

SEGURADOR

Real Vida Seguros, S.A.

TIPO DE CLIENTE

Particulares, Profissionais Liberais e Empresas.

PRODUTO

Real Seguro Vida Pleno

DESCRIÇÃO

O Real Seguro Vida Pleno é um seguro temporário anual renovável, que garante o pagamento do Capital Seguro contratado e indicado nas Condições Particulares, ao(s) beneficiário(s) designado(s), em caso de Morte ou Invalidez Absoluta e Definitiva no decorrer do prazo da apólice.

Este seguro disponibiliza ainda à(s) Pessoa(s) Segura(s), e de forma inteiramente gratuita, um conjunto de serviços de Assistência na Saúde, de utilização imediata, como são o Médico Online, o Aconselhamento Médico Telefónico e o Médico ao Domicílio.

Pode ainda garantir, quando subscritos, diversos outros riscos de entre as coberturas complementares disponíveis, como a Invalidez Total e Permanente, a Morte por Acidente, a Morte por Acidente de Circulação, o Subsídio Diário por Hospitalização por Acidente, os Filhos Menores a Cargo e as Doenças Graves com um serviço de Medicina de Precisão, o qual disponibilizará em caso de doença oncológica um plano de tratamento personalizado em função do perfil molecular de cada Pessoa.

Pode ser subscrito para pessoas com idades entre os 18 e os 70 anos, podendo vigorar até aos 80 anos.

DURAÇÃO

O contrato é celebrado por um ano, com renovação automática na data aniversário da apólice, cessando na data de renovação subsequente à data em que a Pessoa Segura completa os 80 (oitenta) anos de idade actuarial.

FORMALIZAÇÃO

O Contrato é formalizado pela Proposta de Seguro na qual constam os dados do Tomador do Seguro e das Pessoas Seguras, as coberturas contratadas, assim como os beneficiários (por defeito são os herdeiros da Pessoa Segura). Cada Pessoa Segura deverá preencher e assinar um questionário clínico (podendo o mesmo ser automático).

ACEITAÇÃO

A aceitação do contrato pelo Segurador depende sempre da análise e aceitação prévia do risco. Para o efeito, poderá ser necessário ao candidato a Pessoa Segura completar a declaração de saúde, a informação clínica ou a realização de exames médicos, de acordo com a grelha apresentada abaixo.

A relação existente entre o Capital Seguro e a idade da Pessoa Segura é um dos factores que determina, de acordo com a grelha de exames abaixo indicada, a obrigatoriedade da realização de exames médicos a marcar pelo Segurador.

Os exames são marcados pelo Segurador que suporta o custo afecto aos mesmos.

Perante a análise dos questionários clínicos e exames o Segurador poderá:

- Pedir elementos adicionais;
- Aceitar sem reservas;
- Propor agravamento de prémio ao Tomador do Seguro;
- Propor a exclusão de coberturas ou garantias ao Tomador do Seguro;
- Não aceitar o seguro.

GRELHA PARA AVALIAÇÃO DO RISCO

IDADE NO INÍCIO	CAPITAL A SEGUAR (Euros)	EXAME TIPO
de 18 anos a 45 anos	até 300.000,00 de 300.001,00 a 500.000,00 de 500.001,00 a 999.999,00 Mais de 999.999,00	Questionário Simples Questionário Completo Questionário Completo + Grelha Exames (Tipo A) Questionário Completo + Grelha Exames (Tipo B)
de 46 anos a 55 anos	até 300.000,00 de 300.001,00 a 500.000,00 Mais de 500.000,00	Questionário Simples Questionário Completo Questionário Completo + Grelha Exames (Tipo B)
de 56 anos a 65 anos	até 300.000,00 de 300.001,00 a 400.000,00 Mais de 400.000,00	Questionário Simples Questionário Completo Questionário Completo + Grelha Exames (Tipo B)
Mais de 65 anos	até 250.000,00 de 250.001,00 a 300.000,00 Mais de 300.000,00	Questionário Simples Questionário Simples + Grelha Exames (Tipo B) Questionário Completo + Grelha Exames (Tipo B)

Tipo A	AU + AS
Tipo B	AU + AS + NT-proBNP ¹ + PSA total (se aplicável) + Ecocardiograma

AU (análise urina): Urina (tipo II)

AS (análises sangue): Hemograma, Velocidade de sedimentação, Glicose (se valor de Glicose ≥ 120 , realizar HbA1c), Creatinina, Colesterol (total com fracção HDL), Triglicerídeos, Acido Úrico, Transaminases (TGO e TGP), GamaGT, Bilirrubinas, AcAntiHIV, Marcadores Hepatite B e C.

¹ Este indicador poderá ser substituído por um ECG com prova de esforço, quando se verificarem patologias pré-existentes.

Sem prejuízo dos elementos de análise referidos, para melhor avaliação do risco, poderão ser exigidos elementos adicionais.

A idade actuarial numa determinada data, é a idade da Pessoa Segura, considerada em anos inteiros, no aniversário natalício mais próximo dessa data.

A proposta considera-se aceite decorridos 14 dias após a sua recepção no Segurador, a menos que, a Pessoa Segura seja notificada da recusa ou da sua antecipada aprovação ou da necessidade de recolher esclarecimentos adicionais para a avaliação do risco, ficando a aceitação, neste caso, dependente da entrega e análise dos elementos solicitados.

