência, ainda que diagnosticadas posteriormente.**

ARTIGO 5.º – CESSAÇÃO DA COBERTURA

Sem prejuízo das formas de cessação do contrato ou da adesão, previstas nas Condições Gerais, os efeitos desta cobertura cessam automaticamente, para cada pessoa segura:

- a) Com o pagamento do capital ao abrigo desta cobertura;**
- b) Às 24 (vinte e quatro) horas do último dia da anuidade em que a pessoa segura atinja a idade atuarial estipulada nas Condições Particulares.**

ARTIGO 6.º – CESSAÇÃO DA ADESÃO OU REDUÇÃO DO CAPITAL

- 1. Quando, de acordo com o estipulado nas Condições Particulares, a presente cobertura garanta a antecipação da totalidade do capital da cobertura principal de morte, o pagamento do capital ao abrigo da presente cobertura determina a cessação da adesão da pessoa segura sinistrada.**
- 2. Quando, de acordo com o estipulado nas Condições Particulares, a presente cobertura garanta a antecipação de parte do capital da cobertura principal de morte, o pagamento do capital ao abrigo da presente cobertura não determina a**

cessação da adesão da pessoa segura sinistrada, continuando a mesma em vigor sem a presente cobertura, reduzindo-se automaticamente, relativamente à pessoa segura sinistrada, o capital da cobertura principal de morte e das coberturas complementares, na proporção do capital pago ao abrigo da presente cobertura.

15 – 2.ª OPINIÃO MÉDICA

ARTIGO 1.º – COBERTURA

1. Esta cobertura garante, **até aos limites estabelecidos nas Condições Particulares**, mediante solicitação da(s) pessoa(s) segura(s) aos Serviços de Assistência identificados na apólice, o desenvolvimento das ações necessárias à obtenção de uma segunda opinião médica, **quando se cumpram todos os seguintes requisitos:**
 - a) Tenha sido diagnosticada à(s) pessoa(s) segura(s) alguma doença grave garantida pela cobertura de Doenças Graves contratada;
 - b) O diagnóstico referido na alínea anterior tenha sido efetuado por médico da especialidade, não sendo válidos diagnósticos de médicos de Medicina Geral ou Familiar;
 - c) A pessoa segura tenha residência permanente em Portugal.

2. Para efeitos desta cobertura considera-se “**segunda opinião médica**” a análise não presencial da situação clínica da pessoa segura, por médico da especialidade apropriada à patologia da pessoa segura, que produzirá o respetivo diagnóstico e indicará os tratamentos médicos mais adequados.

Por iniciativa da pessoa segura e **desde que esta suporte a totalidade dos custos**, esta cobertura pode incluir a procura de informação sobre médicos especialistas e hospitais estrangeiros mais adequados ao tratamento da patologia em causa, obtenção de orçamentos, marcação de consultas e outros procedimentos logísticos similares.

3. Fica garantido um único serviço para a mesma patologia para cada pessoa segura, podendo, no entanto, ficar coberto um novo pedido pela mesma patologia quando exista um novo diagnóstico que implique agravamento significativo da mesma ou modificação substancial do tratamento, **desde que devidamente suportado por relatório de médico da especialidade.**

ARTIGO 2.º – FUNCIONAMENTO DA COBERTURA

1. Para acionar esta cobertura, a(s) pessoa(s) segura(s) ou quem a(s) represente, deverá:
 - a) Contatar os Serviços de Assistência identificados na apólice, solicitando o formulário específico para formulação do pedido;

b) Devolver aos Serviços de Assistência, o formulário devidamente preenchido, acompanhado de relatório do médico especialista que efetuou o diagnóstico e de toda a documentação clínica relacionada com a patologia, tal como:

- Exames físicos e histórico médico completo (cópia);
- Raios-x, angiografias, tomografias ou similares;
- Todos os meios eletrónicos de suporte de que disponha (disquetes, vídeos, fitas, etc.) tais como vídeos de endoscopia ou fitas de ecocardiograma;
- Slides da patologia contendo amostras de tecido ou qualquer exame/informação adicional que tenha sido fator decisivo ou tenha parte significativa no diagnóstico.

As despesas de envio dos documentos para os Serviços de Assistência serão suportados pela pessoa segura.

