

CONDIÇÕES GERAIS

Seguro de **Vida | Risco Individual**

Visite-nos em **mapfre.pt**, numa das mais de 100 lojas espalhadas por todo o país ou contacte um dos nossos mediadores.

CONDIÇÕES GERAIS E ESPECIAIS DO SEGURO DE VIDA RISCO INDIVIDUAL

ÍNDICE

CONDIÇÕES GERAIS

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 – Âmbito territorial.....	8
ARTIGO 4.º – Exclusões gerais.....	9
ARTIGO 5.º – Perda do Benefício.....	11

CAPÍTULO II

DECLARAÇÃO DO RISCO, INICIAL E SUPERVENIENTE

ARTIGO 6.º – Dever de declaração inicial do risco.....	11
ARTIGO 7.º – Incumprimento doloso do dever de declaração inicial do risco.....	12
ARTIGO 8.º – Incumprimento negligente do dever de declaração inicial do risco.....	12
ARTIGO 9.º – Incontestabilidade.....	13
ARTIGO 10.º – Erro sobre a idade da pessoa segura.....	13
ARTIGO 11.º – Agravamento do risco.....	13
ARTIGO 12.º – Sinistro e agravamento do risco.....	14

CAPÍTULO III PRÉMIOS

ARTIGO 13.º – Cálculo do prémio.....	14
ARTIGO 14.º – Pagamento do prémio.....	15
ARTIGO 15.º – Vencimento dos prémios.....	15
ARTIGO 16.º – Aviso de pagamento dos prémios.....	15
ARTIGO 17.º – Falta de pagamento do prémio.....	15
ARTIGO 18.º – Falta de pagamento em caso de estipulação beneficiária irrevogável.....	16

CAPÍTULO IV

INÍCIO DE EFEITOS, DURAÇÃO E VICISSITUDES DO CONTRATO

ARTIGO 19.º – Início de efeitos.....	16
ARTIGO 20.º – Duração do contrato.....	16
ARTIGO 21.º – Beneficiários.....	16
ARTIGO 22.º – Alteração do contrato.....	17
ARTIGO 23.º – Denúncia do contrato.....	18
ARTIGO 24.º – Resolução do contrato.....	18
ARTIGO 25.º – Reposição em vigor.....	18
ARTIGO 26.º – Outras causas de cessação do contrato.....	18
ARTIGO 27.º – Comunicação da cessação do contrato aos beneficiários e à pessoa segura.....	18

CAPÍTULO V

PRESTAÇÃO PRINCIPAL DA MAPFRE

ARTIGO 28.º – Pagamento do capital19

ARTIGO 29.º – Interpretação da cláusula beneficiária.....22

CAPÍTULO VI

DIREITOS E OBRIGAÇÕES DAS PARTES

ARTIGO 30.º – Informação sobre exames médicos22

ARTIGO 31.º – Informações na vigência do contrato23

ARTIGO 32.º – Direito de livre resolução23

ARTIGO 33.º – Participação nos resultados23

ARTIGO 34.º – Obrigações do tomador do seguro, pessoa segura
ou beneficiário em caso de sinistro23

ARTIGO 35.º – Obrigações em caso de pluralidade de seguros.....24

CAPÍTULO VII

DISPOSIÇÕES DIVERSAS

ARTIGO 36.º – Intervenção de mediador de seguros.....24

ARTIGO 37.º – Comunicações e notificações entre as partes.....25

ARTIGO 38.º – Lei aplicável, reclamações e arbitragem.....25

ARTIGO 39.º – Regime fiscal25

ARTIGO 40.º – Foro25

CONDIÇÕES ESPECIAIS

> MORTE POR ACIDENTE

ARTIGO 1.º – Cobertura26

ARTIGO 2.º – Exclusões26

ARTIGO 3.º – Cessaçã da cobertura26

> MORTE POR ACIDENTE DE CIRCULAÇÃO

ARTIGO 1.º – Cobertura26

ARTIGO 2.º – Exclusões26

ARTIGO 3.º – Cessaçã da cobertura26

> INVALIDEZ DEFINITIVA PARA A PROFISSÃO OU ATIVIDADE COMPATÍVEL

ARTIGO 1.º – Cobertura27

ARTIGO 2.º – Cessaçã da cobertura28

ARTIGO 3.º – Cessaçã do contrato.....28

> INVALIDEZ DEFINITIVA PARA A PROFISSÃO OU ATIVIDADE COMPATÍVEL POR ACIDENTE

ARTIGO 1.º – Cobertura28

ARTIGO 2.º – Exclusões30

ARTIGO 3.º – Cessaçã da cobertura30

ARTIGO 4.º – Cessaçã do contrato.....30

> INVALIDEZ DEFINITIVA PARA A PROFISSÃO OU ATIVIDADE COMPATÍVEL POR ACIDENTE DE CIRCULAÇÃO

ARTIGO 1.º – Cobertura	30
ARTIGO 2.º – Exclusões	31
ARTIGO 3.º – Cessação da cobertura	31
ARTIGO 4.º – Cessação do contrato	32

> INVALIDEZ DEFINITIVA PARA QUALQUER PROFISSÃO

ARTIGO 1.º – Cobertura	32
ARTIGO 2.º – Cessação da cobertura	33
ARTIGO 3.º – Cessação do contrato	34

> INVALIDEZ DEFINITIVA PARA QUALQUER PROFISSÃO POR ACIDENTE

ARTIGO 1.º – Cobertura	34
ARTIGO 2.º – Exclus�es	35
ARTIGO 3.º – Cessação da cobertura	35
ARTIGO 4.º – Cessação do contrato	36

> INVALIDEZ DEFINITIVA PARA QUALQUER PROFISSÃO POR ACIDENTE DE CIRCULAÇÃO

ARTIGO 1.º – Cobertura	36
ARTIGO 2.º – Exclus�es	37
ARTIGO 3.º – Cessação da cobertura	38
ARTIGO 4.º – Cessação do contrato	38

> INVALIDEZ ABSOLUTA E DEFINITIVA

ARTIGO 1.º – Cobertura	38
ARTIGO 2.º – Cessação da cobertura	39
ARTIGO 3.º – Cessação do contrato	40

> INVALIDEZ ABSOLUTA E DEFINITIVA POR ACIDENTE

ARTIGO 1.º – Cobertura	40
ARTIGO 2.º – Exclus�es	41
ARTIGO 3.º – Cessação da cobertura	41
ARTIGO 4.º – Cessação do contrato	41

> INVALIDEZ ABSOLUTA E DEFINITIVA POR ACIDENTE DE CIRCULAÇÃO

ARTIGO 1.º – Cobertura	42
ARTIGO 2.º – Exclus�es	43
ARTIGO 3.º – Cessação da cobertura	43
ARTIGO 4.º – Cessação do contrato	43

> 6 DOENÇAS GRAVES

ARTIGO 1.º – Cobertura	44
ARTIGO 2.º – �mbito da garantia	44
ARTIGO 3.º – Exclus�es	44
ARTIGO 4.º – Período de car�ncia	47
ARTIGO 5.º – Cessação da cobertura	47
ARTIGO 6.º – Cessação ou redução do contrato	47