PLANO DE COBERTURAS

Coberturas	
Morte	✓
Invalidez Absoluta e Definitiva	✓
Médico Online (oferta)	✓
Aconselhamento Médico Telefónico (oferta)	✓
Médico ao Domicílio (oferta)	✓
Invalidez Total e Permanente	Opcional
Morte por Acidente ^{(1) (2)}	Opcional
Morte por Acidente de Circulação ^{(1) (2)}	Opcional
Subsídio Diário por Hospitalização por Acidente	Opcional
Doenças Graves ⁽³⁾ e Medicina de Precisão	Opcional
Filhos Menores a Cargo	Opcional
Lista de Espera	Opcional
Subsídio de Funeral	Opcional

⁽¹⁾ A cobertura de Morte por Acidente de Circulação apenas pode ser subscrita cumulativamente com a cobertura de Morte por Acidente.

⁽²⁾ Capital seguro igual ao capital de Morte, com o limite máximo de € 500.000,00.

⁽³⁾ Capital seguro para Doenças Graves poderá ser de 10%, 25%, 50%, 75% ou 100% do capital seguro da cobertura de Morte, com o limite máximo de € 150.000,00.

GARANTIAS

Cobertura Principal

- Morte ou Invalidez Absoluta e Definitiva:

Em caso de Morte ou Invalidez Absoluta e Definitiva da Pessoa Segura, durante a vigência do contrato e independentemente do local onde esta ocorra, os beneficiários designados receberão o Capital Seguro.

Considera-se que a Pessoa Segura se encontra em estado de Invalidez Absoluta e Definitiva se, em consequência de doença ou acidente ficar com uma limitação funcional e permanente, sem possibilidade clínica de melhoria, que incapacite a Pessoa Segura para o exercício de qualquer actividade remunerada, necessitando de recorrer à assistência de uma terceira pessoa para efectuar todos os actos normais da vida diária.

Coberturas Complementares

- Médico Online:

O Segurador, através dos Serviços de Assistência, em caso de urgência, assegura a marcação de consulta clínica por vídeo chamada, de Medicina Geral e Familiar (linha de Apoio 24h - telefone: 210425111, custo de chamada para rede fixa nacional).

Esta garantia tem o limite de marcações de 2 consultas por anuidade sem qualquer custo adicional, tendo, um co-pagamento por consulta, a cargo da Pessoa Segura para as consultas subsequentes da mesma anuidade, nos termos indicados nas Condições Particulares.

Ao abrigo da presente cobertura fica garantido o apoio e aconselhamento remoto de médicos ou de outros profissionais de saúde. Este apoio e aconselhamento poderá ser realizado, conforme opção da Pessoa Segura:

a) Consulta por Telefone - A consulta por telefone permite à Pessoa Segura consultar uma equipa médica especializada em Medicina Geral e Familiar.

b) Vídeo-Consulta - Este serviço será realizado por intermédio do recurso a uma plataforma informática que permite a realização de uma videoconferência, o que pressupõe que a Pessoa Segura disponha de uma ligação à internet e de um dispositivo informático.

- Aconselhamento Médico Telefónico:

Através da linha telefónica de atendimento 24 horas por dia (telefone: 210425111, custo de chamada para rede fixa nacional), a Pessoa Segura poderá solicitar, à Equipa Médica do Segurador:

- a) Informação médica referente a doenças;
- b) Informação médica referente à prevenção de problemas de saúde;
- c) Informação sobre a correcta administração de medicamentos;
- d) Apoio na compreensão de relatórios de laboratório, terminologia médica, interpretação de relatórios e diagnósticos;
- e) Explicação do funcionamento e preparação prévia necessária à realização de exames médicos complementares;
- f) Outras informações de interesse (informação relacionada com saúde infantil, farmácias, etc.).

Caso não seja possível fornecer uma resposta imediata, o Segurador diligenciará no sentido de efectuar a procura de informações solicitadas e voltará a contactar com o cliente para transmitir as respectivas informações.

O Segurador não será responsável pelas interpretações do cliente nem pelas eventuais consequências das mesmas. As eventuais informações médicas prestadas não poderão ser entendidas como uma consulta médica, mas tão somente como uma orientação geral prestada por um dos médicos do Segurador.

- Médico ao Domicílio:

O Segurador, através dos Serviços de Assistência, em caso de urgência, garante à Pessoa Segura o envio de um médico ao domicílio, contra um co-pagamento a efectuar no acto da consulta directamente ao médico, nos termos previstos nas Condições Particulares (linha de Apoio 24h - telefone: 210425111, custo de chamada para rede fixa nacional).

No caso de indisponibilidade do médico ou ausência de médico no concelho ou distrito onde o cliente se encontre, o Segurador, através dos serviços de assistência organiza e suporta o transporte do cliente até ao centro clínico mais próximo, suportando o custo da respectiva consulta com um co-pagamento a cargo do Cliente, nos termos previstos nas Condições Particulares.

A utilização desta garantia fica excluída no caso da Pessoa Segura residir, em regime permanente, em lar para terceira idade, centro de acção social e de acolhimento, instituição particular de solidariedade social, residência assistida ou qualquer instituição que, pelo seu cariz seja similar a qualquer uma das aqui enunciadas.

A utilização desta garantia, só tem validade para os cuidados de saúde prestados em Portugal.