2. Após a receção do formulário e de toda a documentação, os serviços de Assistência enviam o processo para os serviços médicos especializados para ser analisado por médico especialista. Os serviços de assistência suportam as despesas de envio para os serviços médicos especializados e o seu retorno para a pessoa segura.
3. Toda a documentação entregue aos Serviços de Assistência será devolvida à pessoa segura, juntamente com os originais das conclusões e recomendações da segunda opinião médica.
4. O prazo estimado para retorno, à pessoa segura, do processo acompanhado da segunda opinião médica, é de 30 (trinta) dias úteis, contados da entrega de toda a documentação necessária. Caso o trânsito da informação seja atrasado devido a circunstân-

cias imponderáveis ou de força maior, os Serviços de Assistência prestam, à pessoa segura, todas as informações sobre o andamento do processo.

5. Caso seja necessária a realização de exames, consultas ou declarações médicas adicionais, por solicitação do médico responsável pela segunda opinião médica, **será da responsabilidade da pessoa segura providenciar a sua realização e suportar o seu custo.** O trânsito desta informação deverá seguir os critérios estabelecidos nos números anteriores.
6. **Os serviços de assistência não estão obrigados a prestar o serviço de segunda opinião médica quando a pessoa segura não preencha as condições exigidas para a prestação do serviço ou não forneça as informações, documentos e/ou exames essenciais ou complementares solicitados.**
7. **A aceitação ou não das recomendações da segunda opinião médica, bem como o prosseguimento ou alteração do tratamento, são da inteira responsabilidade da pessoa segura e do(s) seu(s) médico(s) assistente(s).**

O serviço de Segunda Opinião Médica constitui mera informação adicional ao parecer do(s) médico(s) assistente(s) da pessoa segura, não se responsabilizando, os Serviços de Assistência ou o segurador, pela utilização, pela pessoa segura ou por outras pessoas ou entidades, da informação prestada no âmbito desta cobertura, ficando deste modo excluídos quaisquer danos ou perdas originados, direta ou indiretamente, pela segunda opinião prestada pelos médicos e/ou profissionais consultados.

ARTIGO 3.º - EXCLUSÕES

Para além das exclusões constantes nas Condições Gerais, consideram-se excluídos(as) desta cobertura:

- a) Pedidos relativos a doenças graves que não estejam garantidas ao abrigo da cobertura de Doenças Graves contratada;
- b) Solicitação de segunda opinião sobre pessoa segura hospitalizada ou sobre admissões hospitalares;
- c) Quaisquer despesas médicas com honorários, medicamentos, internamentos, tratamentos, exames, testes e atos médicos similares, ainda que resultantes de recomendação obtida no âmbito desta cobertura;
- d) Quaisquer despesas de transporte ou alojamento, em Portugal ou no estrangeiro, mesmo quando incorridas na sequência de recomendação obtida no âmbito desta cobertura;
- e) Quaisquer danos ou perdas originados, direta ou indiretamente, pela opinião dos médicos e/ou profissionais consultados;
- f) Serviços solicitados diretamente pela pessoa segura, sem solicitação prévia aos dos Serviços de Assistência identificados na apólice e aceitação expressa destes.

ARTIGO 4.º - PERÍODO DE CARÊNCIA

1. Esta cobertura está sujeita a um período de carência com a mesma duração do que estiver estabelecido para a cobertura de Doenças Graves contratada.
2. O período de carência é contado desde a data de adesão/contratação da presente cobertura.

ARTIGO 5.º - CESSAÇÃO DA COBERTURA

Sem prejuízo das formas de cessação do contrato, previstas nas Condições Gerais, os efeitos desta cobertura cessam automaticamente, para cada pessoa segura:

- a) Quando, por qualquer motivo, cesse a cobertura de Doenças Graves contratada;
- b) Às 24 (vinte e quatro) horas do último dia da anuidade em que a pessoa segura atinja a idade atuarial estipulada nas Condições Particulares.

16 - DESPESAS DE FUNERAL

ARTIGO 1.º - COBERTURA

Esta cobertura garante, em caso de morte da(s) pessoa(s) segura(s), ocorrida durante a vigência desta cobertura, **desde que garantida ao abrigo da cobertura principal de morte, o capital adicional estabelecido nas Condições Particulares, para pagamento das respetivas despesas de funeral.**

ARTIGO 2.º – EXCLUSÕES

São aplicáveis a esta cobertura as exclusões constantes nos n.ºs 1 e 2 do artigo 5.º das Condições Gerais.