> 16 DOENÇAS GRAVES

ARTIGO 1.º – Cobertura	48
ARTIGO 2.º – Âmbito da garantia	48
ARTIGO 3.º – Exclusões	54
ARTIGO 4.º – Período de carência	54
ARTIGO 5.º – Cessação da cobertura	54
ARTIGO 6.º – Cessação ou redução do contrato	54

> 26 DOENÇAS GRAVES

ARTIGO 1.º – Cobertura	55
ARTIGO 2.º – Âmbito da garantia	55
ARTIGO 3.º – Exclusões	65
ARTIGO 4.º – Período de carência	65
ARTIGO 5.º – Cessação da cobertura	65
ARTIGO 6.º – Cessação ou redução do contrato	65

> 2.ª OPINIÃO MÉDICA

ARTIGO 1.º – Cobertura	66
ARTIGO 2.º – Funcionamento da cobertura	66
ARTIGO 3.º – Exclusões	68
ARTIGO 4.º – Período de carência	68
ARTIGO 5.º – Cessação da cobertura	68

> INCAPACIDADE TEMPORÁRIA ABSOLUTA

ARTIGO 1.º – Cobertura	69
ARTIGO 2.º – Definições	69
ARTIGO 3.º – Âmbito da garantia	69
ARTIGO 4.º – Exclusões	70
ARTIGO 5.º – Limites da prestação em caso de sinistro	70
ARTIGO 6.º – Obrigações da pessoa segura em caso de sinistro	71
ARTIGO 7.º – Alteração do valor seguro ou suspensão da cobertura	72
ARTIGO 8.º – Cessação da cobertura	73

> DESPESAS DE FUNERAL

ARTIGO 1.º – Cobertura	73
ARTIGO 2.º – Exclusões	73
ARTIGO 3.º – Cessação da cobertura	73

> PRÉMIOS DE SEGURO EM DÍVIDA

ARTIGO ÚNICO – Cobertura	74
---------------------------------------	----

ANEXOS

INFORMAÇÃO ADICIONAL SOBRE PROTEÇÃO DE DADOS	75
---	----

CONDIÇÕES GERAIS E ESPECIAIS DO SEGURO DE VIDA RISCO INDIVIDUAL

CONDIÇÕES GERAIS

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 que se regula pelas Condições Gerais, Especiais e Particulares desta apólice, de harmonia com as declarações constantes da proposta que lhe serviu de base e da qual faz 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 da pessoa segura e a determinação do prémio ou a fórmula do respetivo cálculo.
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.

CLÁUSULAS PARTICULARES: Cláusulas que complementam ou especificam disposições das Condições Gerais e Especiais.

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

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.

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 responsável pelo pagamento dos prémios.

PESSOA SEGURA: Pessoa sujeita aos riscos que, nos termos acordados, são objeto do presente contrato.

SEGURO SOBRE DUAS OU MAIS PESSOAS: Contrato que considera duas ou mais pessoas seguras.

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

BENEFICIÁRIO: Pessoa ou entidade a favor da qual é celebrado o presente 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 beneficiário, que cause a morte da pessoa segura ou nesta origine 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 da pessoa segura, vítima do acidente, ser peão, condutor ou passageiro do referido veículo.

MORTE MEDICAMENTE ASSISTIDA: A morte que ocorra por decisão da própria pessoa segura, em exercício do seu direito fundamental à autodeterminação e livre desenvolvimento da personalidade, quando praticada ou ajudada por profissionais de saúde, por meio de suicídio medicamente assistido ou de eutanásia, nos termos previstos na legislação específica em vigor. Para efeitos da garantia do presente contrato, considera-se equiparada à morte, não sendo fator de exclusão.

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

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, 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 DE MORTE:** A MAPFRE garante, nos termos e condições do contrato, o pagamento do capital seguro estabelecido nas Condições Particulares, em caso de morte da pessoa segura, ocorrida durante a vigência do contrato.
2. Se o seguro for sobre duas ou mais pessoas o capital garantido pode ser único para o conjunto das pessoas seguras ou por pessoa segura, consoante estipulado nas Condições Particulares.
3. 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 do contrato.
4. **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 respetivas Condições Especiais:
 - > Morte por Acidente
 - > Morte por Acidente de Circulação
 - > Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível
 - > Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível por Acidente
 - > Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível por Acidente de Circulação

- > Invalidez Definitiva para Qualquer Profissão
- > Invalidez Definitiva para Qualquer Profissão por Acidente
- > Invalidez Definitiva para Qualquer Profissão por Acidente de Circulação
- > Invalidez Absoluta e Definitiva
- > Invalidez Absoluta e Definitiva por Acidente
- > Invalidez Absoluta e Definitiva por Acidente de Circulação
- > 6 Doenças Graves
- > 16 Doenças Graves
- > 26 Doenças Graves
- > 2.ª Opinião Médica
- > Incapacidade Temporária Absoluta
- > Despesas de Funeral
- > Prémios de Seguro em Dívida

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

ARTIGO 3.º – ÂMBITO TERRITORIAL

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

ARTIGO 4.º – EXCLUSÕES GERAIS

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 do contrato ou durante um ano após cada eventual reposição em vigor ou aumento de capital, propostos pelo tomador do seguro. 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 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 seguro, 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 atómica, 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, ultraligeiro, 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 condução, pela pessoa segura, 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 do contrato ou da cobertura;

- b) Suicídio ou tentativa de suicídio;
 - c) Intervenção cirúrgica exceto quando esta se imponha em consequência de acidente.
4. Não ficam garantidos pagamentos ou compensações de qualquer espécie que possam expor a MAPFRE a qualquer sanção, proibição ou restrição ao abrigo de resoluções das Nações Unidas ou de sanções comerciais ou económicas, leis ou regulamentos da União Europeia, Reino Unido ou Estados Unidos da América.

ARTIGO 5.º – PERDA DO BENEFÍCIO

1. Perde(m) o direito à prestação, integrando-se o capital a que teria(m) direito no património da pessoa segura:
 - a) O autor, cúmplice, instigador ou encobridor do homicídio doloso da pessoa segura, ainda que não consumado;
 - b) O(s) profissional(ais) de saúde que participe(m), a qualquer título, no procedimento clínico de morte medicamente assistida da pessoa segura;
 - c) O representante designado pela pessoa segura para a substituir no procedimento de morte medicamente assistida nos termos previstos na legislação específica em vigor.
2. Se existirem vários beneficiários, os não intervenientes conservam os seus direitos.

CAPÍTULO II

DECLARAÇÃO DO RISCO, INICIAL E SUPERVENIENTE

ARTIGO 6.º – DEVER DE DECLARAÇÃO INICIAL DO RISCO

1. O tomador do seguro e a pessoa segura estão obrigados, antes da celebração do contrato, 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, salvo havendo dolo do tomador do seguro ou da pessoa segura 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 e a pessoa segura 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 7.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 é anulável mediante declaração enviada pela MAPFRE ao tomador do seguro.
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 pessoa segura com o propósito de obter uma vantagem, o prémio é devido até ao termo do contrato.