- Invalidez Total e Permanente:

Por esta cobertura complementar, quando subscrita pelo Tomador do Seguro e nos termos expressamente previstos nas Condições Particulares, o Segurador garante o pagamento, em caso de Invalidez Total e Permanente da Pessoa Segura, do valor do Capital Seguro pela cobertura principal.

Considera-se Invalidez Total e Permanente, o estado de invalidez em que se encontra a Pessoa Segura quando cumulativamente, e em consequência de doença ou acidente, se verificarem relativamente a ela as três condições seguintes:

- A Pessoa Segura fique totalmente incapaz de exercer a sua profissão ou qualquer outra actividade lucrativa compatível com as suas capacidades, conhecimentos e aptidões;
- Apresentar um grau de incapacidade que, conforme o definido nas Condições Particulares, poderá ser igual ou superior a 60% ou igual ou superior a 65% de acordo com a tabela nacional de Incapacidades por Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais em vigor na data de avaliação da desvalorização sofrida pela Pessoa Segura, não entrando para o seu cálculo quaisquer incapacidades ou patologias pré-existent;
- Irreversibilidade da invalidez total, isto é, sem quaisquer esperanças de haver melhoria no seu estado de saúde por continuação de tratamento médico.

- Morte por Acidente:

Por esta cobertura complementar o Segurador garante, em caso de morte da Pessoa Segura, resultante de acidente, e verificada nos doze meses subsequentes à data do mesmo, uma importância suplementar de valor igual ao Capital Seguro, no limite máximo de € 500.000,00.

- Morte por Acidente de Circulação:

Por esta cobertura complementar o Segurador garante, em caso de morte da Pessoa Segura resultante de acidente de circulação, e verificada nos doze meses subsequentes à data do mesmo, uma importância suplementar de valor igual ao Capital Seguro, no limite máximo de € 500.000,00.

Esta cobertura só pode ser subscrita com a cobertura Morte por Acidente.

- Doenças Graves e Medicina de Precisão:**Doenças Graves:**

Por esta cobertura complementar o Segurador garante a antecipação do Capital Seguro subscrito referido nas Condições Particulares, correspondente a uma percentagem do capital da cobertura principal (10%, 25%, 50% 75% ou 100%), no limite máximo de €150.000,00, em caso de ocorrência pela primeira vez de uma das Doenças Graves a seguir definidas, manifestada pela Pessoa Segura durante a vigência do contrato, cancelando, automaticamente esta cobertura.

Considera-se como data de ocorrência a data em que a Doença Grave é formalmente diagnosticada.

Durante a primeira anuidade da apólice, o pagamento do capital seguro encontra-se sujeito às seguintes limitações, em função do momento do diagnóstico da Doença Grave:

- a) 25% do capital seguro da cobertura de Doenças Graves, quando o diagnóstico ocorra durante o 1.º semestre da primeira anuidade;
- b) 50% do capital seguro da cobertura de Doenças Graves, quando o diagnóstico ocorra durante o 2.º semestre da primeira anuidade.

Findo o período da primeira anuidade, o capital seguro, em caso de sinistro, será pago na totalidade, nos termos definidos no n.º 1.

Se o Capital Seguro da cobertura principal for superior ao referido nas Condições Particulares para a presente cobertura complementar, o mesmo será reduzido do montante antecipado por esta cobertura, mantendo-se a apólice em vigor, caso contrário a apólice será automaticamente cancelada.

Consideram-se Doenças Graves: cancro, cirurgia de "By-Pass" coronário, enfarte do miocárdio, insuficiência renal terminal, acidente vascular cerebral e transplante de um órgão principal.

Medicina de Precisão:

Por este serviço de Medicina de Precisão, o Segurador disponibiliza através de um Prestador Especializado, apoio personalizado e orientação à Pessoa Elegível ao longo do seu percurso oncológico, desde que passível de acionar a presente garantia.

O serviço inclui a realização de um teste de Perfil Molecular, a interpretação por peritos de renome internacional dos resultados de laboratório (através de Relatório Clínico Especializado) para cada diagnóstico de cancro único e a disponibilização de um plano de tratamento oncológico personalizado para a caracterização molecular de cada Pessoa Elegível. A prestação do serviço será supervisionada por pessoal clínico do Prestador Especializado com especialização nesta área médica.

Um diagnóstico de cancro único é definido pelo código específico atribuído ao cancro pela Classificação Internacional de Doenças (CID). O serviço pode ser solicitado (de novo) para um cancro diferente e não relacionado, diagnosticado ao abrigo de um código CID diferente.

Na eventualidade do Relatório Clínico Especializado ter identificado uma potencial mutação genética hereditária, o Prestador Especializado providenciará a realização de testes genéticos em familiares directos elegíveis da Pessoa Elegível, para investigar a presença da mutação nestas pessoas (dependente do consentimento de cada pessoa). São considerados familiares directos elegíveis os irmãos biológicos e filhos biológicos da Pessoa Elegível, que apresentem potencial para desenvolver esta forma de cancro. A decisão final quanto à selecção dos familiares que serão submetidos ao teste caberá ao Prestador Especializado unicamente com base na adequação clínica.