ARTIGO 3.º – CESSAÇÃO DA COBERTURA

Sem prejuízo das formas de cessação do contrato ou da adesão, previstas nas Condições Gerais, os efeitos desta cobertura cessam automaticamente, para cada pessoa segura:

- a) Quando, por qualquer motivo, cesse a cobertura principal de morte;
- b) Às 24 (vinte e quatro) horas do último dia da anuidade em que a pessoa segura atinja a idade atuarial estipulada nas Condições Particulares.

17 – DUPLO EFEITO

ARTIGO 1.º – COBERTURA

1. Esta cobertura garante o pagamento do capital adicional estabelecido nas Condições Particulares, em caso de morte do cônjuge da pessoa segura, ocorrida após a morte desta, **desde que se verifiquem, cumulativamente, os seguintes requisitos:**

- a) A morte do cônjuge ocorreu, no máximo, até 180 (cento e oitenta) dias após a morte da pessoa segura;

- b) A morte da pessoa segura ocorreu antes de esta ter completado os 65 (sessenta e cinco) anos de idade e ficou garantida ao abrigo da apólice;
- c) À data da morte o cônjuge tinha, pelo menos, um filho menor da pessoa segura a seu cargo.

2. Para efeitos desta cobertura é equiparado a cônjuge a pessoa que vivia em regime de união de facto com a pessoa segura.

ARTIGO 2.º – EXCLUSÕES

São aplicáveis a esta cobertura as exclusões constantes no artigo 5.º das Condições Gerais, sendo, para este efeito o cônjuge ou unido de facto equiparado a “pessoa segura”.

ARTIGO 3.º – PAGAMENTO DO CAPITAL

1. O capital seguro será repartido em partes iguais pelos filhos da pessoa segura que se encontrem na situação prevista na alínea c) do n.º 1 do artigo 1.º desta Condição Especial.
2. São aplicáveis a esta cobertura as disposições constantes do artigo 34.º das Condições Gerais, devendo, em caso de sinistro, ser entregue à MAPFRE a documentação referida no seu n.º 6 relativa ao cônjuge da pessoa segura.

ARTIGO 4.º – CESSAÇÃO DA COBERTURA

Sem prejuízo das formas de cessação do contrato ou da adesão, previstas nas Condições Gerais, os efeitos desta cobertura cessam automaticamente, relativamente a cada pessoa segura, na primeira das seguintes datas:

- a) Na data em que a pessoa segura atinja a idade de 65 (sessenta e cinco) anos;
- b) Às 24 (vinte e quatro) horas do último dia da anuidade em que o cônjuge da pessoa segura atinja a idade de 65 (sessenta e cinco) anos;
- c) 180 (cento e oitenta) dias após a morte da pessoa segura;
- d) Na data em que o cônjuge sobrevivente contraia matrimónio após a morte da pessoa segura.

18 – FILHOS MENORES A CARGO

ARTIGO 1.º – COBERTURA

Esta cobertura garante, em caso de morte da pessoa segura, **desde que garantida ao abrigo da cobertura principal de morte**, o pagamento do capital adicional estabelecido nas Condições Particulares, quando existam filhos menores da pessoa segura, à data da morte ou nascidos no prazo máximo de 270 (duzentos e setenta) dias após essa data.

ARTIGO 2.º – PAGAMENTO DO CAPITAL

O capital seguro será repartido em partes iguais pelos filhos menores da pessoa segura, referidos no artigo anterior.

ARTIGO 3.º – CESSAÇÃO DA COBERTURA

Sem prejuízo das formas de cessação do contrato ou da adesão previstas nas Condições Gerais, os efeitos desta cobertura cessam automaticamente, para cada pessoa segura, às 24 (vinte e quatro) horas do último dia da anuidade em que a pessoa segura atinja a idade atuarial estipulada nas Condições Particulares.

ANEXOS

INFORMAÇÃO ADICIONAL SOBRE PROTEÇÃO DE DADOS

Quem é o responsável pelo tratamento dos seus dados pessoais?

A informação e/ou dados pessoais que nos forneça, incluindo, eventualmente, os de saúde, serão incluídos num ficheiro cujo responsável é:

- **Identidade:** MAPFRE Seguros de Vida, S.A., NIPC 509 056 253
- **Endereço postal:** Rua Doutor António Loureiro Borges, 9, Edifício Zenith – Miraflores, 1495-131 Algés
- **Telefone:** 21 073 92 83
(chamada para a rede fixa nacional. O custo da chamada depende do tarifário que tiver acordado com o seu operador de comunicações)
- **Correio eletrónico:** protecaodedados@mapfre.pt
- **Contacto do Delegado de Proteção de Dados:**
DPO.Portugal@mapfre.com

Com que finalidade tratamos os seus dados pessoais?