ARTIGO 8.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, no prazo de 3 (três) meses a contar do seu conhecimento:
 - a) Propor uma alteração do contrato, 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, demonstrando que, em caso algum, celebra contratos para a cobertura de riscos relacionados com o facto omitido ou declarado inexatamente.
2. O contrato 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 da proposta de alteração, caso este 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, 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 se tivesse conhecido o facto omitido ou declarado inexatamente, não cobre o sinistro e fica apenas vinculada à devolução do prémio.

ARTIGO 9.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.
- 2. O disposto no número anterior não é aplicável às coberturas complementares.

ARTIGO 10.º – ERRO SOBRE A IDADE DA PESSOA SEGURA

- 1. O erro sobre a idade da pessoa segura é causa de anulabilidade do contrato se a idade verdadeira divergir do limite mínimo e máximo estabelecido pela MAPFRE para a celebração deste tipo de 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 a MAPFRE devolve o prémio em excesso sem juros, consoante o caso.

ARTIGO 11.º – AGRAVAMENTO DO RISCO

- 1. O tomador do seguro e a pessoa segura têm o dever de, durante a vigência do contrato, 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 para fora de Portugal ou o início da prática de qualquer atividade que possa provocar alterações no risco.
- 2. Sem prejuízo do disposto no número anterior, a deslocação da pessoa segura ao estrangeiro deverá ser previamente comunicada à MAPFRE, nos termos do disposto em cláusula constante nas Condições Particulares.
- 3. 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 proposta de modificação do contrato, que este deve aceitar ou recusar em igual prazo, findo o qual se entende aprovada a modificação proposta;
 - b) Reduzir o contrato à cobertura principal de morte, demonstrando que, em caso algum, celebra contratos que cubram riscos com as características resultantes desse agravamento do risco.
- 4. A declaração de redução do contrato à cobertura principal de morte produz os seus efeitos no 10.º (décimo) dia útil posterior à data do registo.

5. 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 pessoa segura, às coberturas complementares de acidente e de invalidez por acidente ou doença.

ARTIGO 12.º – SINISTRO E AGRAVAMENTO DO RISCO

1. Se antes da cessação ou da alteração do contrato 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 pessoa segura 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 pessoa segura, a MAPFRE não está obrigada ao pagamento da prestação se demonstrar que, em caso algum, celebra contratos que cubram riscos com as características resultantes desse agravamento.

CAPÍTULO III PRÉMIOS

ARTIGO 13.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 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 agravamentos por maior risco resultantes de doenças ou incapacidades preexistentes da pessoa segura ou pela existência de outros fatores tais como risco de estada, risco financeiro ou risco profissional e, nesse caso, a MAPFRE informará o tomador do seguro 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 prêmios 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 14.º – PAGAMENTO DO PRÉMIO

1. O prémio é devido pelo tomador do seguro antecipadamente, de uma só vez (prémio único) ou anualmente, de acordo com o estabelecido nas Condições Particulares.
2. A MAPFRE pode facultar o fracionamento dos prémios, desde que o tomador do seguro satisfaça os respetivos encargos.
3. 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.

ARTIGO 15.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.
2. As frações seguintes do prémio inicial, o prémio de anuidades subsequentes e as sucessivas frações deste são devidos nas datas estabelecidas no contrato.
3. A parte do prémio correspondente a alterações ao contrato é devida na data indicada no respetivo aviso.

ARTIGO 16.º – AVISO DE PAGAMENTO DOS PRÉMIOS

1. Na vigência do contrato, a MAPFRE deve avisar por escrito o tomador do seguro 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 da documentação contratual referida neste número.

ARTIGO 17.º – FALTA DE PAGAMENTO DO PRÉMIO

1. O contrato só produzirá efeitos desde que seja pago o prémio inicial ou a primeira fração deste, no prazo de 30 (trinta) dias a contar da data de aviso de pagamento enviado pela MAPFRE.
2. A falta de pagamento dos prémios ou frações 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.**

ARTIGO 18.º – FALTA DE PAGAMENTO EM CASO DE 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 convenionadas para a falta de pagamento do prémio.

CAPÍTULO IV

INÍCIO DE EFEITOS, DURAÇÃO E VICISSITUDES DO CONTRATO

ARTIGO 19.º – INÍCIO DE EFEITOS

1. **O presente contrato produz os seus efeitos a partir do dia e hora indicados nas Condições Particulares.**
2. 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.

3. **Em caso algum o contrato produzirá efeitos antes da receção da proposta pela MAPFRE.**

4. O fixado nos números anteriores é igualmente aplicável ao início de efeitos do contrato, caso distinto do início da cobertura dos riscos.

ARTIGO 20.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 indicada nas Condições Particulares, cessando os seus efeitos às 24 (vinte e quatro) horas do último dia do seu prazo.**

ARTIGO 21.º – BENEFICIÁRIOS

1. O tomador do seguro ou quem este indique, designa o(s) beneficiário(s), podendo a designação ser feita na proposta de seguro, em declaração escrita recebida pela MAPFRE, posterior à emissão da apólice, ou em testamento.
2. A pessoa que designa o(s) beneficiário(s) pode 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 pessoa segura tenha assinado, juntamente com o tomador do seguro, a proposta de seguro de que conste a designação beneficiária ou tendo a pessoa segura designado o beneficiário, a alteração da designação beneficiária pelo tomador do seguro carece do acordo da pessoa segura.
 5. A alteração da designação beneficiária feita por pessoa diversa da pessoa segura ou sem o acordo desta, deve ser comunicada pela MAPFRE à pessoa segura.
 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 pessoa segura impedido(a) de efetuar qualquer alteração à cláusula beneficiária.
 8. A renúncia do tomador do seguro ou da pessoa segura 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 pessoa segura readquire o direito pleno ao exercício das garantias contratuais se o beneficiário aceitante comunicar, por escrito à MAPFRE, que deixou de ter interesse no benefício.
 11. Uma vez iniciado um procedimento clínico de morte medicamente assistida nos termos da legislação específica aplicável, não é possível a alteração da designação beneficiária.
- #### ARTIGO 22.º – ALTERAÇÕES AO CONTRATO
1. Sem prejuízo do disposto no artigo anterior, o tomador do seguro pode 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 da 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 pessoa segura ou ao resultado favorável de exames médicos a realizar pela pessoa segura.

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 23.º – DENÚNCIA DO CONTRATO

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.

ARTIGO 24.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.

ARTIGO 25.º – REPOSIÇÃO EM VIGOR

Salvo convenção em contrário nas Condições Particulares, não é permitida a reposição do contrato em vigor após a sua denúncia ou resolução.

ARTIGO 26.º – OUTRAS CAUSAS DE CESSAÇÃO DO CONTRATO

1. Sem prejuízo do disposto nos artigos anteriores, o contrato cessa automaticamente os seus efeitos, sem possibilidade de prorrogação, às 24 (vinte e quatro) horas do último dia da anuidade em que a pessoa segura atinja a idade atuarial estipulada nas Condições Particulares.