Orientação relativa a Ensaios Clínicos, para que a Pessoa Elegível possa participar num Ensaio Clínico para aceder a um novo e promissor protocolo de tratamento que apenas esteja disponível na fase experimental ou para o qual haja expectativas de ser mais eficaz do que o tratamento normal já disponível para o doente.

O serviço de Medicina de Precisão pode ser activado se forem cumpridas as seguintes condições:

- 1) A Pessoa elegível encontra-se actualmente a receber tratamento oncológico ou recebeu uma recomendação escrita

para se submeter a um tratamento oncológico imediato; e

2) O diagnóstico oncológico está classificado de acordo com um dos seguintes critérios:

- cancro que não responde ao tratamento de 1ª linha (confirmado pelo oncologista da Pessoa elegível); ou,
- cancros diagnosticados como sendo de Estadio III ou IV; ou,
- cancros de origem primária desconhecida (ausência de um tumor primário claramente detectável); ou,
- formas raras de cancro (*); e

3) Disponibilidade de material de teste adequado na forma de uma amostra de biópsia com um número suficiente de células tumorais. Se a amostra não contiver um número suficiente de células tumorais, há a possibilidade de se obter uma biópsia líquida (amostra de sangue) se esta for apropriada do ponto de vista clínico.

(*) Cancros com uma incidência de <6/100 000 incluídos na lista de Vigilância de Cancros Raros na Europa (RARECAR) publicada na respectiva página web <http://www.rarecare.eu/>.

Reunidas as condições de activação, a Pessoa Elegível, solicita o serviço de Medicina de Precisão através do endereço de correio electrónico - Claims@wegofurther.com - ou remete para a morada do Segurador, ao cuidado do departamento de sinistros, a informação que comprove o enquadramento referido no número anterior. A Pessoa Elegível será contactado por consultor específico da Equipa de Medicina de Precisão que iniciará o serviço e fornecerá a ligação, onde as informações médicas podem ser carregadas.

A Pessoa Elegível terá de apresentar informação médica relevante que será analisada pelo Prestador Especializado, para determinar se a documentação é válida e está completa (diagnóstico da Pessoa Segura, disponibilidade da amostra biológica que terá de ser recolhida em território português, cuidados recebidos até à data, etc.) e poder elaborar uma análise de lacunas e plano de acção para determinar o tipo de testes e as amostras requeridas. A Pessoa Elegível será apoiada por uma equipa dedicada, com consultor específico do Prestador Especializado, que fará o acompanhamento da Pessoa Elegível durante todo o processo, mantendo-a informada e actualizada.

Considera-se um período de carência de três meses para a entrada em vigor desta cobertura.

- Subsídio Diário por Hospitalização por Acidente:

Por esta cobertura complementar o Segurador garante, em caso de Hospitalização por Acidente, o pagamento do subsídio diário que constar nas Condições Particulares, o qual não poderá ser superior a € 50,00.

- Filhos Menores a Cargo:

Por esta cobertura complementar o Segurador garante que, em caso de morte da Pessoa Segura, será pago um capital adicional desde que existam filhos menores a cargo ou nascidos no prazo de 300 dias posteriores à data do falecimento da Pessoa Segura. Este capital será igual a 50% do Capital Seguro, não podendo exceder os € 50.000,00.

- Lista de Espera:

Por esta cobertura complementar o Segurador garante, em caso de diagnóstico de uma doença que implique uma das intervenções cirúrgicas cobertas, o pagamento de um capital fixo de € 2.500,00.

São consideradas todas as intervenções cirúrgicas que resultem directamente das seguintes doenças: hiperplasia da próstata, doença da vesícula biliar e das vias biliares, hérnia da parede abdominal, varizes dos membros inferiores, cataratas, prótese da bacia ou do joelho.

- Subsídio de Funeral:

Por esta cobertura complementar o Segurador garante, em caso de morte da Pessoa Segura, o pagamento de um capital fixo de € 3.000,00 destinado a cobrir custos de repatriamento ou de funeral em Portugal.

EXCLUSÕES

1. O seguro não garante a cobertura do risco de morte ou de invalidez da Pessoa Segura quando esta resulte de alguma das seguintes circunstâncias:

- a) Actos ou omissões dolosos ou praticados com negligência grave pela Pessoa Segura, Tomador do Seguro ou Beneficiário, bem como por aqueles pelos quais sejam civilmente responsáveis;
- b) Participação activa da Pessoa Segura em actos de terrorismo, como tal considerados pela legislação penal portuguesa;
- c) Participação activa da Pessoa Segura em assaltos, greves, tumultos, sabotagem, rebelião, revolução e guerra;

