

ARTIGO 1.º

DISPOSIÇÕES APLICÁVEIS

Na parte não especificamente regulamentada, aplicam-se a esta Condição Especial as Condições Gerais do Seguro.

ARTIGO 2.º

DEFINIÇÕES

Doença: Toda e qualquer alteração involuntária de saúde da Pessoa Segura, e não causada por acidente, que se revele por sinais manifestos e seja atestada como tal por autoridade médica competente.

Período de Diferimento: Período de tempo que medeia a ocorrência do sinistro e a entrada em pagamento do capital.

Período de Carência: Período de tempo entre a contratação da apólice e a ocorrência do sinistro. Os sinistros que ocorram dentro do período de carência não estão cobertos.

ARTIGO 3.º

GARANTIAS

1. Por esta cobertura complementar o Segurador garante a antecipação do Capital Seguro pela cobertura principal no limite máximo referido nas Condições Particulares, 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 a apólice.

Considera-se data de ocorrência a data em que a Doença Grave é diagnosticada de acordo com as definições constantes no ponto 2 deste artigo.

2. Para efeito do nº 1 consideram-se Doenças Graves:

- Cancro:

Doença que se manifesta pela presença de uma tumor maligno caracterizado por um desenvolvimento incontrolado de células malignas e invasão de tecidos. O diagnóstico deve ser evidenciado por histologia claramente definida. O termo "cancro" inclui as leucemias e as doenças malignas do sistema linfático como Doença de Hodgkin.

Excluem-se:

- Os tumores pré-malignos;
- Tumores não invasivos (cancro in situ);
- Cancro da próstata com estadio 1 (T1a, 1b, 1c);
- Carcinoma basocelular e carcinoma das células escamosas;
- Melanoma maligno estágio IA (T1a, 1b, 1c);
- Qualquer tumor maligno em presença de qualquer vírus da imunodeficiência humana.

- Cirurgia de "By-Pass" Coronário:

A realização de cirurgia de peito/tórax aberto para a correção de uma ou mais artérias coronárias, que se encontrem obstruídas, com um implante de uma ponte coronária. A necessidade de tal cirurgia deve ter sido constatada por meio de angiografia coronária e a realização da cirurgia deve ser confirmada por médico especialista.

Excluem-se:

- Angioplastia;
- Qualquer outro tratamento intra-arterial;
- Cirurgia por toracotomia mínima.

- Enfarte do Miocárdio:

Morte de uma parte do músculo cardíaco subsequente a uma insuficiência de fluxo sanguíneo local. Esta necrose deve ser recente e claramente objectivada por todos os critérios a seguir indicados:

- a) História de precordialgias específicas;
- b) Alterações electrocardiográficas específicas do enfarte do miocárdio;
- c) Elevação das enzimas cardíacas específicas de enfarte, troponinas ou outros marcadores bioquímicos.

Excluem-se:

- As sequelas e cicatrizes de enfartes do miocárdio descobertos nos electrocardiogramas;
- Outras síndromes coronárias agudas (por exemplo angina de peito estável ou instável);
- Enfarte do miocárdio sem elevação do segmento ST com, unicamente, elevação da Troponina I ou T.

- Insuficiência Renal Terminal:

Etapa final de doença renal que se manifesta por uma falha crónica e irreversível da função de ambos os rins, resultando desta a necessidade de realizar regularmente diálise renal (hemodiálise ou diálise peritoneal) ou resultando na necessidade de realizar transplante renal. O diagnóstico deve ser confirmado por médico especialista.

- Acidente Vascular Cerebral (AVC):

Qualquer incidente vascular cerebral que produza sequelas neurológicas permanentes e irreversíveis. Compreende o enfarte do tecido cerebral, hemorragia cerebral e embolia cerebral de causa extra craniana. O diagnóstico deve ser confirmado por médico especialista e evidenciado por sintomas clínicos típicos, para além dos resultados registados em TAC (Tomografia Axial Computorizada) do cérebro e RNM (Ressonância Nuclear Magnética). Deve documentar-se a deficiência neurológica com pelo menos três meses a contar da data de realização do diagnóstico.

Excluem-se:

- Acidentes isquémicos transitórios (TIA);
- Lesões traumáticas do cérebro;
- Sintoma neurológicos secundários a enxaqueca;
- Enfartes lacunares sem deficit neurológico.

- Transplante de um Órgão Principal:

A realização de transplante de órgãos em que o segurado participa como receptor de algum dos seguintes órgãos: Coração, Pulmão, Fígado, Pâncreas, Rim, Intestino delgado, Medula Óssea. A realização do transplante deve ser confirmada por médico especialista.

3. Considera-se um período de diferimento de um mês para o início do pagamento, e um período de carência de três meses para a entrada em vigor da cobertura.

ARTIGO 4.º**DURAÇÃO**

1. As garantias da presente cobertura complementar, salvo indicação em contrário nas Condições Particulares, são aplicáveis se a Doença Grave se verificar antes da data do vencimento da Apólice e não poderá ultrapassar os 65 (sessenta e cinco) anos de idade da Pessoa Segura.

2. A cobertura é contratada por um ano e seguintes, e vigorará por períodos certos de um ano, sendo tacitamente renovada no termo de cada anuidade, salvo denúncia, por carta registada, com pré-aviso de 30 (trinta) dias.