2. O pagamento do capital por morte determina a cessação do contrato.

3. O pagamento do capital ao abrigo das outras garantias pode determinar a cessação do contrato consoante estipulado na correspondente Condição Especial.

4. Em caso de morte da pessoa segura por qualquer das causas excluídas no artigo 4.º, o contrato caduca sem qualquer restituição de prémio.

5. Se o seguro for sobre duas ou mais pessoas, a verificação de uma das circunstâncias previstas nos números anteriores relativamente a uma das pessoas seguras pode determinar a cessação do contrato para as restantes pessoas seguras, consoante estipulado nas Condições Particulares.

ARTIGO 27.º – COMUNICAÇÃO DA CESSAÇÃO DO CONTRATO AOS BENEFICIÁRIOS E À PESSOA SEGURA

A MAPFRE deve comunicar a cessação do contrato aos beneficiários com designação irrevogável, desde que identificados na apólice e à pessoa segura, sempre que esta não coincida com o tomador.

CAPÍTULO V

PRESTAÇÃO PRINCIPAL DA MAPFRE

ARTIGO 28.º – PAGAMENTO DO CAPITAL

1. Em caso de ocorrência de sinistro coberto pela apólice, a MAPFRE pagará ao(s) beneficiário(s), o capital seguro constante nas Condições Particulares. Consoante a modalidade de seguro contratada, o pagamento do capital poderá ser efetuado sob a forma de pagamento único e/ou fracionado com a periodicidade e duração estabelecida nas Condições Particulares.
2. Salvo estipulação em contrário, os pagamentos por morte da pessoa segura são prestados:
 - a) Ao(s) beneficiário(s) designado(s) nos termos do previsto no artigo 21.º;
 - 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 previstos no artigo 21.º;
 - b) Na falta de designação de beneficiário(s), à própria pessoa segura ou a quem a representar.
5. O pagamento do capital seguro 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 pessoa segura (cópia simples);
 - c) Documentos comprovativos da identidade e identificação fiscal do(s) beneficiário(s), sem prejuízo de quaisquer outros comprovativos da respetiva qualidade quando cônjuge 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 de 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 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 contratação.
- 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. 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 29.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 30.º – INFORMAÇÃO SOBRE EXAMES MÉDICOS

1. Quando haja lugar à realização de exames médicos, a MAPFRE entregará ao candidato a pessoa segura, 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 pessoa segura ou a quem esta expressamente indique.
4. Essa comunicação deve ser feita por um médico, salvo se as circunstâncias forem já do conhecimento da pessoa segura ou se puder supor-se, à luz da experiência comum, que já as conhecia.

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

6. A MAPFRE não pode recusar-se a fornecer à pessoa segura 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 31.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 32.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 resolução do contrato deve ser comunicada à MAPFRE por escrito, em suporte de papel ou outro meio duradouro disponível e acessível à MAPFRE.

4. 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 33.º – PARTICIPAÇÃO NOS RESULTADOS

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

ARTIGO 34.º – OBRIGAÇÕES DO TOMADOR DO SEGURO, PESSOA SEGURA OU BENEFICIÁRIO EM CASO DE SINISTRO

1. Em caso de sinistro, o tomador do seguro, pessoa segura ou beneficiário(s) obrigam-se a:

- a) **Participar o sinistro, por escrito, à MAPFRE, no mais curto prazo 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 nos termos do disposto no artigo 28.º;
 - 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 35.º – OBRIGAÇÕES EM CASO DE PLURALIDADE DE SEGUROS

1. O tomador do seguro ou a pessoa segura deve 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 36.º – INTERVENÇÃO DE 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 37.º – COMUNICAÇÕES E NOTIFICAÇÕES ENTRE AS PARTES

1. As comunicações ou notificações do tomador do seguro ou da pessoa segura 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, considerando-se validamente efetuadas se remetidas para o respetivo endereço constante da apólice.

ARTIGO 38.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 39.º – REGIME FISCAL

O presente contrato está sujeito ao regime fiscal português.

ARTIGO 40.º – FORO

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS

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

> 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 de morte, em caso de morte da pessoa segura, durante a vigência desta cobertura, causada por acidente ocorrido durante essa vigência.

ARTIGO 2.º – EXCLUSÕES

Para além das exclusões constantes no artigo 4.º das Condições Gerais, considera-se excluída a morte que seja consequência, direta ou indireta, de acidente resultante da utilização como passageiro, pela pessoa segura, de veículos motorizados de duas ou três rodas ou moto-quatro.

ARTIGO 3.º – CESSAÇÃO DA COBERTURA

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

2. Se o seguro for sobre duas ou mais pessoas, a cessação da cobertura por idade de uma das pessoas seguras pode determinar a cessação da cobertura para as restantes pessoas seguras, consoante estipulado nas Condições Particulares.

> 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 de morte, em caso de morte da pessoa segura, durante a vigência desta cobertura, causada por acidente de circulação ocorrido durante essa vigência.

ARTIGO 2.º – EXCLUSÕES

Para além das exclusões constantes no artigo 4.º das Condições Gerais, considera-se excluída a morte que seja consequência, direta ou indireta, de acidente resultante da utilização como passageiro, pela pessoa segura, de veículos motorizados de duas ou três rodas ou moto-quatro.

ARTIGO 3.º – CESSAÇÃO DA COBERTURA

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

2. Se o seguro for sobre duas ou mais pessoas, a cessação da cobertura por idade de uma das pessoas seguras pode determinar a cessação da cobertura para as restantes pessoas seguras, consoante estipulado nas Condições Particulares.

> INVALIDEZ DEFINITIVA PARA A PROFISSÃO OU ATIVIDADE COMPATÍVEL

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 pessoa segura 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 38.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 complementa.

ARTIGO 2.º – CESSAÇÃO DA COBERTURA

1. Sem prejuízo das formas de cessação do contrato, previstas nas Condições Gerais, os efeitos desta cobertura cessam automaticamente 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. Se o seguro for sobre duas ou mais pessoas, a verificação de uma das circunstâncias previstas nas alíneas do número anterior relativamente a uma das pessoas seguras pode determinar a cessação da cobertura para as restantes pessoas seguras, consoante estipulado nas Condições Particulares.
3. 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 DO CONTRATO

1. Sem prejuízo das formas de cessação do contrato, previstas nas Condições Gerais, o pagamento do capital por sinistro ao abrigo desta cobertura, determina a cessação do contrato.
2. Se o seguro for sobre duas ou mais pessoas, o pagamento do capital por sinistro de uma pessoa segura, pode determinar a cessação do contrato para as restantes pessoas seguras, consoante estipulado nas Condições Particulares.