- d) Participação como condutor ou passageiro em provas desportivas e respectivos treinos, que envolvam a utilização de qualquer veículo motorizado ou não;
- e) Actos ou omissões da Pessoa Segura quando esta apresente evidência de consumo de álcool, drogas, estupefacientes, psicotrópicos ou medicamentos sem prescrição médica. Considera-se que a Pessoa Segura consumiu drogas ou estupefacientes sempre que se determine, mediante análise, a presença de substâncias ou restos metabólicos das mesmas, e seja estabelecida pela perícia médica uma relação directa com o sinistro. Considera-se que a Pessoa Segura consumiu álcool sempre que a taxa de álcool no sangue seja superior ao estabelecido pela lei em vigor quando se trate de acidentes de circulação e 0,5 g/l quando se trate de outro tipo de acidente;
- f) Prática das seguintes actividades:
- (i) Alpinismo em altura superior a 4000 m, escalada, montanhismo e espeleologia;
 - (ii) Artes marciais, boxe, karaté, luta e judo;
 - (iii) Desportos aéreos, incluindo balonismo, asa delta, paraquedismo, parapente, queda livre, skydiving, skysurfing, base jumping e saltos ou saltos invertidos com mecanismo de suspensão corporal (bungee jumping);
 - (iv) Esqui em pistas não sinalizadas;
 - (v) Motonáutica;
 - (vi) Descida em rappel ou slide, descida de correntes originadas por desníveis nos cursos de água (rafting, canyoning, canoagem), parkour;
 - (vii) Caça grossa, caça submarina, imersões submarinas com auxiliares de respiração, tauromaquia;
 - (viii) Prática desportiva em competições, estágios e respectivos treinos.
- g) Pilotagem de aeronaves;
- h) Utilização, como passageiro, de aeronaves que não sejam as de carreiras comerciais devidamente autorizadas;
- i) Explosão ou quaisquer outros fenómenos, directa ou indirectamente, relacionados com a desintegração ou fusão de núcleos de átomos, bem como os efeitos da contaminação radioactiva;
- j) Acidentes, doenças, lesões, deformidades ou sequelas pré-existentes, diagnosticadas antes da entrada em vigor do contrato, ainda que as consequências das mesmas persistam, se manifestem ou determinem durante a vigência do mesmo;
- k) As deslocações efectuadas para zonas geográficas de alto risco político ou de guerra deverão ser sempre comunicadas ao Segurador, previamente ao início da viagem, para avaliação e aceitação do risco. Os riscos políticos ou de guerra não serão em caso algum aceites quando a Pessoa Segura fizer voluntária ou obrigatoriamente, parte das forças armadas ou assimiladas, formações paramilitares ou participar em missões de paz no estrangeiro, em operações de guerra ou hostilidade de qualquer natureza. São consideradas zonas geográficas de risco qualquer país ou região que se encontre em conflito político ou social.
- l) A estadia fora do território nacional que tiver duração superior ou igual a 60 dias obriga, previamente ao início de qualquer deslocação, à comunicação ao Segurador para avaliação e aceitação do risco, quando o local de destino não se enquadrar numa das seguintes áreas geográficas: União Europeia, Reino Unido, Suíça, Islândia, Liechtenstein, Noruega, Canadá, Estados Unidos da América, Japão, Austrália e Nova Zelândia.
- m) Suicídio ocorrido até 2 anos após o início do contrato, da sua reposição em vigor, aumento de capital ou inclusão de coberturas.
2. Quando, no início ou no decurso da anuidade, for solicitada a inclusão de algum dos riscos referidos no ponto 1, e o mesmo seja aceite pelo Segurador, poderá haver lugar ao pagamento de um prémio adicional por parte do Tomador do Seguro.

EXCLUSÕES ESPECÍFICAS DAS COBERTURAS

Invalidez Absoluta e Definitiva

- a) Prática profissional de desportos;
- b) Lesões auto infligidas ou qualquer acto voluntário que resulte numa invalidez, bem como, consequências resultantes directa ou indirectamente de acto do Tomador do Seguro, Pessoa Segura ou Beneficiário praticado com a sua cumplicidade e que se traduzam na activação das coberturas contratadas;
- c) Patologias do foro psíquico, salvo se verificadas ininterruptamente por um período mínimo de 2 anos;
- d) Tentativa de suicídio por parte da Pessoa Segura;
- e) Invalidez parcial existente ou em processo de resolução antes do início do contrato;
- f) Acidentes ou doenças anteriores à data da entrada em vigor desta cobertura complementar.

Invalidez Total e Permanente:

- a) Prática profissional de desportos;
- b) Lesões auto infligidas ou qualquer acto voluntário que resulte numa invalidez, bem como, consequências resultantes directa ou indirectamente de acto do Tomador do Seguro, Pessoa Segura ou Beneficiário praticado com a sua cumplicidade e que se traduzam na activação das coberturas contratadas;
- c) Patologias do foro psíquico, salvo se verificadas ininterruptamente por um período mínimo de 2 anos;
- d) Tentativa de suicídio por parte da Pessoa Segura;
- e) Invalidez parcial existente ou em processo de resolução antes do início do contrato;
- f) Acidentes ou doenças anteriores à data da entrada em vigor desta cobertura complementar.

Morte por Acidente:

- a) Acidente resultante de suicídio ou tentativa de suicídio ocorrido até 2 anos após o início do contrato, da sua reposição em vigor, aumento de capital ou inclusão de coberturas;
- b) Prática profissional ou amadora de desportos, desde que integrada em campeonatos e respectivos treinos;
- c) Condução ou utilização de, veículos motorizados de duas rodas, três rodas ou motoquatro, assim como a utilização ou condução de trotinetes com motor, Segways ou qualquer outro equipamento e/ou velocípede equipado com motor auxiliar;
- d) Doenças de qualquer natureza, incluindo as doenças cardio-vasculares.