A MAPFRE Seguros de Vida, S.A. tratará todos os dados pessoais fornecidos voluntariamente pelos titulares dos dados, diretamente ou através do seu mediador, e os que se obtenham mediante gravação de conversas telefónicas ou como consequência da sua navegação por páginas *web* de Internet ou outro meio, com finalidade de desenvolvimento do contrato ou de consulta, solicitação ou contratação de qualquer serviço ou produto, mesmo após a cessação da relação pré-contratual ou contratual, para as seguintes finalidades:

- Gestão da atividade seguradora e/ou cumprimento do contrato ou précontrato de seguro assim como das obrigações legais.

- Valoração e delimitação do risco, prevenção e investigação de fraude na seleção de risco e na gestão de sinistros, ainda que não se formalize o contrato de seguro ou após a sua cessação.
- Realização de estudos e cálculos estatísticos, inquéritos, análises de tendências de mercado e controlo de qualidade.
- Tramitação, seguimento e atualização de qualquer solicitação de informação, relação negocial, pré-contratual ou contratual, de qualquer uma das diversas entidades do Grupo MAPFRE e a gestão da atividade com mediadores de seguros.
- Manutenção e gestão integral e centralizada da sua relação com as diversas entidades do Grupo MAPFRE.

Todos os dados recolhidos, bem como os tratamentos e finalidades anteriormente indicados(as) são necessários ou estão relacionados com a adequada manutenção, desenvolvimento e controlo da relação contratual.

Somente no caso de não ter manifestado expressamente a sua oposição, as finalidades aceites incluem o envio de informações e publicidade, inclusive por via eletrónica, sobre ofertas, produtos, recomendações, serviços, promoções, brindes e campanhas de fidelização da MAPFRE Seguros de Vida, S.A. e das diversas entidades do Grupo MAPFRE (www.mapfre.com) ou de terceiras entidades com as quais qualquer empresa do Grupo MAPFRE tenha celebrado acordos de colaboração; extração, armazenamento de dados e estudos de *marketing*, visando adequar as ofertas comerciais ao seu perfil particular, ainda que não se formalize alguma operação ou após a cessação da relação contratual.

A fim de executar adequadamente o contrato de seguro e poder oferecer-lhe produtos e serviços de acordo com os seus interesses, iremos elaborar, com base na informação fornecida, diferentes perfis em função dos seus interesses e necessidades e da estratégia de negócio do Grupo MAPFRE, pelo que serão tomadas decisões automatizadas com base nos referidos perfis.

Durante quanto tempo iremos conservar os seus dados pessoais?

Os dados pessoais fornecidos serão conservados durante o prazo determinado com base nos seguintes critérios: (i) obrigação legal de conservação; (ii) duração da relação contratual e cumprimento de quaisquer responsabilidades decorrentes da referida relação; e (iii) pedido de supressão por parte do titular dos dados nos casos em que se justifique.

Qual a nossa legitimidade para tratar os seus dados?

A base jurídica para o tratamento dos seus dados com as finalidades indicadas no ponto “*Com que finalidade tratamos os seus dados pessoais?*” é a execução do contrato de seguro. A oferta futura de produtos e serviços indicada no ponto “*Com que finalidade tratamos os seus dados pessoais?*” baseia-se no consentimento que, eventualmente, tenha concedido, sem que em caso algum a retirada deste consentimento condicione a execução do contrato de seguro.

É sua obrigação fornecer-nos os seus dados pessoais para a celebração do contrato de seguro. Caso não o faça, a MAPFRE Seguros de Vida, S.A. reserva-se o direito de não celebrar o contrato de seguro.

A quem serão comunicados os seus dados?

A MAPFRE Seguros de Vida, S.A. poderá comunicar os seus dados, incluindo os de saúde e os de sinistros vinculados às apólices, exclusivamente para as finalidades indicadas no ponto “*Com que finalidade tratamos os seus dados pessoais?*”, a outras entidades seguradoras, resseguradoras, de mediação de seguros, financeiras, imobiliárias ou de prestação de serviços relacionados com o seu campo de atividade pertencentes ao Grupo MAPFRE (www.mapfre.com), filiais e participadas, Fundação MAPFRE, entidades públicas e a outras pessoas singulares ou coletivas que também desenvolvam qualquer uma das referidas atividades e com as quais as diversas entidades do Grupo MAPFRE celebrem acordos de colaboração, mesmo que não se formalize alguma operação ou após a cessação da relação contratual e sem que haja necessidade de lhe comunicar a primeira comunicação que seja efetuada aos referidos destinatários.