> INVALIDEZ DEFINITIVA PARA A PROFISSÃO OU ATIVIDADE COMPATÍVEL 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 pessoa segura 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, o reconhecimento pode ser feito mediante recurso a uma Junta Médica funcionando como tribunal arbitral nos termos do disposto no artigo 38.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 – EXCLUSÕES

Para além das exclusões constantes no artigo 4.º das Condições Gerais, considera-se excluída a invalidez que seja consequência, direta ou indireta, de acidente resultante da utilização como passageiro, pela pessoa segura, de veículos motorizados de duas ou três rodas ou moto-quatro.

ARTIGO 3.º – CESSAÇÃO DA COBERTURA

1. Sem prejuízo das formas de cessação do contrato, previstas nas Condições Gerais, os efeitos desta cobertura cessam automaticamente 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. Se o seguro for sobre duas ou mais pessoas, a verificação de uma das circunstâncias previstas nas alíneas do número anterior relativamente a uma das pessoas seguras pode determinar a cessação da cobertura para as restantes pessoas seguras, consoante estipulado nas Condições Particulares.

3. 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 4.º – CESSAÇÃO DO CONTRATO

1. Sem prejuízo das formas de cessação do contrato, previstas nas Condições Gerais, o pagamento do capital por sinistro ao abrigo desta cobertura, determina a cessação do contrato.

2. Se o seguro for sobre duas ou mais pessoas, o pagamento do capital por sinistro de uma pessoa segura, pode determinar a cessação do contrato para as restantes pessoas seguras, consoante estipulado nas Condições Particulares.

> INVALIDEZ DEFINITIVA PARA A PROFISSÃO OU ATIVIDADE COMPATÍVEL 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 pessoa segura 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 38.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 complementa.
- #### ARTIGO 2.º – EXCLUSÕES
- Para além das exclusões constantes no artigo 4.º das Condições Gerais, considera-se excluída a invalidez que seja consequência, direta ou indireta, de acidente resultante da utilização como passageiro, pela pessoa segura, de veículos motorizados de duas ou três rodas ou moto-quatro.
- #### ARTIGO 3.º – CESSAÇÃO DA COBERTURA
1. Sem prejuízo das formas de cessação do contrato, previstas nas Condições Gerais, os efeitos desta cobertura cessam automaticamente 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. Se o seguro for sobre duas ou mais pessoas, a verificação de uma das circunstâncias previstas nas alíneas do número anterior relativamente a uma das pessoas seguras pode determinar a cessação da cobertura para as restantes pessoas seguras, consoante estipulado nas Condições Particulares.

3. 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 4.º – CESSAÇÃO DO CONTRATO

1. Sem prejuízo das formas de cessação do contrato, previstas nas Condições Gerais, o pagamento do capital por sinistro ao abrigo desta cobertura, determina a cessação do contrato.

2. Se o seguro for sobre duas ou mais pessoas, o pagamento do capital por sinistro de uma pessoa segura, pode determinar a cessação do contrato para as restantes pessoas seguras, consoante estipulado nas Condições Particulares.

> 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 pessoa segura 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 38.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 complementa.**

ARTIGO 2.º – CESSAÇÃO DA COBERTURA

- 1. **Sem prejuízo das formas de cessação do contrato, previstas nas Condições Gerais, os efeitos desta cobertura cessam automaticamente 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. Se o seguro for sobre duas ou mais pessoas, a verificação de uma das circunstâncias previstas nas alíneas do número anterior relativamente a uma das pessoas seguras pode determinar a cessação da cobertura para as restantes pessoas seguras, consoante estipulado nas Condições Particulares.

3. 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 DO CONTRATO

1. Sem prejuízo das formas de cessação do contrato, previstas nas Condições Gerais, o pagamento do capital por sinistro ao abrigo desta cobertura, determina a cessação do contrato.

2. Se o seguro for sobre duas ou mais pessoas, o pagamento do capital por sinistro de uma pessoa segura, pode determinar a cessação do contrato para as restantes pessoas seguras, consoante estipulado nas Condições Particulares.

> 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 pessoa segura 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 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) 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 38.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 complementa.

ARTIGO 2.º – EXCLUSÕES

Para além das exclusões constantes no artigo 4.º das Condições Gerais, considera-se excluída a invalidez que seja consequência, direta ou indireta, de acidente resultante da utilização como passageiro, pela pessoa segura, de veículos motorizados de duas ou três rodas ou moto-quatro.

ARTIGO 3.º – CESSAÇÃO DA COBERTURA

1. Sem prejuízo das formas de cessação do contrato, previstas nas Condições Gerais, os efeitos desta cobertura cessam automaticamente 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. Se o seguro for sobre duas ou mais pessoas, a verificação de uma das circunstâncias previstas nas alíneas do número anterior relativamente a uma das pessoas seguras pode determinar a cessação da cobertura para as restantes pessoas seguras, consoante estipulado nas Condições Particulares.
3. 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 4.º – CESSAÇÃO DO CONTRATO

1. Sem prejuízo das formas de cessação do contrato, previstas nas Condições Gerais, o pagamento do capital por sinistro ao abrigo desta cobertura, determina a cessação do contrato.
2. Se o seguro for sobre duas ou mais pessoas, o pagamento do capital por sinistro de uma pessoa segura, pode determinar a cessação do contrato para as restantes pessoas seguras, consoante estipulado nas Condições Particulares.

> INVALIDEZ DEFINITIVA PARA QUALQUER 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 pessoa segura uma invalidez definitiva para qualquer profissão, 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 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 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 a funcionar como tribunal arbitral nos termos do disposto no artigo 38.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 – EXCLUSÕES

Para além das exclusões constantes no artigo 4.º das Condições Gerais, considera-se excluída a invalidez que seja consequência, direta ou indireta, de acidente resultante da utilização como passageiro, pela pessoa segura, de veículos motorizados de duas ou três rodas ou moto-quatro.

ARTIGO 3.º – CESSAÇÃO DA COBERTURA

1. Sem prejuízo das formas de cessação do contrato, previstas nas Condições Gerais, os efeitos desta cobertura cessam automaticamente 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. Se o seguro for sobre duas ou mais pessoas, a verificação de uma das circunstâncias previstas nas alíneas do número anterior relativamente a uma das pessoas seguras pode determinar a cessação da cobertura para as restantes pessoas seguras, consoante estipulado nas Condições Particulares.

3. 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 4.º – CESSAÇÃO DO CONTRATO

1. Sem prejuízo das formas de cessação do contrato, previstas nas Condições Gerais, o pagamento do capital por sinistro ao abrigo desta cobertura, determina a cessação do contrato.

2. Se o seguro for sobre duas ou mais pessoas, o pagamento do capital por sinistro de uma pessoa segura, pode determinar a cessação do contrato para as restantes pessoas seguras, consoante estipulado nas Condições Particulares.

> 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 pessoa segura 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.
- 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) 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 38.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, previstas nas Condições Gerais, os efeitos desta cobertura cessam automaticamente às 24 (vinte e quatro) horas do último dia da anuidade em que a pessoa segura atinja a idade atuarial estipulada nas Condições Particulares.
2. Se o seguro for sobre duas ou mais pessoas, a cessação da cobertura por idade relativamente a uma das pessoas seguras pode determinar a cessação da cobertura para as restantes pessoas seguras, consoante estipulado nas Condições Particulares.