Morte por Acidente de Circulação:

- a) Acidente resultante de suicídio ou tentativa de suicídio ocorrido até 2 anos após o início do contrato, da sua reposição em vigor, aumento de capital ou inclusão de coberturas;
- b) Prática profissional ou amadora de desportos, desde que integrada em campeonatos e respectivos treinos;
- c) Condução ou utilização de, veículos motorizados de duas rodas, três rodas ou motoquatro, assim como a utilização ou condução de trotinetes com motor, Segways ou qualquer outro equipamento e/ou velocípede equipado com motor auxiliar;
- d) Doenças de qualquer natureza, incluindo as doenças cardio-vasculares.

Doenças Graves e Medicina de Precisão:Doenças Graves:

- a) Intervenção cirúrgica, desde que esta se não imponha como consequência de doença ou acidente;
- b) Ferimentos ou lesões provocadas por actos de sequestro, tumultos, insurreição, motins, rixas, terrorismo ou sabotagem, qualquer que seja o lugar em que se desenrolem os acontecimentos e quaisquer que sejam os protagonistas, desde que a Pessoa Segura tome parte activa, excepto em caso de legítima defesa;
- c) Doença, terapia, intervenção cirúrgica, tratamento médico e/ou acidentes anteriores à entrada da apólice de seguro;
- d) Doença acompanhada de infecção por HIV;
- e) Qualquer doença e/ou intervenção cirúrgica não definida na presente cobertura complementar;
- f) Os actos e respectivas consequências de doença ou acidente provocados intencionalmente pela Pessoa Segura ou com a sua cumplicidade, bem como a tentativa de suicídio deste;
- g) O consumo de drogas e/ou estupefacientes não prescritos por médico;
- h) As doenças e/ou acidentes originados pelo consumo excessivo de álcool.

Medicina Precisão:

O que não está coberto:

- 1) O custo de biopsias para tumores sólidos. O serviço não cobre o custo da biópsia realizada para extrair ou remover o tecido de um tumor sólido ou líquido, que será a fonte da amostra necessária para o teste de Perfil Molecular, com excepção da extracção de sangue para uma biópsia líquida (conforme ponto 1.3 do número 1 da alínea B do artigo 8º da Condição Especial do Complementar Doenças graves e Medicina de Precisão).
- 2) Despesas médicas no contexto de um Ensaio Clínico. Este serviço não inclui a cobertura financeira de nenhuma das despesas médicas associadas à Pessoa Elegível inscrita num Ensaio Clínico seleccionado e que não sejam financiadas pelo organizador do Ensaio Clínico, nomeadamente:
 - Despesas médicas associadas contraídas no hospital ou nas instalações médicas onde decorre o Ensaio Clínico no âmbito:
 - a) do tratamento oncológico em curso (*) ou necessário, ou;
 - b) da realização de qualquer um dos testes ou da medicação subsequente ao protocolo de testes do Ensaio Clínico.

- Tratamento de eventuais efeitos secundários indesejados ou complicações médicas causadas pelo fármaco oncológico que é objecto do Ensaio Clínico.

(*) Dependendo das condições e da localização do Ensaio Clínico escolhido, é possível que os custos de qualquer tratamento médico que não seja financiado pelo organizador do Ensaio Clínico tenham de ser suportados pelo participante no ensaio, directamente ou através de acordos públicos externos ou de seguros privados a que a Pessoa Elegível tenha acesso.

3) Despesas não médicas. Este serviço não cobre as seguintes despesas não médicas:

- Despesas de deslocação ou alojamento realizadas pela Pessoa Elegível e/ou pelos seus familiares em resultado da comparência em consultas programadas para recolha ou extracção das amostras de ensaios ou qualquer uma das consultas durante o Ensaio Clínico.

- Taxas administrativas ou outros custos (se aplicáveis) para participar no Ensaio Clínico.

Subsídio Diário por Hospitalização por Acidente:

a) Operação de cirurgia plástica, salvo se esta se tornar necessária em consequência de acidente não excluído por esta cobertura;

b) Tratamentos de cura especiais, tais como curas de repouso, de regime, de desintoxicação, de banhos ou curas climáticas.

Lista de Espera:

a) Doença, terapia, intervenção cirúrgica, tratamento médico e/ou acidentes anteriores à entrada em vigor da apólice de seguro;

b) Doença acompanhada de infecção por HIV;

c) Consumo de drogas e/ou estupefacientes não prescritos por médico;

d) Doenças e/ou acidentes originados pelo consumo excessivo de álcool;

e) Qualquer doença e/ou intervenção cirúrgica não definida na presente cobertura complementar;

f) Viagens de exploração no país de residência ou outros.

CAPITAL SEGURO

O Capital Seguro corresponde ao capital contratado.

A partir de € 10.000,00, com garantia do pagamento do prémio mínimo.

INÍCIO E DURAÇÃO DO CONTRATO

O presente contrato de seguro produz efeito a partir das zero horas do dia imediato ao da aceitação do seguro pelo Segurador ou em data a acordar pelas partes nunca anterior à data de aceitação do risco.

O presente contrato de seguro extingue-se:

- Na data termo prevista nas Condições Particulares;

- Sempre que se verifique qualquer causa de denúncia, de caducidade, de resolução ou de invalidade do contrato;

- Na data de renovação subsequente à data em que a Pessoa Segura completa os 80 (oitenta) anos de idade actuarial.