ARTIGO 5.º**RISCOS EXCLUÍDOS**

O Segurador não garante, nesta cobertura complementar, o pagamento das importâncias seguras, relativamente aos sinistros excluídos pelas Condições Gerais e Especiais da cobertura principal e ainda quando originados por:

- Intervenção cirúrgica, desde que esta se não imponha como consequência de doença ou acidente;
- 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;
- Doença, terapia, intervenção cirúrgica, tratamento médico e/ou acidentes anteriores à entrada da apólice de seguro;
- Doença acompanhada de infecção por HIV;
- Qualquer doença e/ou intervenção cirúrgica não definida na presente cobertura complementar;
- 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;
- O consumo de drogas e/ou estupefacientes não prescritos por médico;
- As doenças e/ou acidentes originados pelo consumo excessivo de álcool.

ARTIGO 6.º**PAGAMENTO DE PRÉMIOS**

1. O prémio desta cobertura complementar será pago na mesma data que o da cobertura principal.

2. O Segurador reserva-se ao direito de, na data de vencimento da apólice, ajustar o valor do prémio, mediante aviso prévio ao Tomador do Seguro.

ARTIGO 7.º**RESOLUÇÃO E CADUCIDADE**

1. O Tomador do Seguro e/ou Pessoa Segura pode, a todo o

tempo, resolver esta cobertura complementar, mediante aviso registado enviado ao Segurador, com pelo menos, 30 (trinta) dias de antecedência.

2. A cobertura complementar caducará em relação à Pessoa Segura, nos seguintes casos:

- Funcionamento da garantia da cobertura principal;
- Termo da anuidade em que a Pessoa Segura complete 65 (sessenta e cinco) anos de idade, ou outra idade expressamente estipulada nas Condições Particulares como sendo o limite máximo das garantias desta cobertura;
- Pagamento do Capital Seguro por esta cobertura complementar;
- Anulação, resolução, resgate total ou redução da respectiva cobertura principal.

3. Com o pagamento das importâncias seguras por esta cobertura complementar, caducará também a garantia do Capital Seguro por risco de morte da cobertura principal.

ARTIGO 8.º**INFORMAÇÃO E AVISO DE SINISTRO**

1. Verificando-se qualquer evento que faça funcionar as garantias desta cobertura, o Tomador do Seguro e a Pessoa Segura, sob pena de responderem por perdas e danos obrigam-se a:

- Enviar ao Segurador um relatório elaborado pelo seu médico assistente, preciso e detalhado, descrevendo a sua história Clínica e mencionando a data dos primeiros sintomas. Este relatório, por conta do Tomador de Seguro ou Segurado, deve ser enviado ao Segurador nos 60 (podem ser 90) dias que se seguirem ao diagnóstico da doença;
 - O facto que justifica a doença grave, a sua causa, terá de se verificar durante a vigência da Apólice e/ou durante o período em que a cobertura estiver em vigor para o Segurado e, simultaneamente, terá de ser denunciado ao Segurador no prazo máximo de 90 dias a contar da data de cessação da cobertura.
 - A Pessoa Segura deve fazer prova da sua idade;
 - Tomar todas as providências para evitar o agravamento das consequências da doença ou acidente;
 - Recorrer a um médico e seguir as suas prescrições;
 - Escolher um hospital ou clínica para hospitalização se o seu estado de saúde o exigir;
 - Sujeitar-se a exame por médico designado pelo Segurador, caso este o considere necessário;
 - Dar indicações ao médico assistente no sentido de prestar todas as informações que o Segurador lhe solicite, bem como fornecer os elementos que ele julgue necessários para o completo esclarecimento e formação do respectivo processo.
2. As declarações inexactas ou incompletas não intencionais, bem como a reticência ou omissão de factos ou circunstâncias também não intencionais, que poderiam ter influído na apreciação da responsabilidade a cargo do Segurador implicam o dever de responder pelas perdas e danos daí resultantes.
3. O Tomador do Seguro e/ou Pessoa Segura perdem o direito às garantias desta cobertura se:
- Causarem ou agravarem, voluntária e intencionalmente, as consequências da doença ou acidente;

- b) Usarem de fraude, simulação, falsidade ou quaisquer outros meios dolosos, bem como documentos falsos para justificarem a sua reclamação;
- c) Usarem de má-fé.

ARTIGO 9.º**LIQUIDAÇÃO DAS IMPORTÂNCIAS SEGURAS**

1. O pagamento das importâncias seguras será efectuado à Pessoa Segura.
2. O Capital Seguro é liquidado de uma só vez, ainda que diagnosticada na Pessoa Segura mais do que uma Doença Grave, na mesma data ou em datas distintas.
3. Em caso de Morte ou de Invalidez Total e Permanente causada por uma das Doenças Graves referida no nº 2 do artº 3, antes do Segurador ter verificado o direito ao pagamento do Capital Seguro por esta cobertura, haverá lugar apenas ao pagamento do capital por Morte ou Invalidez Total e Permanente.
4. A liquidação das importâncias seguras quando devidas ao abrigo desta cobertura, será efectuada mediante a entrega dos seguintes documentos:
 - a) Participação de sinistro conforme impresso a disponibilizar pelo Segurador;
 - b) Bilhete de Identidade e de Identificação Fiscal da Pessoa Segura;
 - c) Relatório do médico assistente que refira a data de diagnóstico, histórico detalhado da evolução da doença.
5. Na falta de acordo entre as partes quanto ao reconhecimento do estado de Dependência uma comissão de peritos decidirá o litígio. Esta comissão será constituída por um médico indicado pelo Segurador, por um indicado pela Pessoa Segura e por um terceiro escolhido de comum acordo pelos médicos das partes. Cada uma das partes suportará as despesas e honorários do seu médico e metade das despesas e honorários do perito de desempate.