ARTIGO 3.º – CESSAÇÃO DO CONTRATO

1. Sem prejuízo das formas de cessação do contrato, previstas nas Condições Gerais, o pagamento do capital por sinistro ao abrigo desta cobertura, determina a cessação do contrato.
2. Se o seguro for sobre duas ou mais pessoas, o pagamento do capital por sinistro de uma pessoa segura, pode determinar a cessação do contrato para as restantes pessoas seguras, consoante estipulado nas Condições Particulares.

> 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 pessoa segura 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 38.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 complementa.

ARTIGO 2.º – EXCLUSÕES

Para além das exclusões constantes no artigo 4.º das Condições Gerais, considera-se excluída a invalidez que seja consequência, direta ou indireta, de acidente resultante da utilização como passageiro, pela pessoa segura, de veículos motorizados de duas ou três rodas ou moto-quatro.

ARTIGO 3.º – CESSAÇÃO DA COBERTURA

1. Sem prejuízo das formas de cessação do contrato, previstas nas Condições Gerais, os efeitos desta cobertura cessam automaticamente às 24 (vinte e quatro) horas do último dia da anuidade em que a pessoa segura atinja a idade atuarial estipulada nas Condições Particulares.
2. Se o seguro for sobre duas ou mais pessoas, a cessação da cobertura por idade relativamente a uma das pessoas seguras pode determinar a cessação da cobertura para as restantes pessoas seguras, consoante estipulado nas Condições Particulares.

ARTIGO 4.º – CESSAÇÃO DO CONTRATO

1. Sem prejuízo das formas de cessação do contrato, previstas nas Condições Gerais, o pagamento do capital por sinistro ao abrigo desta cobertura, determina a cessação do contrato.
2. Se o seguro for sobre duas ou mais pessoas, o pagamento do capital por sinistro de uma pessoa segura, pode determinar a cessação do contrato para as restantes pessoas seguras, consoante estipulado nas Condições Particulares.

> INVALIDEZ ABSOLUTA E DEFINITIVA 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 pessoa segura uma invalidez absoluta e definitiva, 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 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 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 a funcionar como tribunal arbitral nos termos do disposto no artigo 38.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 complementa.

ARTIGO 2.º – EXCLUSÕES

Para além das exclusões constantes no artigo 4.º das Condições Gerais, considera-se excluída a invalidez que seja consequência, direta ou indireta, de acidente resultante da utilização como passageiro, pela pessoa segura, de veículos motorizados de duas ou três rodas ou moto-quatro.

ARTIGO 3.º – CESSAÇÃO DA COBERTURA

1. Sem prejuízo das formas de cessação do contrato, previstas nas Condições Gerais, os efeitos desta cobertura cessam automaticamente às 24 (vinte e quatro) horas do último dia da anuidade em que a pessoa segura atinja a idade atuarial estipulada nas Condições Particulares.
2. Se o seguro for sobre duas ou mais pessoas, a cessação da cobertura por idade relativamente a uma das pessoas seguras pode determinar a cessação da cobertura para as restantes pessoas seguras, consoante estipulado nas Condições Particulares.

ARTIGO 4.º – CESSAÇÃO DO CONTRATO

1. Sem prejuízo das formas de cessação do contrato, previstas nas Condições Gerais, o pagamento do capital por sinistro ao abrigo desta cobertura, determina a cessação do contrato.
2. Se o seguro for sobre duas ou mais pessoas, o pagamento do capital por sinistro de uma pessoa segura, pode determinar a cessação do contrato para as restantes pessoas seguras, consoante estipulado nas Condições Particulares.

> 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 microinvasivos (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 4.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 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

1. Sem prejuízo das formas de cessação do contrato, previstas nas Condições Gerais, os efeitos desta cobertura cessam automaticamente:
 - 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.

2. Se o seguro for sobre duas ou mais pessoas, a verificação da circunstância prevista no número anterior, relativamente a uma das pessoas seguras, pode determinar a cessação da cobertura para as restantes pessoas seguras, consoante estipulado nas Condições Particulares.

ARTIGO 6.º – CESSAÇÃO OU REDUÇÃO DO CONTRATO

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 do contrato.
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 do contrato, continuando o mesmo em vigor, sem a presente cobertura, reduzindo-se automaticamente o capital da cobertura principal de morte e das coberturas complementares na proporção do capital pago ao abrigo da presente cobertura.

3. Nas circunstâncias previstas nos números anteriores, se o seguro for sobre duas ou mais pessoas, o pagamento do capital por sinistro de uma pessoa segura, pode determinar a cessação ou a redução do contrato para as restantes pessoas seguras, consoante estipulado nas Condições Particulares.

> 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 pessoa segura 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, 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 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. **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 basocelulares 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 seque-

las 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 subaracnoidea 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 *bypass*, 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 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.

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 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.

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 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.

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 4.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 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

1. Sem prejuízo das formas de cessação do contrato, previstas nas Condições Gerais, os efeitos desta cobertura cessam automaticamente:
 - 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.

2. Se o seguro for sobre duas ou mais pessoas, a verificação da circunstância prevista no número anterior, relativamente a uma das pessoas seguras, pode determinar a cessação da cobertura para as restantes pessoas seguras, consoante estipulado nas Condições Particulares.

ARTIGO 6.º – CESSAÇÃO OU REDUÇÃO DO CONTRATO

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 do contrato.
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 do contrato, continuando o mesmo em vigor, sem a presente cobertura, reduzindo-se automaticamente o capital da cobertura principal de morte e das coberturas complementares na proporção do capital pago ao abrigo da presente cobertura.
3. Nas circunstâncias previstas nos números anteriores, se o seguro for sobre duas ou mais pessoas, o pagamento do capital por sinistro de uma pessoa segura, pode determinar a cessação ou a redução do contrato para as restantes pessoas seguras, consoante estipulado nas Condições Particulares.

> 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 pessoa segura 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, 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 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 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 basocelulares 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 (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 o posto de trabalho ou profissão. Inclui o enfarte de tecido cerebral, a hemorragia intracraniana ou subaracnoidea 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 *bypass*, 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;

c) Albumina < 3,5g/l;

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

e) 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 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.

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 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.

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 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.

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 medúla 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 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.

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 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.

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 4.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 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

1. Sem prejuízo das formas de cessação do contrato, previstas nas Condições Gerais, os efeitos desta cobertura cessam automaticamente:
 - 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.

2. Se o seguro for sobre duas ou mais pessoas, a verificação da circunstância prevista no número anterior, relativamente a uma das pessoas seguras, pode determinar a cessação da cobertura para as restantes pessoas seguras, consoante estipulado nas Condições Particulares.

ARTIGO 6.º – CESSAÇÃO OU REDUÇÃO DO CONTRATO

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 do contrato.
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 do contrato, continuando o mesmo em vigor, sem a presente cobertura, reduzindo-se automaticamente o capital da cobertura principal de morte e das coberturas complementares na proporção do capital pago ao abrigo da presente cobertura.

3. Nas circunstâncias previstas nos números anteriores, se o seguro for sobre duas ou mais pessoas, o pagamento do capital por sinistro de uma pessoa segura, pode determinar a cessação ou a redução do contrato para as restantes pessoas seguras, consoante estipulado nas Condições Particulares.

> 2.ª OPINIÃO MÉDICA

ARTIGO 1.º – COBERTURA

1. Esta cobertura garante, **até aos limites estabelecidos nas Condições Particulares**, mediante solicitação da pessoa segura aos serviços de assistência identificados na apólice, o desenvolvimento das ações necessárias à obtenção de uma segunda opinião médica, **quando que se cumpram todos os seguintes requisitos:**

- a) **Tenha sido diagnosticada à pessoa segura alguma doença grave garantida pela cobertura de Doenças Graves contratada na presente apólice;**
- 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**, 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 pessoa segura ou quem a represente, deverá:
 - a) Contactar 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 circunstâncias 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 nesta apólice;
- 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 na presente apólice.
- 2. O período de carência é contado desde a data de contratação da presente cobertura.

ARTIGO 5.º – CESSAÇÃO DA COBERTURA

- 1. Sem prejuízo das formas de cessação do contrato, previstas nas Condições Gerais, os efeitos desta cobertura cessam automaticamente:
 - a) Quando, por qualquer motivo, cesse a cobertura de Doenças Graves contratada na presente apólice;
 - 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.
- 2. Se o seguro for sobre duas ou mais pessoas, a verificação das circunstâncias previstas no número anterior, relativamente a uma das pessoas seguras, pode determinar a cessação da cobertura para as restantes pessoas seguras, consoante estipulado nas Condições Particulares.

> INCAPACIDADE TEMPORÁRIA ABSOLUTA (ITA)

ARTIGO 1.º – COBERTURA

Esta cobertura garante, **até aos limites estabelecidos nas Condições Particulares**, o pagamento do valor mensal contratado quando, durante a vigência desta cobertura, a pessoa segura fique em situação de incapacidade temporária absoluta para o trabalho, causada por acidente ou doença.

ARTIGO 2.º – DEFINIÇÕES

Para efeitos desta cobertura entende-se por:

INCAPACIDADE TEMPORÁRIA ABSOLUTA (ITA): A situação física reversível, resultante de doença ou acidente e clinicamente atestada, motivada por causa alheia à vontade da pessoa segura e que implique temporariamente a sua total incapacidade para exercer a sua profissão, **desde que a pessoa segura satisfaça as condições de subscrição e de validade em caso de sinistro, estabelecidas para esta cobertura.**

VALOR MENSAL CONTRATADO: Valor estabelecido nas Condições Particulares, garantido por cada mês de ITA, **sujeito aos limites fixados nas Condições Particulares.**

RENDIMENTO MENSAL COMPROVÁVEL: Se a pessoa segura for trabalhador por conta de outrem, corresponde ao valor médio mensal do seu salário bruto constante nos 3 (três) últimos recibos de vencimento, **excluindo quaisquer montantes recebidos a título de prémios, bónus ou outro tipo de benefícios adicionais que não sejam usuais no seu rendimento mensal.**

Se a pessoa segura for trabalhador por conta própria, corresponde à média dos últimos 12 meses de rendimento constantes na última declaração de IRS entregue.

PERÍODO DE CARÊNCIA: Período inicial, estabelecido nas Condições Particulares, contado desde a data de contratação desta cobertura, durante o qual não será aceite qualquer sinistro ao abrigo da mesma.

FRANQUIA TEMPORAL ABSOLUTA: Período predeterminado, estabelecido nas Condições Particulares, contado desde a data do sinistro, durante o qual não existe direito à prestação do segurador.

PERÍODO DE REQUALIFICAÇÃO: Período estabelecido nas Condições Particulares, durante o qual, após terminado o pagamento de capital por sinistro ao abrigo desta cobertura, não será possível à pessoa segura ser novamente elegível relativamente a esta cobertura.

MÉDICO: Pessoa licenciada por uma Faculdade de Medicina e autorizada a exercer a profissão no respetivo país.

ARTIGO 3.º – ÂMBITO DA GARANTIA

1. Em caso de ITA em consequência de acidente ou doença ocorrido(a) com a pessoa segura, durante a vigência desta cobertura, será pago o **valor mensal estabelecido nas Condições Particulares.**
2. **Condições de subscrição: A pessoa segura só poderá subscrever a presente cobertura quando satisfaça, cumulativamente, as seguintes condições:**
 - a) Tenha idade igual ou superior a 18 (dezoito) anos e igual ou inferior a 64 (sessenta e quatro) anos;

- b) Exerça pelo menos há 12 (doze) meses consecutivos, uma atividade profissional com ocupação de pelo menos 16 (dezasseis) horas semanais, sem ter conhecimento de um possível desemprego ou cessação da atividade;
 - c) Efetue prova do Rendimento Mensal Comprovável.
3. Esta cobertura fica sujeita ao período de carência estabelecido nas Condições Particulares, contado a partir da data de contratação desta cobertura.

ARTIGO 4.º – EXCLUSÕES

Para além das exclusões constantes nas Condições Gerais da apólice, ficam expressamente excluídas desta cobertura as situações que resultem, direta ou indiretamente, de:

- a) Incapacidade resultante de qualquer acidente ocorrido antes da entrada em vigor desta cobertura, assim como qualquer doença preexistente à data de início da sua produção de efeitos, bem como o seu agravamento, ainda que provocado por um acidente ocorrido na vigência da apólice;
- b) Incapacidade já existente na data de início desta cobertura, bem como o seu agravamento;
- c) Incapacidade resultante de gravidez ou parto, interrupção voluntária ou não da gravidez e respetivas consequências, bem como de fecundação “in vitro” e tratamentos de fertilidade e esterilidade;

- d) Incapacidade resultante de afeções originadas por psicopatologias de qualquer natureza, incluindo *stress*, bem como doenças sem comprovação clínica;
- e) Incapacidade resultante de qualquer afeção lombar ou dorsal sem comprovação radiológica;
- f) Tratamentos de estética e cosmética, exceto se diretamente resultantes de doença ou acidente cobertos pela apólice.

ARTIGO 5.º – LIMITES DA PRESTAÇÃO EM CASO DE SINISTRO

1. Condições de validade em caso de sinistro: Esta cobertura só será válida quando a pessoa segura tenha exercido, pelo menos nos 12 (doze) meses consecutivos imediatamente anteriores à data do sinistro, uma atividade profissional com ocupação mínima de 16 (dezasseis) horas semanais.
2. Em caso de sinistro, será aplicada a franquia temporal absoluta estabelecida nas Condições Particulares, contada, em dias consecutivos, a partir da data em que é comprovado o início da ITA através de certificado de incapacidade.
3. Para efeitos do cálculo do pagamento do valor mensal, o período de ITA é contado a partir do dia imediato àquele em que terminou o período de franquia temporal absoluta referida no número anterior. É ao médico assistente da pessoa segura que compete prever e declarar que o período de ITA será superior ao período de franquia temporal absoluta, devendo esta declaração ser entregue à MAPFRE de acordo com o estabelecido no ponto i da alínea b) do n.º 1 do artigo seguinte.