Além disso, qualquer entidade pertencente ao Grupo MAPFRE (www.mapfre.com), filiais e participadas, pode comunicar os dados pessoais a qualquer uma das entidades anteriormente referidas, com a finalidade de manter uma gestão integral e centralizada da relação dos titulares dos dados com as diversas entidades do Grupo MAPFRE, e que os titulares dos dados possam beneficiar da possibilidade de acesso aos seus dados a partir de qualquer uma delas, respeitando sempre a legislação aplicável em matéria de proteção de dados de carácter pessoal e sem que haja necessidade de comunicar aos titulares dos dados a primeira comunicação efetuada. A comunicação dos dados entre entidades do Grupo MAPFRE é necessária para a manutenção da gestão integral e centralizada da sua relação com a MAPFRE Seguros de Vida, S.A., a aplicação dos descontos de prémio e demais benefícios decorrentes dessa circunstância e a gestão de programas de fidelização no caso de subscrição dos mesmos.

No âmbito das comunicações indicadas no parágrafo anterior, poderão ser realizadas transferências internacionais de dados para países terceiros ou organizações internacionais, sobre as quais exista ou não uma decisão de adequação da Comissão Europeia relativamente às mesmas. As transferências internacionais para países que não possam garantir um nível de proteção adequado terão carácter excecional e realizar-se-ão sempre que sejam imprescindíveis para a execução adequada da relação contratual.

O Grupo MAPFRE dispõe de cláusulas tipo de proteção de dados para garantir adequadamente a proteção dos seus dados no âmbito das comunicações e transferências internacionais dos seus dados, nos países em que a sua aplicação não seja possível.

Quais os seus direitos quando nos fornece os seus dados?

Nos termos e de acordo com o disposto na legislação em vigor, qualquer pessoa tem o direito de:

- Confirmar se na MAPFRE Seguros de Vida, S.A. estamos a tratar dados pessoais que lhe digam respeito ou não, aceder aos mesmos e à informação relacionada com o respetivo tratamento.
- Solicitar a retificação dos dados incorretos.
- Solicitar a supressão dos dados caso, entre outras razões, já não sejam necessários para os fins para os quais foram recolhidos, caso em que a MAPFRE Seguros de Vida, S.A. deixará de tratar os dados salvo para o exercício ou a defesa de eventuais reclamações.
- Solicitar a limitação do tratamento dos seus dados, caso em que somente poderão ser tratados com o seu consentimento, exceto a respetiva conservação e utilização para o exercício ou a defesa de

reclamações ou com vista à proteção dos direitos de outra pessoa singular ou coletiva ou por razões de interesse público importante da União Europeia ou de um determinado Estado-Membro.

- Opor-se ao tratamento dos seus dados, caso em que, a MAPFRE Seguros de Vida, S.A. deixará de tratar os dados salvo para a defesa de eventuais reclamações.
- Receber num formato estruturado, de uso corrente e leitura automática os dados pessoais que lhe digam respeito e que tenha fornecido à MAPFRE Seguros de Vida, S.A., ou solicitar à MAPFRE Seguros de Vida, S.A. que os transmita diretamente a outro responsável desde que tal seja tecnicamente possível.
- Retirar o consentimento concedido, eventualmente, para a finalidade incluída no ponto "*Com que finalidade tratamos os seus dados pessoais?*", sem que tal afete a licitude do tratamento baseado no consentimento prévio à sua retirada.

Os anteriores direitos de acesso, retificação, supressão, limitação, oposição e portabilidade poderão ser exercidos diretamente pelo titular dos dados ou através de representante legal ou voluntário, através de comunicação escrita dirigida a Área de Privacidade e Proteção de Dados, Rua Doutor António Loureiro Borges, 9, Edifício Zenith – Miraflores, 1495-131 Algés.

O titular dos dados pode apresentar uma reclamação junto da Comissão Nacional de Proteção de Dados, nomeadamente quando considere que não obteve satisfação no exercício dos seus direitos, através da página *web* disponibilizada para o efeito pela Autoridade de Controlo em questão.