PRÉMIO

CÁLCULO DO PRÉMIO

O cálculo do valor do prémio é anual. O prémio é calculado sobre o montante do Capital Seguro, tendo em conta a Idade Actuarial da Pessoa Segura. Entende-se por Idade Actuarial a idade, em anos inteiros, mais próxima do aniversário (passado ou futuro) da Pessoa Segura. A idade comum Actuarial (de duas pessoas), é a idade calculada a partir da idade actuarial de cada uma das Pessoas Seguras.

O Prémio Mínimo Anual é de € 96,00, sendo a fracção mínima para pagamento:

- de € 8,00 por Débito em Conta e;

- de € 25,00 por outras formas de pagamento.

SOBREPRÉMIO

Será devido sobreprémio designadamente, em caso de cobertura de algum ou de alguns dos riscos excluídos ou agravados, de acordo com as Condições Gerais, Especiais e Particulares.

O valor do sobreprémio anual a aplicar será calculado de acordo com as tabelas indicativas em vigor, em cada momento, no Segurador.

PAGAMENTO DOS PRÉMIOS

O prémio é sempre devido por inteiro e pago antecipadamente, podendo ser fraccionado, mediante a aplicação de sobretaxa conforme informação abaixo:

Fraccionamento	Encargos (*)
Semestral	3%
Trimestral	5%
Mensal	8%

(*) Os encargos de fraccionamento referidos não são aplicados quando o pagamento do prémio seja efectuado por débito bancário.

COBRANÇA

O Segurador avisará o Tomador do Seguro com 30 dias de antecedência da data em que se vence o prémio ou fracção. A cobrança dos prémios pode ser feita através de qualquer um dos meios de pagamento correntes, devendo ser privilegiado o débito automático na Conta à Ordem do Tomador.

CONSEQUÊNCIA DA FALTA DE PAGAMENTO

1. A falta de pagamento do prémio inicial, ou da primeira fracção deste, ou fracções subsequentes ou de prémios adicionais, na data do vencimento, confere ao Segurador a faculdade de, nos termos legais, e após aviso por escrito ou por outro meio do qual fique registo duradouro para o domicílio do Tomador do Seguro, proceder à resolução do contrato sem prejuízo dos direitos que assistam ao Beneficiário Irrevogável.
2. O Beneficiário designado de forma irrevogável será interpelado pelo Segurador, no prazo de 30 dias, para, querendo, substituir-se ao Tomador do Seguro no pagamento, mas se o prémio não for pago até à data indicada no aviso, o contrato cessa nessa data.
3. A utilização da faculdade concedida no número anterior não prejudica o direito do Segurador ao prémio ou fracções em dívida correspondentes ao período decorrido, acrescidos dos juros de mora legais.
4. O Tomador do Seguro dispõe da faculdade de repor o contrato em vigor, nas condições originais e sem novo exame médico, dentro de 6 meses contados a partir da data em que se tenha verificado a resolução do contrato, devendo para o efeito:
 - Pagar e regularizar o(s) prémio(s) em atraso; e
 - Apresentar declaração assinada pela(s) Pessoa(s) Segura(s) que confirme que o seu estado de saúde e integridade física não sofreram qualquer alteração após a data de anulação do contrato.
5. A reposição em vigor ocorrerá no dia seguinte ao do pagamento do prémio respectivo.

BENEFICIÁRIO

Em caso de Morte, os beneficiários são os designados na proposta de subscrição.

Falta ou incorrecção na indicação de beneficiário:

- Na falta de indicação de beneficiário em caso de morte, o Capital Seguro será pago aos herdeiros legais da Pessoa Segura, em partes iguais;
- A inexistência ou a incorrecção dos elementos de identificação do(s) beneficiário(s) em caso de morte pode impossibilitar o Segurador de dar cumprimento aos deveres de informação e comunicação previstos na lei, com vista ao pagamento do Capital Seguro.

DEVER DECLARAÇÃO INICIAL DO RISCO

1. O Tomador do Seguro e a Pessoa Segura estão obrigados, antes da celebração do contrato, a declarar com exactidão todas as circunstâncias que conheçam e razoavelmente devam ter por significativas para a apreciação do risco pelo Segurador.
2. O disposto no número anterior é igualmente aplicável a circunstâncias cuja menção não seja solicitada em questionário fornecido pelo Segurador para o efeito.
3. A inexactidão na declaração inicial do risco pode provocar a cessação ou a modificação do contrato.
4. Em caso de incumprimento doloso do disposto no n.º 1, de acordo com os termos e com as consequências previstas na Lei, o contrato é anulável, mediante declaração enviada pelo Segurador ao Tomador do Seguro, nos seguintes termos:
 - a) Não tendo ocorrido sinistro, esta declaração deve ser enviada no prazo de três meses a contar do conhecimento

daquele incumprimento, tendo o Segurador direito ao prémio devido até o final do prazo, salvo se tiver ocorrido dolo ou negligência grosseira do Segurador ou do seu representante;

b) Em caso de sinistro ocorrido antes de o Segurador ter tido conhecimento do incumprimento doloso ou no decurso do prazo previsto na alínea a), o sinistro não será coberto e aplicar-se-á o regime geral da anulabilidade;

c) 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.