4. O pagamento será efetuado até à data em que a pessoa segura deixe de se encontrar em situação de ITA ou até que seja atingido o limite máximo de meses consecutivos estabelecido nas Condições Particulares, o que ocorrer primeiro.
5. Quando o período de ITA não coincida com meses completos, o pagamento é efetuado atendendo ao número efetivo de dias de ITA.
6. Esta cobertura abrange os sinistros ocorridos dentro e fora do território nacional. **Quando o acidente ou a doença ocorram fora do espaço da União Europeia, esta cobertura só será eficaz e poderá ter aplicação se aquelas situações forem reconhecidas e atestadas por um médico autorizado a exercer a profissão no país onde ocorram.**
7. Após ocorrência de sinistro, esta cobertura fica sujeita ao período de requalificação estabelecido nas Condições Particulares, contado a partir do último pagamento de capital.

ARTIGO 6.º – OBRIGAÇÕES DA PESSOA SEGURA EM CASO DE SINISTRO

1. Para além das obrigações constantes nas Condições Gerais da apólice, constituem obrigações da pessoa segura em caso de sinistro ao abrigo desta cobertura:
 - 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, mediante preenchimento e envio do

Formulário de Participação do sinistro, indicando a data, causas e circunstâncias da sua ocorrência;

- b) Enviar à MAPFRE no mais curto prazo possível, nunca superior a 30 (trinta) dias, sob pena de responder por perdas e danos, toda a documentação que esta lhe solicite, independentemente do momento da solicitação, nomeadamente:
 - i. Relatório do médico assistente que atestou a incapacidade para o trabalho, onde sejam indicadas a causa e a sua duração provável;
 - ii. Certificado de Incapacidade Temporária Absoluta do trabalhador emitido por médico do Serviço Nacional de Saúde ou por segurador caso se trate de acidente de trabalho, devendo este documento ser entregue mensalmente como comprovativo da situação de incapacidade enquanto esta se mantiver;
 - iii. Prova da situação laboral nos 12 meses anteriores ao sinistro mediante declaração da entidade patronal, cópia da última declaração de IRS ou comprovativo da Situação Cadastral de Atividade emitida pela Repartição de Finanças competente ou obtida através do Portal das Finanças (para trabalhadores por conta própria);
 - iv. Documento comprovativo dos pagamentos recebidos da Segurança Social pela ITA ou do segurador caso se trate de acidente de trabalho;

- v. Número de IBAN/SWIFT para pagamento por transferência do valor mensal.
 - c) Cumprir as prescrições médicas;
 - d) Sujeitar-se aos exames médicos solicitados pela MAPFRE;
 - e) Autorizar os médicos assistentes a prestarem todas as informações solicitadas pela MAPFRE em conformidade com a autorização dada no momento da contratação;
 - f) Comunicar o recomeço da sua atividade profissional.
2. Impende sobre a pessoa segura o ónus da prova da veracidade da reclamação sobre a existência do sinistro e, bem assim, do preenchimento das condições de validade estabelecidas no n.º 1 do artigo 5.º da presente Condição Especial.
 3. As despesas com a obtenção dos documentos comprovativos e necessários à regularização dos sinistros correm por conta da pessoa segura.
 4. A MAPFRE poderá solicitar à pessoa segura, a entrega de documentação adicional à referida no n.º 1, quando seja necessária para a avaliação do sinistro participado.
 5. No caso de comprovada impossibilidade de a pessoa segura cumprir as obrigações constantes no presente artigo, transferem-se tais obrigações para quem legitimamente as possa cumprir.

ARTIGO 7.º – ALTERAÇÃO DO VALOR SEGURO OU SUSPENSÃO DA COBERTURA

1. Sem prejuízo das condições de subscrição estabelecidas para esta cobertura, o tomador pode solicitar a alteração do valor seguro, devendo esse pedido ser efetuado à MAPFRE, por escrito, com entrega de prova do rendimento mensal comprovável.
2. A alteração do valor seguro depende de aceitação pela MAPFRE, ficando reservado o direito de, no caso de a alteração consistir no aumento do valor seguro, subordinar a aceitação da mesma à entrega de documentação adicional necessária para análise fundamentada do pedido.
3. Sem prejuízo de outra data acordada entre as partes, a alteração do valor seguro produz efeitos a partir da data de prorrogação do contrato consecutiva ao pedido, devendo refletir-se no prémio do contrato.
4. Em caso de cessação da atividade profissional, por desemprego ou outra causa, com exceção da cessação por ITA, os efeitos da presente cobertura são suspensos até à data em que a pessoa segura retome a atividade profissional. **Para este efeito o tomador ou a pessoa segura deverá comunicar tal facto à MAPFRE, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a sua ocorrência,** devendo a MAPFRE, a partir do momento em que tenha conhecimento do mesmo, refleti-lo no prémio do contrato.

ARTIGO 8.º – CESSAÇÃO DA COBERTURA

1. Sem prejuízo das formas de cessação do contrato, previstas nas Condições Gerais, os efeitos desta cobertura cessam automaticamente 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 reforma, 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.

3. Se o seguro for sobre duas ou mais pessoas, a verificação das circunstâncias previstas no número anterior, relativamente a uma das pessoas seguras, pode determinar a cessação da cobertura para as restantes pessoas seguras, consoante estipulado nas Condições Particulares.

> DESPESAS DE FUNERAL

ARTIGO 1.º – COBERTURA

Esta cobertura garante, em caso de morte da pessoa segura, 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 4.º das Condições Gerais.

ARTIGO 3.º – CESSAÇÃO DA COBERTURA

1. Sem prejuízo das formas de cessação do contrato, previstas nas Condições Gerais, os efeitos desta cobertura cessam automaticamente:

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.

2. Se o seguro for sobre duas ou mais pessoas, a verificação das circunstâncias previstas no número anterior, relativamente a uma das pessoas seguras, pode determinar a cessação da cobertura para as restantes pessoas seguras, consoante estipulado nas Condições Particulares.

> PRÉMIOS DE SEGURO EM DÍVIDA

ARTIGO ÚNICO – COBERTURA

1. Esta cobertura garante, em caso de sinistro ao abrigo das coberturas estipuladas nas Condições Particulares, o pagamento de um capital adicional, destinado à liquidação de prémios de seguro em dívida, relativos a apólice(s) de que a pessoa segura seja tomador, vigente(s) na MAPFRE à data do sinistro.
2. O limite do capital adicional e os requisitos para o funcionamento desta cobertura são estabelecidos 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:** Avenida José Malhoa, 13, 1070-157 Lisboa
- **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 pré-contrato 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, Avenida José Malhoa, 13, 1070-157 Lisboa.

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.

