

INFORMAÇÃO PRÉ-CONTRATUAL SEGURO DE VIDA – RISCO INDIVIDUAL

(nos termos do Dec.-Lei n.º 72/2008 de 16 de abril)

SEGURADOR

MAPFRE Seguros de Vida S. A.
Sede Social: Rua Doutor António Loureiro Borges, 9,
Edifício Zenith – Miraflares, 1495-131 Algés
N.I.P.C.509 056 253 Capital Social € 21.000.000

A MAPFRE Seguros de Vida S.A. é uma empresa de seguros, registada junto da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões sob o número 1186, podendo a informação de registo ser verificada em www.asf.com.pt.

Sem prejuízo da prestação das informações pré-contratuais e contratuais legalmente obrigatórias e dos esclarecimentos solicitados para fundamentar uma decisão informada por parte do cliente, o segurador não presta aconselhamento para os efeitos previstos no Regime jurídico da distribuição de seguros e de resseguros (RJDS) aprovado pela Lei 7/2019 de 16 de janeiro.

Informa-se que, quando a distribuição deste produto de seguros seja efetuada diretamente pelo segurador, os seus empregados comerciais recebem, pela referida distribuição, uma remuneração variável, sendo esta informação prestada em cumprimento do previsto no RJDS.

1. ÂMBITO DO CONTRATO

Seguro de vida de risco individual, temporário anual renovável, com cobertura principal de Morte e coberturas complementares disponíveis para contratação consoante a modalidade (consultar Tabela de coberturas e modalidades).

Para efeitos do presente contrato considera-se:

Tomador do seguro, a entidade que contrata com a MAPFRE, sendo responsável pelo pagamento dos prémios.

Pessoa segura, a pessoa sujeita aos riscos que, nos termos acordados, são objeto do contrato.

Idade Atuarial, a idade da pessoa segura, considerada em anos inteiros, no aniversário natalício mais próximo da data de início ou de prorrogação do contrato de seguro.

Doença, a 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.

Período de carência, o 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.

REQUISITOS PARA CONTRATAÇÃO: A pessoa segura deverá ter residência habitual e permanente em Portugal e, na data da contratação, ter entre 18 (idade natural) e 65 anos de idade atuarial.

LIMITE DE IDADE PARA PERMANÊNCIA:

Sem prejuízo de outras formas de cessação do contrato, previstas nas Condições da apólice, **o contrato cessa todos os seus efeitos no termo da anuidade em que a pessoa segura perfaça a idade atuarial de 70 anos.**

As coberturas complementares contratadas cessam automaticamente os seus efeitos no termo da anuidade em que a pessoa segura perfaça a idade atuarial de 67 anos, com exceção da cobertura de Pagamento Fracionado Morte, Despesas de Funeral e a cobertura de Invalidez Absoluta e Definitiva que, quando contratadas, têm a mesma duração que a cobertura principal de Morte.

ÂMBITO DAS COBERTURAS:

Cobertura principal de Morte: 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.

Adicionalmente pode ser contratado um valor de Pagamento Fracionado (mensal) adicional, com o montante e duração estabelecidos nas Condições Particulares.

O pagamento do capital ao abrigo desta cobertura determina a cessação do contrato.

Coberturas Complementares:

As coberturas complementares são disponibilizadas consoante a modalidade de seguro e só se consideram contratadas ao abrigo

da apólice quando as respectivas Condições Especiais estejam expressamente mencionadas nas Condições Particulares.

Morte por Acidente: Garante o pagamento do capital estabelecido nas Condições Particulares, adicional ao capital da cobertura principal de Morte, em caso de morte da pessoa segura, durante a vigência desta cobertura, causada por acidente ocorrido durante essa vigência.

Morte por Acidente de Circulação: Garante o pagamento do capital estabelecido nas Condições Particulares, adicional ao capital da cobertura principal de Morte e da cobertura de Morte por Acidente, em caso de morte da pessoa segura, durante a vigência desta cobertura, causada por acidente de circulação ocorrido durante essa vigência.

Invalidez Definitiva para a Profissão: Garante o pagamento do capital seguro 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.

Para que se considere que a pessoa segura se encontra nesta situação de invalidez, 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 meses, ou não inferior a 2 anos no caso de alienação mental ou perturbação psíquica;
- c) Correspondência da invalidez a um grau de desvalorização igual ou superior a 60%, determinado de acordo com a Tabela Nacional de Incapacidades 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.

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.

Invalidez Definitiva para a Profissão por Acidente: Garante o pagamento do capital estabelecido nas Condições Particulares, adicional ao capital da cobertura de Invalidez Definitiva para a Profissão, quando, durante a vigência desta cobertura, resulte para a pessoa segura uma invalidez definitiva para a profissão ou atividade compatível, causada por acidente.

Para a determinação da invalidez, aplica-se o disposto anteriormente para a Invalidez Definitiva para a Profissão.

Invalidez Definitiva para a Profissão por Acidente de Circulação: Garante o pagamento do capital estabelecido nas Condições Particulares, adicional ao capital da cobertura de Invalidez Definitiva para a Profissão e da cobertura de Invalidez Definitiva para a Profissão por Acidente, quando, durante a vigência desta cobertura, resulte para a pessoa segura uma invalidez definitiva para a profissão ou atividade compatível, causada por acidente de circulação.

Para a determinação da invalidez, aplica-se o disposto anteriormente para a Invalidez Definitiva para a Profissão.

Invalidez Definitiva para Qualquer Profissão: Garante o pagamento do capital seguro 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.

Para que se considere que a pessoa segura se encontra nesta situação de invalidez, 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 a 60%, determinado de acordo com a Tabela Nacional de Incapacidades 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.

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.

Invalidez Definitiva para Qualquer Profissão por Acidente: Garante o pagamento do **capital estabelecido nas Condições Particulares, adicional ao capital da cobertura de Invalidez Definitiva para Qualquer Profissão**, quando, durante a vigência desta cobertura, resulte para a pessoa segura uma invalidez definitiva para qualquer profissão, causada por acidente.

Para a determinação da invalidez, aplica-se o disposto anteriormente para a Invalidez Definitiva para Qualquer Profissão.

Invalidez Absoluta e Definitiva: Garante o pagamento do **capital seguro 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.

Para que se considere que a pessoa segura se encontra nesta situação de invalidez, 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 a 85%, determinado de acordo com a Tabela Nacional de Incapacidades 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 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;
- d) A doença ou acidente que causou a invalidez deve ter ocorrido durante a vigência desta cobertura.

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.

Invalidez Absoluta e Definitiva por Acidente : Garante o pagamento do **capital estabelecido nas Condições Particulares, adicional ao capital da cobertura de Invalidez Absoluta e Definitiva**, quando, durante a vigência desta cobertura, resulte para a pessoa segura uma invalidez absoluta e definitiva, causada por acidente.

Para a determinação da invalidez, aplica-se o disposto anteriormente para a Invalidez Absoluta e Definitiva.

6 Doenças Graves: Garante a antecipação de 50% do capital garantido pela cobertura principal de Morte (pagamento único), estabelecido nas Condições Particulares, quando, durante a vigência desta cobertura, seja diagnosticada à pessoa segura alguma das seguintes doenças graves:

1. Cancro colorretal;
2. Cancro do pulmão;
3. Cancro invasivo da mama;
4. Cancro do útero;
5. Cancro da próstata;
6. Enfarte do miocárdio.

O pagamento de capital ao abrigo desta cobertura determina a redução automática do capital da cobertura principal de morte e das coberturas de invalidez.

Período de Carência: Esta cobertura fica sujeita a um período de carência de 90 dias contados desde a data da sua contratação. Não estão garantidas as doenças que resultem de sintomas verificados durante o período de carência, ainda que diagnosticadas posteriormente.

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.

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.

Cancro Invasivo da Mama é um tumor maligno, originado na mama, caracterizado por um crescimento e expansão descontrolados de células malignas e invasão de tecidos circundantes. O diagnóstico deve ser inequívoco, confirmado por médico especialista e assente em exame histológico conclusivo. Esta garantia inclui o cancro da mama de *Paget* e o cancro inflamatório da mama (IBC).

Não garante:

- a) Quaisquer cancros não invasivos da mama, por exemplo carcinomas ductais ou lobulares *in situ*;
- b) Quaisquer cancros da mama micro invasivos (T1mic);
- c) Displasias, hiperplasias atípicas ou necroses gordas;
- d) Quaisquer carcinomas invasivos da mama ligados a síndromes hereditários, por exemplo síndrome de *Cowden*;
- e) Quaisquer tumores classificados como benignos, por exemplo fibroadenomas ou quistos;
- f) Tumores considerados pela histologia como pré-malignos.

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.

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).

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.

16 Doenças Graves: Garante a antecipação de 50% do capital garantido pela cobertura principal de Morte (pagamento único), estabelecido nas **Condições Particulares**, quando, durante a vigência desta cobertura, seja diagnosticada à pessoa segura alguma das seguintes doenças graves:

1. Cancro ou neoplasia maligna;

2. Enfarte do miocárdio;
3. Acidente vascular cerebral (AVC);
4. Doença coronária que exija cirurgia (2 ou mais artérias);
5. Cirurgia por doença da aorta;
6. Substituição e reparação da válvula cardíaca;
7. Insuficiência renal crónica;
8. Transplante de órgão principal;
9. Doença de Alzheimer;
10. Doença de Parkinson;
11. Esclerose Múltipla;
12. Paralisia;
13. Perda da visão;
14. Perda da fala;
15. Queimaduras graves;
16. Coma.

O pagamento de capital ao abrigo desta cobertura determina a redução automática do capital da cobertura principal de morte e das coberturas de invalidez.

Período de Carência: Esta cobertura fica sujeita a um período de carência de 90 dias contados desde a data da sua contratação. Não estão garantidas as doenças que resultem de sintomas verificados durante o período de carência, ainda que diagnosticadas posteriormente.

26 Doenças Graves: Garante a antecipação de 50% do capital garantido pela cobertura principal de Morte (pagamento único), estabelecido nas **Condições Particulares**, quando, durante a vigência desta cobertura, seja diagnosticada à pessoa segura alguma das seguintes doenças graves:

1. Cancro ou Neoplasia Maligna
2. Enfarte do Miocárdio
3. Acidente Vascular Cerebral (AVC)
4. Doença Coronária que exija cirurgia (2 ou mais artérias)
5. Cirurgia por Doença da Aorta
6. Substituição e Reparação da Válvula Cardíaca
7. Doença Pulmonar Terminal
8. Doença Hepática Terminal
9. Hepatite Viral Fulminante (Insuficiência hepática aguda)
10. Insuficiência Renal Crónica
11. Transplante de Órgão Principal
12. Doença de Alzheimer
13. Doença de Parkinson
14. Esclerose Múltipla
15. Encefalite
16. Meningite Bacteriana
17. Anemia Aplástica
18. Paralisia
19. Doença Neuronal Motora
20. Perda de Membros
21. Traumatismo Craniano Grave
22. Perda da Visão
23. Perda da Audição

- 24. Perda da Fala
- 25. Queimaduras Graves
- 26. Coma

O pagamento de capital ao abrigo desta cobertura determina a redução automática do capital da cobertura principal de morte e das coberturas de invalidez.

Período de Carência: Esta cobertura fica sujeita a um período de carência de **90 dias contados desde a data da sua contratação. Não estão garantidas as doenças que resultem de sintomas verificados durante o período de carência, ainda que diagnosticadas posteriormente.**

Para efeito das coberturas de 16 Doenças Graves e 26 Doenças Graves aplicam-se as seguintes definições, consoante as doenças garantidas por cada cobertura:

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 baso celulares da pele;
- d) Todos os carcinomas de pele, pavimento-celulares, exceto quando se trate de disseminação de outros órgãos;
- e) Sarcoma de *Kaposi* e outros tumores relacionados com Síndrome de imunodeficiência adquirida (SIDA) ou vírus da imunodeficiência humana (HIV);
- f) Cancros da próstata que pela histologia pertençam ao grau T1 do sistema TNM,

desenvolvido pela União Internacional contra o Cancro (incluindo T1 (a) ou T1 (b) ou de qualquer outra classificação equivalente ou menor.

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:**

- d) Hospitalização da pessoa segura, cujo registo indique um enfarte de miocárdio ocorrido num prazo de 24 (vinte e quatro) horas antes da referida hospitalização;
- e) Uma história típica de precordialgia, indicativa de uma doença cardíaca isquémica ou outros sintomas clínicos;
- f) 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:

- f) Cicatriz de enfarte, evidenciada através de eletrocardiograma;
- g) Enfarte do miocárdio silencioso;
- h) Outras síndromes coronárias agudas, tais como angina de peito estável ou instável;
- i) Enfarte do miocárdio sem elevação do segmento ST, apenas com elevação da Troponina I ou T;
- j) Doença cardíaca congénita.

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 subaracnoídea e a embolia de uma fonte extracraniana. **A evidência do dano neurológico permanente deverá ser confirmada por um neurologista no mínimo 6 semanas após o sucedido. Não são aceites reclamações antes de decorrido este período de tempo.**

Não garante:

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

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:

- Angioplastia com balão, stents, laser ou outras técnicas invasivas que não requerem cirurgia;
- Cirurgia de desobstrução coronária por cateterismo.

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.**

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.**

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:**

- Redução persistente do volume respiratório por segundo (FEV1) para menos de 1 litro (teste respiratório de *Tiffeneau*);
- Redução persistente da pressão de oxigénio arterial (PaO₂) abaixo de 55 mmHg;
- Necessidade permanente de fornecimento de oxigénio.

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:

- Icterícia permanente (bilirrubina >2mg/dl ou 35mmol/l);
- Ascite moderada;
- Albumina <3,5g/l;
- Tempo de protrombina >4seg. ou INR >1,7;
- Encefalopatia hepática.

Não garante:

- Child-Pugh-Etapa A;
- Doença hepática secundária ao uso indevido de álcool ou drogas.

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:**

- Diminuição rápida do volume do fígado;
- Agravamento rápido dos testes de função hepática;
- Intensificação da icterícia;
- Encefalopatia hepática.

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 meses.**

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 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.

Doença de Alzheimer é o diagnóstico inequívoco desta doença (demência pré-senil) antes dos 65 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 das atividades da vida quotidiana discriminadas na respetiva definição.

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

Doença de Parkinson é o diagnóstico inequívoco de doença de Parkinson idiopática ou primária antes dos 65 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 das atividades da vida quotidiana discriminadas na respetiva definição.

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

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

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 meses;
- b) Mínimo, 2 episódios, clinicamente documentados, com um intervalo máximo de 1 mês;
- c) Pelo menos 1 episódio clinicamente documentado em conjunto com resultados característicos no líquido cefalorraquidiano, bem como lesões cerebrais específicas detetadas na Ressonância Magnética.

Encefalite é a inflamação do cérebro (hemisfério ventral, tronco cerebral ou cerebelo) associada a infeções 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 das atividades da vida quotidiana discriminadas na respetiva definição.

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 meses.

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 das atividades da vida quotidiana discriminadas na respetiva definição.

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 meses.

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

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

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

Paralisia é a perda total e irreversível do uso de, pelo menos 2 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 meses.

Não garante paralisia devido a Síndrome de **Guillain-Barré**.

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 das atividades da vida quotidiana discriminadas na respetiva definição.

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 meses.

Perda de Membros é a rutura total e irrecuperável de 2 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.

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 das atividades da vida quotidiana discriminadas na respetiva definição.

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 meses.

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.

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.

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 meses.

Não garante perda psicogénica da fala.

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.

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 horas, e que resulte em **deficit neurológico**, clinicamente documentado por um período mínimo de 3 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.

Para efeito de Doença de Alzheimer, Doença de Parkinson, Encefalite, Meningite Bacteriana, Doença Neuronal Motora e Traumatismo Craniano Grave, consideram-se **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.

2ª Opinião Médica: 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 se cumpram todos os seguintes requisitos:**

- a) **Tenha sido diagnosticada à pessoa segura alguma doença grave garantida pela cobertura de Doenças Graves contratada na 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.**

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.

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.**

Período de carência: Esta cobertura está sujeita a um **período de carência de 90 dias contados desde a data da sua contratação.**

Funcionamento da cobertura: 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.

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.

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.

O prazo estimado para retorno, à pessoa segura, do processo acompanhado da segunda opinião médica, é de 30 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.

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.

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.

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.

Incapacidade Temporária Absoluta (ITA) :

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 ocorrido(a) durante a referida vigência.

Para efeitos desta cobertura considera-se:

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, o 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 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, o período pré-determinado, estabelecido nas Condições Particulares, contado desde a data do sinistro, durante o qual não existe direito à prestação do segurador.

Período de Requalificação, o período estabelecido nas Condições Particulares, durante o qual, após terminado o pagamento do valor por sinistro ao abrigo desta cobertura, não será possível à pessoa segura ser novamente elegível relativamente a esta cobertura.

Médico, a pessoa licenciada por uma Faculdade de Medicina e autorizada a exercer a profissão no respetivo país.

Condições de subscrição: A pessoa segura só poderá subscrever esta cobertura quando satisfaça,

cumulativamente, as seguintes condições:

- a) Ter idade igual ou superior a 18 anos e igual ou inferior a 65 anos;
- b) Exercer pelo menos há 12 meses consecutivos, uma atividade profissional com ocupação de pelo menos 16 horas semanais, sem ter conhecimento de um possível desemprego ou cessação da atividade;
- c) Efetuar prova do Rendimento Mensal Comprovável.

Período de Carência: Esta cobertura fica sujeita ao período de carência de 30 dias, contado a partir da data da sua contratação.

Condições de validade em caso de sinistro: Esta cobertura só será válida quando a pessoa segura tenha exercido, pelo menos nos 12 meses consecutivos imediatamente anteriores à data do sinistro, uma atividade profissional com ocupação mínima de 16 horas semanais.

Franquia Temporal Absoluta: Em caso de sinistro, será aplicada a franquia temporal absoluta de 30 dias consecutivos, contados da data em que é comprovado o início da ITA através de certificado de incapacidade.

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.

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.

Quando o período de ITA não coincida com meses completos, o pagamento é efetuado atendendo ao número efetivo de dias de ITA.

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 ocorreram.**

Período de Requalificação: Após ocorrência de sinistro, esta cobertura fica sujeita ao período de requalificação de 6 meses, contado a partir do último pagamento.

Despesas de Funeral: 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.

2. EXCLUSÕES E LIMITAÇÕES DE COBERTURA

2.1. Exclusões Gerais:

2.1.1. 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 alcoolémia 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.**

2.1.2. 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 militar ou ato do poder militar legítimo ou usurpado, lei marcial, motim ou comoção civil;

- c) Atos de terrorismo ou de sabotagem, como tal considerados nos termos da legislação penal portuguesa em vigor;**
- d) Sequestro ou rapto;**
- e) Explosão, libertação de calor, irradiações provenientes de cisão de átomos ou radioatividade, radiações provocadas pela aceleração artificial de partículas, libertação súbita de energia atômica, radiação nuclear ou contaminação radioativa (controlada ou não);**
- f) Uso de armas atômicas, bacteriológicas ou químicas;**
- g) Ataques ou intromissões em instalações (tais como centrais nucleares, instalações de reprocessamento de resíduos nucleares, instalações para armazenagem definitiva de resíduos nucleares e reatores experimentais) e outras instalações de armazenagem que provoquem a libertação de radioatividade ou de substâncias bélicas atômicas, bacteriológicas ou químicas;**
- h) As ações constantes em f) e g) supra quando realizadas mediante utilização de tecnologia da informação;**
- i) Operações de campanha, fazendo a pessoa segura parte das Forças Armadas ou Militarizadas;**
- j) Riscos de aerostação ou de aviação, salvo quando a pessoa segura for passageiro de avião de carreira comercial de transporte de passageiros, devidamente autorizada pela Comissão Europeia;**
- k) Corridas de velocidade com quaisquer veículos, motorizados ou não, e respetivos treinos;**
- l) Participação em rixas, apostas, tentativas de recordes e todos os atos notoriamente perigosos e não justificados por necessidade profissional ou por tentativa de salvamento de pessoas e/ou bens;**
- m) Prática de qualquer desporto a nível profissional ou em competições e respetivos treinos ou estágios;**
- n) Prática dos seguintes desportos: Alpinismo, escalada, montanhismo e espeleologia; Desportos aéreos, incluindo balonismo, voo livre, voo sem motor, asa-delta, ultra ligeiro, paraquedismo, parapente, queda livre, sky diving, sky surfing, base jumping e saltos invertidos com mecanismo de suspensão corporal (*bungee jumping*); descida em *rappel* ou *slide*, descida de correntes originadas por desníveis nos cursos de água**

(*rafting, canyoning, canoagem*); *Parkour*; Prática de caça de animais ferozes, caça submarina, imersões submarinas com auxiliares de respiração; Tauromaquia; Boxe, artes marciais ou qualquer modalidade de luta livre; Saltos de esquí, *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.

2.1.3. Sem prejuízo do disposto nos números anteriores, consideram-se excluídos das coberturas complementares os riscos contratados quando sejam consequência, direta ou indireta, de:

- a) Doenças ou incapacidades pré-existentes 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.

2.2. Para além das exclusões gerais, considera-se excluída das coberturas de Morte por Acidente, Morte por Acidente de Circulação, Invalidez Definitiva para a Profissão por Acidente, Invalidez Definitiva para a Profissão por Acidente de Circulação, Invalidez Definitiva para Qualquer Profissão por Acidente e de Invalidez Absoluta e Definitiva por Acidente, a morte ou 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.

2.3. Para além das exclusões gerais, consideram-se excluídas(os) das coberturas de 6 Doenças Graves, 16 Doenças Graves e 26 Doenças Graves:

- a) As doenças secundárias ou tumores associados ao Síndrome de Imunodeficiência adquirida (SIDA) ou vírus da imunodeficiência humana (HIV);
- b) 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.

2.4. Para além das exclusões gerais, consideram-se excluídos(as) da cobertura de 2ª Opinião Médica:

- 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.

2.5. Para além das exclusões gerais, consideram-se excluídas da cobertura de Incapacidade Temporária Absoluta 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.

2.6. São aplicáveis à cobertura de Despesas de Funeral (as exclusões constantes em 2.1.1 e 2.1.2.

2.7 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.

3. DEVER DE DECLARAÇÃO INICIAL DO RISCO

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.

O disposto no parágrafo anterior é igualmente aplicável a circunstâncias cuja menção não seja solicitada em questionário eventualmente fornecido pela MAPFRE para o efeito.

Incumprimento doloso do dever de declaração inicial do risco: Neste caso o contrato é anulável mediante declaração enviada pela MAPFRE ao tomador do seguro.

Não tendo ocorrido sinistro, a declaração referida no parágrafo anterior deve ser enviada no prazo de 3 meses a contar do conhecimento daquele incumprimento.

A MAPFRE não está obrigada a cobrir o sinistro que ocorra antes de ter tido conhecimento do incumprimento doloso ou no decurso do prazo previsto no parágrafo anterior, seguindo-se o regime geral da anulabilidade.

A MAPFRE tem direito ao prémio devido até ao final do prazo de 3 meses anteriormente referido, salvo se tiver concorrido dolo ou negligência grosseira, seu ou dos seus representantes.

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.

Incumprimento negligente do dever de declaração inicial do risco: Neste caso a MAPFRE pode, mediante declaração a enviar ao tomador do seguro, no prazo de 3 meses a contar do seu conhecimento:

- a) Propor uma alteração do contrato, fixando um prazo, não inferior a 14 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.**

O contrato cessa os seus efeitos 30 dias após o envio da declaração de cessação ou 20 dias após a receção pelo tomador do seguro da proposta de alteração, caso este nada responda ou a rejeite.

No caso referido no parágrafo anterior, o prémio é devolvido *pro rata temporis* (proporcionalmente ao período de tempo não decorrido até ao vencimento) atendendo à cobertura havida.

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.**

4. INCONTESTABILIDADE

A MAPFRE não se pode prevalecer de omissões ou inexatidões negligentes na declaração inicial do risco decorridos 2 anos desde a data da celebração do contrato.

O disposto no parágrafo anterior não é aplicável às coberturas complementares.

5. ERRO SOBRE A IDADE DA PESSOA SEGURA

O erro sobre a idade da pessoa segura é causa de anulabilidade do contrato se a idade verdadeira divergir dos limites, mínimo e máximo, estabelecidos pela MAPFRE para a celebração deste tipo de contrato de seguro.

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.

6. AGRAVAMENTO DO RISCO

O tomador do seguro e a pessoa segura têm o dever de, durante a vigência do contrato, no prazo de 14 dias a contar do conhecimento do facto, comunicar à MAPFRE todas as circunstâncias que possam agravar o risco, nomeadamente as relacionadas com a sua 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.

Sem prejuízo do disposto no parágrafo anterior, qualquer deslocação da pessoa segura para países fora da União Europeia que não sejam a Suíça, Noruega, EUA, Canadá, Argentina, Brasil, Japão, Austrália, Nova Zelândia ou Reino Unido, deve ser previamente comunicada à MAPFRE

sempre que a deslocação:

- a) Seja por motivos profissionais ou
- b) Seja em férias com duração superior a 30 dias.

No prazo de 30 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.**

A declaração de redução do contrato à cobertura principal de morte produz os seus efeitos no 10.º dia útil posterior à data do registo.

O disposto neste número e no número 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.

7. SINISTRO E AGRAVAMENTO DO RISCO

Se antes da cessação ou da alteração do contrato decorrente de um agravamento do risco, ocorrer um 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 de 14 dias previsto para a comunicação do risco;
- 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.**

Na situação prevista nas alíneas a) e b), sendo o agravamento do risco resultante de facto do tomador do seguro 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 do risco.

8. DIREITOS E OBRIGAÇÕES DAS PARTES

Informação sobre exames médicos: 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.

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

Direito de Livre Resolução: O tomador do seguro, sendo pessoa singular, pode resolver o contrato sem invocar justa causa nos 30 dias imediatos à data de receção da apólice.

Este prazo conta-se a partir da data de celebração do contrato, desde que o tomador do seguro, nessa data, disponha, em papel ou noutra suporte duradouro, de todas as informações relevantes sobre o seguro que tenham de constar na apólice.

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

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.**

Obrigações do Tomador do Seguro, Pessoa Segura ou Beneficiário em caso de Sinistro: Em caso de sinistro, o tomador do seguro, pessoa segura ou beneficiário obrigam-se:

- a) **A participar o sinistro, por escrito, à MAPFRE, no mais curto prazo de tempo possível, nunca superior a 8 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 das Condições Gerais;

- d) Autorizar os médicos da pessoa segura a fornecerem, a título confidencial, ao médico representante da MAPFRE, toda a informação médica respeitante ao sinistro.

O incumprimento destas obrigações pode determinar a redução da prestação da MAPFRE ou, em caso de dolo, a perda da cobertura.

Para além do disposto anteriormente, a pessoa segura obriga-se a cumprir todas as prescrições médicas e sujeitar-se a exame por médico designado pela MAPFRE. O incumprimento desta obrigação determina a cessação da responsabilidade da MAPFRE relativamente ao pagamento do capital de risco.

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

Em caso de sinistro ao abrigo da cobertura de Incapacidade Temporária Absoluta: Para além das obrigações anteriores, constituem obrigações da pessoa segura:

- a) Participar o sinistro, por escrito, à MAPFRE, no mais curto prazo de tempo possível, nunca superior a 8 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 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);

- 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.

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.º1 do artigo 5.º da cobertura de Incapacidade Temporária Absoluta.

As despesas com a obtenção dos documentos comprovativos e necessários à regularização dos sinistros correm por conta da pessoa segura.

A MAPFRE poderá solicitar à pessoa segura, a entrega de documentação adicional à referida, quando seja necessária para a avaliação do sinistro participado.

Obrigações em caso de Pluralidade de Seguros: O tomador do seguro ou a pessoa segura deve informar a MAPFRE da existência ou da contratação de seguros relativos aos mesmos riscos.

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

9. PRÉMIO

Forma de cálculo: 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.

Podem ser aplicáveis ao contrato agravamentos por maior risco resultantes de doenças ou incapacidades pré-existentes da pessoa segura ou pela existência de outros fatores tais como risco de estada, risco financeiro ou risco profissional e, neste caso, a MAPFRE informará o tomador do seguro sobre o cálculo do respetivo prémio.

Sem prejuízo do disposto no parágrafo anterior, o valor do prémio do seguro é acrescido dos encargos fiscais e parafiscais e do custo de apólice e de atas adicionais, quando aplicáveis.

As tarifas e as bases técnicas utilizadas no cálculo dos prémios poderão ser atualizadas nas datas de prorrogação do contrato, mediante comunicação ao tomador do seguro com uma antecedência mínima de 30 dias em relação à data da prorrogação.

Pagamento do prémio: O prémio é devido pelo tomador do seguro antecipada e anualmente, de acordo com o estabelecido nas Condições Particulares.

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.

Meios de pagamento: Os prémios serão pagos por débito em conta bancária do tomador do seguro, que se obriga a mantê-la sempre provisionada para o efeito. O pagamento por débito em conta fica subordinado à condição da não anulação posterior do débito por retratação do autor do pagamento no quadro de legislação especial que o permita.

Fracionamento: O tomador do seguro, nos termos da lei e da apólice, contrai perante a MAPFRE a obrigação de pagar o prémio total. A MAPFRE aceita, porém, que o pagamento se faça em prestações semestrais, trimestrais ou mensais liquidadas adiantadamente, de acordo com o indicado na apólice, com aplicação dos seguintes encargos de fracionamento consoante a modalidade contratada:

	Anual	Semestral	Trimestral	Mensal
Encargo de Fracionamento	-4,00%	1,00%	1,50%	2,50%

Falta de pagamento do prémio: O contrato só produzirá efeitos desde que seja pago o prémio inicial ou a primeira fração deste.

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.

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 do prémio.

Falta de Pagamento em Caso de Estipulação Beneficiária Irrevogável: Em caso de falta de pagamento do prémio na data do vencimento, se

o contrato estabelecer um benefício irrevogável a favor de terceiro, deve a MAPFRE interpela-lo no prazo de 30 dias para, querendo, substituir-se ao tomador do seguro no referido pagamento.

10. REGIME FISCAL

O contrato está sujeito ao regime fiscal português.

11. PRESTAÇÃO PRINCIPAL DA MAPFRE

Em caso de ocorrência de sinistro coberto pela apólice, a MAPFRE pagará ao(s) beneficiário(s), o capital seguro constante nas Condições Particulares.

O pagamento do capital seguro será efetuado sob a forma de pagamento único e, quando adicionalmente contratado, sob a forma de pagamento fracionado mensal com a duração estabelecida nas Condições Particulares.

Salvo estipulação em contrário, os pagamentos por morte da pessoa segura são prestados:

- Ao(s) beneficiário(s) designado(s) nos termos do previsto no artigo 21.º das Condições Gerais;
- Na falta de designação de beneficiário(s), aos herdeiros da pessoa segura;
- Em caso de premoriência do(s) beneficiário(s) relativamente à pessoa segura, aos herdeiros desta;
- Em caso de premoriência do(s) beneficiário(s) relativamente à pessoa segura, tendo havido renúncia à revogação da designação beneficiária, aos herdeiros daquele(s);
- Em caso de comoriência da pessoa segura e do(s) beneficiário(s), aos herdeiros deste(s).

Os pagamentos ao abrigo das outras coberturas são prestados:

- Ao(s) beneficiário(s) designado(s) nos termos previstos no artigo 21.º das Condições Gerais;
- Na falta de designação de beneficiário(s), à própria pessoa segura ou a quem a representar.

O pagamento do capital seguro apenas se torna exigível após a entrega/apresentação dos seguintes documentos:

- Declaração de Sinistro em impresso fornecido pela MAPFRE para o efeito ou documento equivalente, do qual resulte a intenção de declarar sinistro;
- Documento comprovativo da data de nascimento e de identificação fiscal da pessoa segura (cópia simples);
- 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).

Para além destes documentos deverá também ser entregue:

Em caso de morte:

- a) Certificado e assento de óbito (originais ou cópias certificadas);
- b) Relatório do Médico de Família ou do médico assistente, indicando o historial clínico completo, anterior e posterior à data do diagnóstico da doença ou à data do acidente (original ou cópia certificada);
- c) Relatório do médico que assistiu a pessoa segura, indicando o historial clínico e detalhando o início, evolução da doença ou consequências do acidente (original ou cópia certificada);
- d) Nos casos de morte por acidente ou por causa indeterminada, será ainda necessário relatório da autópsia, auto de ocorrência, certidão do Ministério Público e resultados dos testes toxicológicos e de alcoolémia (originais ou cópias certificadas).

Em caso de invalidez:

- 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) Salvo nos casos de invalidez absoluta e definitiva, documento descrevendo a atividade profissional ou ocupação principal exercida pela pessoa segura antes de ter sido afetada pela invalidez;
- 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).

Em caso de doença grave:

- 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).

Em caso de Incapacidade Temporária Absoluta (ITA):

- a) Relatório do médico assistente que atestou a incapacidade para o trabalho, onde sejam indicadas a causa e a sua duração provável;
- b) 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;
- c) 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);
- d) Documento comprovativo dos pagamentos recebidos da Segurança Social pela ITA ou do segurador caso se trate de acidente de trabalho;
- e) Número de IBAN/SWIFT para pagamento por transferência do valor mensal.

Sem prejuízo do disposto nos parágrafos 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.

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 dias ao pagamento do capital ou à comunicação de recusa do sinistro.

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.

Sinistro de Invalidez: Sem prejuízo do disposto anteriormente, se a invalidez for agravada ou resultar de defeito físico ou patologia de que a pessoa segura já era portadora à data da contratação da cobertura, a responsabilidade da MAPFRE não excederá a que teria se a pessoa segura não fosse portadora do(a) mesmo(a).

O grau de desvalorização correspondente a defeito físico ou patologia de que a pessoa segura já era portadora à data da contratação destas coberturas, não concorre para a determinação do grau de desvalorização atribuído ao abrigo destas coberturas.

Para o funcionamento das coberturas de invalidez 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.

Sinistro de Doenças Graves: Sem prejuízo do disposto anteriormente, o capital será atribuído uma única vez, ainda que, na mesma data ou em datas distintas, sejam diagnosticadas à pessoa segura, mais do que uma doença grave.

12. RESGATE, REDUÇÃO E ADIANTAMENTO

Este contrato não confere direito a valores de resgate, redução ou adiantamento.

13. PARTICIPAÇÃO NOS RESULTADOS

Este contrato não confere direito a participação nos resultados.

14. VICISSITUDES DO CONTRATO

Início da cobertura e de efeitos: O contrato produz efeitos a partir do dia e hora indicados nas Condições Particulares.

O contrato tem-se por concluído nos termos propostos, em caso de silêncio da MAPFRE, após 14 dias contados da receção da proposta do tomador 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.

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

Duração: O contrato é celebrado pelo período de um ano prorrogável por novos períodos de um ano (seguro temporário anual renovável).

Beneficiários: 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.

A pessoa que designa o(s) beneficiário(s) pode a qualquer momento alterar ou revogar a designação, sem prejuízo do disposto nos parágrafos seguintes.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

Uma vez iniciado um procedimento clínico de morte medicamente assistida nos termos da legislação específica aplicável, não é possível a alteração da designação beneficiária.

Alterações ao Contrato: 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 dias relativamente à data da prorrogação do contrato.**

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.

Denúncia do Contrato: O contrato pode ser livremente denunciado pelas partes, mediante declaração escrita enviada ao destinatário, com antecedência mínima de 30 dias relativamente à data da sua prorrogação.

Resolução do Contrato: O contrato pode ser resolvido pelas partes a todo o tempo, havendo justa causa, mediante declaração escrita. A resolução do contrato produz os seus efeitos às 24 horas do 10.º dia útil posterior à data da declaração.

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.

Outras Causas de Cessação do Contrato: Sem prejuízo da cessação automática por idade da pessoa segura (pág.1) e de outras formas de cessação do contrato ou das coberturas previstas nas Condições da apólice, em caso de morte da pessoa segura por qualquer das causas excluídas no artigo 4.º das Condições Gerais, o

contrato caduca sem qualquer restituição de prémio.

Cessação das coberturas de Invalidez: Sem prejuízo da cessação automática por idade da pessoa segura (pág.1) e de outras formas de cessação previstas nas Condições da apólice, as coberturas de Invalidez Definitiva para a Profissão, Invalidez Definitiva para a Profissão por Acidente, Invalidez Definitiva para a Profissão por Acidente de Circulação, Invalidez Definitiva para Qualquer Profissão ou de Invalidez Definitiva para Qualquer Profissão por Acidente cessam automaticamente na data em que a pessoa segura comece a receber uma pensão de velhice, pré-reforma ou reforma antecipada.

Para este efeito, o tomador do seguro ou a pessoa segura obriga-se a comunicar tal facto à MAPFRE no prazo máximo de 30 dias após a sua ocorrência.

15. COMUNICAÇÕES E NOTIFICAÇÕES ENTRE AS PARTES

As comunicações ou notificações do tomador do seguro/pessoa segura previstas nesta apólice consideram-se válidas e eficazes caso sejam efetuadas para a sede social da MAPFRE.

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

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.

16. ADESÃO À ENTREGA DE DOCUMENTAÇÃO DA APÓLICE POR VIA ELETRÓNICA

Ao aderir à entrega da documentação da apólice por via eletrónica, o tomador do seguro aceita receber a referida documentação em suporte eletrónico, no endereço de correio eletrónico indicado no ato de adesão, ficando informado de que a referida documentação não lhe será enviada em suporte papel, sem prejuízo de poder solicitá-la diretamente à MAPFRE em caso de impossibilidade de acesso.

Para este efeito considera-se documentação da apólice, as respetivas Condições Particulares, bem como os avisos para pagamento do prémio e outras comunicações contratuais previstas no Decreto-Lei n.º 72/2008 de 16 de abril, ficando convencionado entre as partes que a documentação enviada por via eletrónica tem o mesmo valor que teria em suporte papel, nomeadamente no que respeita às

consequências da falta de pagamento dos prémios.

A adesão não implica qualquer custo para o tomador.

O tomador compromete-se a zelar pelo bom e regular funcionamento da sua caixa de correio eletrónico e comunicar por escrito à MAPFRE qualquer alteração, irregularidade ou falha relacionada com a mesma. Obriga-se, ainda, a manter, na sua caixa de correio eletrónico, espaço disponível para receber a documentação.

A MAPFRE não será responsável por prejuízos sofridos pelo tomador e/ou por terceiros, em virtude de quaisquer atrasos, interrupções, erros ou suspensões de comunicações que tenham origem em fatores fora do seu controlo, nomeadamente, quaisquer deficiências ou falhas provocadas pela rede de comunicações ou serviços de comunicações prestados por terceiros, pelo sistema informático, pelos modems, pelo software de ligação ou eventuais vírus informáticos.

O tomador assume total responsabilidade pela veracidade, exatidão, vigência e autenticidade dos dados fornecidos aquando da adesão, nomeadamente os relativos ao seu endereço de email, declarando expressamente ter poderes para escolher ou alterar o processo de entrega da documentação da apólice.

Caso o tomador pretenda alterar a forma de entrega da documentação da apólice para suporte em papel, deverá efetuar o pedido por escrito à MAPFRE, com a antecedência mínima de 30 dias relativamente à data em que pretende que a alteração produza efeitos.

Com exceção do disposto nos parágrafos anteriores, as presentes condições de adesão não alteram ou derogam qualquer disposição das condições aplicáveis à apólice.

17. CLÁUSULAS DO CONTRATO

Nos termos acordados entre as partes, as Condições Gerais e cláusulas anexas, que resultem da celebração do contrato a que se refere a presente informação pré-contratual, são entregues ao tomador do seguro no sítio da internet indicado nas Condições Particulares, sem prejuízo de este poder solicitá-las noutro suporte, diretamente à MAPFRE, logo que tenha conhecimento da impossibilidade de proceder à sua visualização no referido suporte.

18. COMUNICAÇÃO À DISTÂNCIA

A presente Informação Pré-contratual é disponibilizada nos termos dos artigos 11.º e 18.º ns.2 b) e 3 do Decreto-Lei n.º 95/2006 de 29 de maio.

19. RELATÓRIO SOBRE SOLVÊNCIA E SITUAÇÃO FINANCEIRA

O relatório anual sobre a solvência e situação financeira da MAPFRE será divulgado, de acordo com o legalmente estabelecido, em www.mapfre.pt.

20. LEI APLICÁVEL, RECLAMAÇÕES E ARBITRAGEM

A lei aplicável ao contrato é a lei portuguesa.

A MAPFRE dispõe de uma unidade orgânica responsável pela gestão de reclamações, sem prejuízo da possibilidade de posterior recurso para o Provedor do Cliente ou de poder ser requerida a intervenção da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões (www.asf.com.pt).

A informação relativa à gestão de reclamações e ao Provedor do Cliente está disponível em <https://www.mapfre.pt/informacoes-relevantes-para-o-cliente/>.

Nos litígios surgidos ao abrigo deste contrato pode haver recurso à arbitragem, a efetuar nos termos da lei. Tratando-se de divergências de natureza clínica ou acerca do grau de invalidez, os árbitros terão de ser obrigatoriamente médicos.

21. FORO

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

22. AUTORIDADE DE SUPERVISÃO

Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões (ASF), com sede na Av. da República, 76, 1600-205 LISBOA

23. INFORMAÇÃO ADICIONAL SOBRE PROTEÇÃO DE DADOS

Quem é o responsável pelo tratamento dos seus dados pessoais?

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

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

- **Contacto do Delegado de Proteção de Dados:**
DPO.Portugal@mapfre.com

Com que finalidade tratamos os seus dados pessoais?

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

- Gestão da atividade seguradora e/ou cumprimento do contrato ou 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 comercial, 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 excepcional e realizar-se-ão sempre que sejam imprescindíveis para a execução adequada da relação contratual.

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

Quais os seus direitos quando nos fornece os seus dados?

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

- confirmar se na MAPFRE Seguros de Vida, S.A. estamos a tratar dados pessoais que lhe digam respeito ou não, aceder aos mesmos e à informação relacionada com o respetivo tratamento.
- solicitar a retificação dos dados incorretos.
- solicitar a supressão dos dados caso, entre outras razões, já não sejam necessários para os fins para os quais foram recolhidos, caso em que a MAPFRE Seguros de Vida, S.A. deixará de tratar os dados

salvo para o exercício ou a defesa de eventuais reclamações.

- solicitar a limitação do tratamento dos seus dados, caso em que somente poderão ser tratados com o seu consentimento, exceto a respetiva conservação e utilização para o exercício ou a defesa de reclamações ou com vista à proteção dos direitos de outra pessoa singular ou coletiva ou por razões de interesse público importante da União Europeia ou de um determinado Estado-membro.
- opor-se ao tratamento dos seus dados, caso em que, a MAPFRE Seguros de Vida, S.A. deixará de tratar os dados salvo para a defesa de eventuais reclamações.
- receber num formato estruturado, de uso corrente e leitura automática os dados pessoais que lhe digam respeito e que tenha fornecido à MAPFRE Seguros de Vida, S.A., ou solicitar à MAPFRE Seguros de Vida, S.A. que os transmita diretamente a outro responsável desde que tal seja tecnicamente possível.
- retirar o consentimento concedido, eventualmente, para a finalidade incluída no ponto “Com que finalidade tratamos os seus dados pessoais?”, sem que tal afete a licitude do tratamento baseado no consentimento prévio à sua retirada.

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

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

24. REGIME ESPECÍFICO DE COMUNICAÇÃO DE DADOS PESSOAIS

O contrato de seguro fica sujeito ao regime legal de Prevenção do branqueamento de capitais e do financiamento do terrorismo.

A MAPFRE Seguros de Vida, S.A., na qualidade de entidade obrigada nos termos da Lei 83/2017 de 18 de agosto, está autorizada, nos termos previstos na Secção VII da referida lei, a recolher, tratar, atualizar e conservar os dados pessoais necessários ao cumprimento dos deveres preventivos previstos nessa lei, com a finalidade exclusiva de prevenção do branqueamento de capitais e do financiamento do terrorismo, não podendo tais dados ser

posteriormente tratados, com base na referida lei, para quaisquer outros fins, incluindo fins comerciais.

Neste âmbito, a MAPFRE Seguros de Vida, S.A. conservará cópia do documento de identificação pessoal do tomador do seguro, de acordo com o previsto no artigo 25.º n.º4 a) da referida lei.

Os dados pessoais tratados ao abrigo da Lei 83/2017 podem ser comunicados ou transferidos, de acordo com o previsto no seu artigo 61.º, para:

- O DCIAP, a Unidade de Informação Financeira, a Autoridade Tributária e Aduaneira e as demais autoridades judiciais, policiais e setoriais;
- As pessoas ou entidades que, nos termos do n.º 3 do seu artigo 54.º, possam figurar como destinatárias de tais dados, ainda que situadas ou estabelecidas em países terceiros;
- As entidades que integrem o grupo MAPFRE, para os efeitos previstos no seu artigo 22.º, ainda que situadas ou estabelecidas em países terceiros.

A MAPFRE Seguros de Vida, S.A. fica obrigada a adotar as medidas de segurança de natureza física e lógica que se mostrem necessárias para assegurar a efetiva proteção da informação e dos dados pessoais tratados, em conformidade com o disposto na legislação vigente sobre proteção de dados pessoais.

Fica também obrigada a assegurar a eliminação dos dados pessoais tratados, após o termo da relação comercial, sem prejuízo de outras obrigações de conservação que não decorram da Lei 83/2017.

Os direitos de acesso e de retificação serão exercidos pelo titular dos dados através da Comissão Nacional de Proteção de Dados, nos termos previstos na legislação vigente sobre proteção de dados pessoais.

A MAPFRE Seguros de Vida, S.A. poderá proceder à recolha de dados pessoais complementares junto de organismos públicos, empresas especializadas e outras unidades económicas, tendo em vista a confirmação ou complemento dos elementos recolhidos, necessários à gestão da relação contratual.

Este regime não prejudica quaisquer outras comunicações dos dados fornecidos a autoridades judiciais, administrativas e fiscais competentes, desde que em cumprimento de obrigação legal.

25. COMBATE AO BRANQUEAMENTO DE CAPITAIS E AO FINANCIAMENTO DO TERRORISMO

Em cumprimento dos seus deveres legais de combate ao branqueamento de capitais e ao

financiamento do terrorismo, a MAPFRE poderá recusar o contrato de seguro proposto ou qualquer operação contratual solicitada, bem como rescindir o contrato com efeitos imediatos, quando tenha conhecimento ou suspeite de que o mesmo possa estar relacionado com a prática de crimes de branqueamento de capitais ou de financiamento do terrorismo. O contrato, ou qualquer operação com ele relacionada, será recusado quando não for prestada, à MAPFRE, toda a informação exigida por lei em matéria de identificação do tomador do seguro, pessoas seguras, beneficiários e beneficiários efetivos, bem como sobre a origem e destino dos respetivos fundos.

Coberturas (*)	Vida Essencial	Vida Mais	Vida Total
Morte Corresponde ao pagamento de um capital único.	■	■	■
Invalidez			
Invalidez Absoluta e Definitiva	○	■	■
Invalidez Definitiva para qualquer Profissão (**)			
Invalidez Definitiva para a Profissão (**)			
Doenças Graves Antecipação de 50% do capital da cobertura principal de Morte, limitado a 150.000€			
6 Doenças Graves	□	N/D	■
16 Doenças Graves	N/D	□	
26 Doenças Graves	N/D	N/D	
2.ª Opinião Médica	■	■	■
Despesas de Funeral: CAPITAL: 1.000 € 2.000 € 3.000 €			
	□	■	■

Coberturas por Acidente

Morte por Acidente	N/D	■	■
Invalidez Absoluta e Definitiva por Acidente	N/D	○	■
Invalidez Definitiva para qualquer Profissão por Acidente	N/D		
Invalidez Definitiva para a Profissão por Acidente	N/D		

Coberturas por Acidente de Circulação

Morte por Acidente de Circulação	N/D	N/D	□
Invalidez Definitiva para a Profissão por Acid. de Circulação	N/D	N/D	□

Legenda: ■ incluída | ■ obrigatória a contratação de apenas uma | ■ obrigatória, quando contratada a cobertura de Doenças Graves | □ opcional | ○ opcional, escolher apenas uma



(*) Mediante pedido pode ser incluída na Modalidade **Vida Total** as coberturas:

- **Pagamento Fracionado Morte**

VALORES (Mês): 100 € | 200 € | 300 € | 400 € | 500 €

PRAZO: 5 anos | 10 anos | 15 anos

- **Incapacidade Temporária e Absoluta**

Valor mensal contratado limitado ao menor destes três valores: 50% do rendimento comprovável, 2% do valor do capital da cobertura de Morte ou 1.500€

(**) É obrigatório o exercício de uma atividade remunerada pela pessoa segura