5. Em caso de incumprimento com negligência do disposto no n.º 1, e de acordo com os termos e com as consequências previstas na Lei, o Segurador pode, no prazo de três meses a contar do seu conhecimento, optar pela cessação ou alteração do contrato, nos seguintes termos:

a) Não tendo ocorrido sinistro, propor uma alteração do contrato, fixando um prazo, não inferior a 14 (catorze) dias, para o envio da aceitação ou, caso a admita, da contraproposta, ou fazer cessar o contrato, demonstrando que, em caso algum, celebra contratos para a cobertura de riscos relacionados com o facto omitido ou declarado inexactamente;

b) No caso referido na alínea anterior, o contrato cessa os seus efeitos 30 (trinta) dias após o envio da declaração de cessação ou 20 (vinte) dias após a recepção pelo Tomador do Seguro da proposta de alteração, caso este nada responda ou a rejeite, sendo o prémio devolvido pro rata temporis;

c) Em caso de sinistro ocorrido antes da cessação ou da alteração do contrato, cuja verificação ou consequências tenham sido influenciadas por facto relativamente ao qual tenha havido omissões ou inexactidões negligentes, poder-se-á verificar o seguinte:

i) O Segurador cobre o risco na proporção da diferença entre o prémio pago e o prémio que seria devido, caso, aquando da celebração do contrato, tivesse conhecido o facto omitido ou declarado inexactamente;

ii) O Segurador não cobre o risco e fica apenas vinculado à devolução do prémio, se demonstrar que, em caso algum, teria celebrado o contrato se tivesse conhecido o facto omitido ou declarado inexactamente.

6. Havendo modificação do contrato, o Segurador cobre os sinistros ocorridos anteriormente à modificação cuja verificação ou consequências tenham sido influenciadas por facto relativamente ao qual tenha havido omissões ou inexactidões negligentes, mas apenas na proporção da diferença entre o prémio pago e o prémio que seria devido se, aquando da celebração do contrato, tivesse conhecido o facto omitido ou declarado inexactamente.

7. Havendo cessação do contrato, o Segurador não cobre os sinistros ocorridos antes da cessação, cuja verificação ou consequências tenham sido influenciadas por facto relativamente ao qual tenha havido omissões ou inexactidões negligentes.

CONDIÇÕES PARA SUBSCRIÇÃO

Relativamente à Pessoa Segura estão definidos os seguintes limites etários:

Coberturas	Na Subscrição	No Termo
Morte	70	80
Invalidez Absoluta e Definitiva	70	80
Médico Online	70	75
Aconselhamento Médico Telefónico	70	75
Médico ao Domicílio	70	75
Invalidez Total e Permanente	66	67
Morte por Acidente	60	70
Morte por Acidente de Circulação	60	70
Subsidio Diário por Hospitalização por Acidente	60	65
Doenças Graves e Medicina de Precisão	60	67
Filhos Menores a Cargo	60	65
Lista de Espera	60	65
Subsidio de Funeral	60	65

PROCEDIMENTOS

Preenchimento completo da proposta. Igual procedimento deve ser aplicado no preenchimento do questionário clínico que apenas poderá ser efectuado pelo próprio (Pessoa Segura).

Em função da idade, do capital e da existência de outros seguros de vida em vigor no Segurador, poderá ser necessário a realização de exames médicos que serão marcados pelo Segurador e cujo respectivo custo será suportado pelo mesmo. A Pessoa Segura poderá aceder aos resultados dos exames médicos mediante carta enviada ao Segurador.

A fim de avaliar o risco proposto o Segurador poderá ainda solicitar à Pessoa Segura os elementos adicionais necessários para a adequada avaliação do risco.

DIREITO DE LIVRE RESOLUÇÃO

1. O Tomador do Seguro, sendo pessoa singular, pode resolver o contrato, sem invocar justa causa, num prazo de 30 (trinta) dias a contar da data de recepção da Apólice, mediante comunicação por escrito, em suporte de papel ou outro meio duradouro disponível e acessível ao Segurador, acompanhada da respectiva Apólice.

2. O exercício do direito de livre resolução determina a cessação do contrato, extinguindo todas as obrigações dele decorrentes, com efeitos a partir da celebração do mesmo, isto é, com efeito retroactivo, tendo o Segurador direito:

- a) Ao valor do prémio calculado pro-rata temporis, na medida em que tenha suportado o risco até à resolução do contrato, e que a cobertura se tenha iniciado a pedido do Tomador do Seguro;
- b) Ao montante das despesas razoáveis que tenha efectuado com exames médicos, sempre que esse valor seja imputado contratualmente ao Tomador do Seguro.

RECLAMAÇÕES E ARBITRAGEM

O Segurador dispõe de uma unidade orgânica específica para receber, analisar e dar resposta a quaisquer reclamações relacionadas com o contrato ou com as obrigações e direitos dele decorrentes, podendo para o efeito dirigir documento escrito para a sua sede, na Avenida de França, 316 – 5.º, Edifício Capitólio, 4050-276 Porto ou utilizar o endereço electrónico reclamacoes@realvidaseguros.pt.

Caso não haja concordância com a resposta apresentada, a reclamação deverá ser dirigida para o Provedor do Cliente no endereço indicado ou através do endereço electrónico provedor.cliente@realvidaseguros.pt, sem prejuízo de poder ser requerida a intervenção da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões.

LEI APLICÁVEL E FORO COMPETENTE

- 1. O presente contrato rege-se pela lei portuguesa.
- 2. O foro competente para dirimir qualquer litígio emergente deste contrato é o fixado na lei civil.

AUTORIDADE DE SUPERVISÃO

Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões.