

N.º Mediador  Cód. Prot.  D. Com  %

EC  N.º Cotação  -

Visto

Data Aprovação  -  -

N.º Apólice

**Produto:**

SATOC - Saúde CC

**Plano Pretendido:**

Plano UG1

Plano UG2

Plano UG3

Plano UG4

**Pretende ficar incluído neste Plano?**

Sim

Não

**Motivo:**

NOVO

ALTERAÇÃO \*

CC N.º

DATA DE ENTRADA

\* Em caso de alteração, preencher apenas o número de apólice e os campos a alterar.

**Nota:** As zonas a tracejado são para preenchimento do Segurador. - Preencha os espaços em letra de imprensa. - Assinale com cruz "X" os casos aplicáveis.

**1 TOMADOR DO SEGURO**

Se já é Cliente, indique por favor um dos seguintes elementos

N.º Cliente  N.º Apólice  Matrícula

N.º Contribuinte

**1.1 Dados Obrigatórios**

Nome  Título/Sigla

Morada  N.º  Andar  Código Postal  -

Localidade  País Morada

N.º Contribuinte  Nacionalidade

País Naturalidade  Dupla Nacionalidade: Não  Sim  País

**Cliente Individual** Data Nascimento  -  -  Sexo: M  F

Profissão  Código Estatístico

**Cliente Coletivo** CAE  Descrição

Formas de representação da empresa: Sede Social  Sucursal  Outro  País da Sede Social

Existem sócios com uma participação >= 25% no capital ou direito de voto? Não  Sim  (indique no mod. 5500-321 Minuta de Sócios)

N.º Empregados: 1 a 4  5 a 9  10 a 19  20 a 49  50 a 199  + de 200

Telefone  Telemóvel  Fax

E-mail

**1.2 Dados Complementares**

De forma a podermos melhorar o serviço ao cliente, queira por favor preencher os seguintes dados:

Contacto Preferencial: Corretor  Correio  E-mail  Fax  Telefone  Telemóvel

Período Preferencial: Semana  Fim de Semana  Hora 9/18  18/21

Nome de Contacto

**Cliente Individual**

BI/Cidadão

Carta de Condução N.º  Tipo Carta  Data Carta  -  -

Estado Civil: Solteiro  União de Facto  Casado  Separado  Divorciado  Viúvo  N.º Filhos:

Situação Profissional: Quadro superior  Técnico/Profissional de Nível Médio  Técnico Especializado  Administrativo  Pessoal de Serviços/Vendedor

Sector de Atividade: Operário e Similar  Doméstica  Não Ativo (Estudante, Reformado, Desempregado)  Outra, qual?

Agricultura/Pescas  Transportes/Comunicações e Energia  Administração Pública  Banca/Seguros  Hotelaria e Restauração

Construção  Educação, Saúde e Ação Social  Indústria  Comércio  Outros Serviços

Outro, qual?

Habilitações Literárias: Ensino Básico (até 9.º ano)  Ensino Secundário (até 12.º ano)  Bacharelato/Licenciatura  Pós-Graduação/Mestrado/Doutoramento

**Cliente Coletivo**

Forma Jurídica: Emp. Nome Individual  Soc. Unipessoal  Soc. por Quotas  Soc. Anónima  Outra, qual?

Ano de Início de Atividade

**DADOS DA APÓLICE****2.1 Início do Seguro**Data  -  - Hora **2.2 Duração do Seguro**Um Ano e Seguintes Data de Vencimento  -  - **2.3 Periodicidade de Pagamento \***Anual  Semestral  Trimestral  Mensal \*\* 

\* Se a periodicidade de pagamento escolhida for semestral ou trimestral, o prémio sofre um agravamento de 2%.

\*\* Na periodicidade mensal, o prémio sofre um agravamento de 5% e apenas será aceite por débito em conta. Nesta periodicidade fica desde já acordado que não haverá lugar ao envio prévio dos avisos para pagamento dos prémios, sendo as datas em que são devidas cada uma das frações e respetivos valores indicados nas Condições Particulares da Apólice.

**2.4 Modalidade de Pagamento**

**Sugerimos a escolha da modalidade DÉBITO DIRETO para que possa assegurar o pagamento atempado do prémio/fração. Adicionalmente, se for subscrito o Plano 3 e se o Tomador do Seguro for também Pessoa Segura, o IBAN abaixo indicado será igualmente utilizado para proceder à cobrança de eventuais valores adiantados pelo Segurador e não garantidos ao abrigo da apólice ou caso o capital tenha sido excedido ou o ato médico praticado esteja fora do âmbito da apólice.**

**Autorização de Débito Direto SEPA**   
SEPA Direct Debit Mandate

Referência da autorização (ADD) a completar pelo Credor.  
Mandate reference – to be completed by the creditor.

Ao subscrever esta autorização, está a autorizar o CREDOR a enviar instruções ao seu BANCO para debitar a sua conta e, simultaneamente, a autorizar o seu BANCO a debitar a sua conta, de acordo com as instruções do CREDOR.

Os seus direitos incluem a possibilidade de exigir do seu BANCO o reembolso do montante debitado, nos termos e condições acordados com o seu BANCO. O reembolso deve ser solicitado até um prazo de oito semanas, a contar da data do débito na sua conta. Preencha por favor todos os campos assinalados com \*.

By signing this mandate form, you authorise the CREDITOR to send instructions to your BANK to debit your account and authorise your BANK as well to debit your account in accordance with the instructions from CREDITOR.

As part of your rights, you are entitled to a refund from your BANK under the terms and conditions of your agreement with your BANK. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited. Please complete all the fields marked \*.

**Identificação do Devedor**

Debtor identification

Nome do(s) Devedor(es) /   
Name of the debtor(s)\*Nome de rua e número /   
Street name and number\*Código Postal / Postal code\*  -  Cidade / City\* País / Country\* Número de conta - IBAN /   
Account number - IBAN\*BIC SWIFT /   
SWIFT BIC**Identificação do Credor**

Creditor identification

Nome do Credor /   
Creditor name **SEGURADORAS UNIDAS, S. A.**Identificação do Credor /   
Creditor identifier **PT18100002**Nome de rua e número /   
Street name and number **AV. DA LIBERDADE, 242**Código Postal / Postal code  -  Cidade / City  **LISBOA**País / Country  **PORTUGAL****Tipos de pagamento**

Type of payments

Pagamento recorrente / Recurrent payment **Local onde está a assinar**

Location in which you are signing

Localidade / Location  Data / Date  -  - **Assinar aqui por favor:**

Please sign here

Assinatura(s) / Signature(s)\* 

Os seus direitos, referentes à autorização acima referida, são explicados em declaração que pode obter no seu Banco.  
Your rights regarding the above mandate are explained in a statement that you can obtain from your bank.

**Em alternativa, enviaremos o aviso de cobrança para a morada por si indicada (apenas possível para os planos 1 e 2):**Envio para a morada Morada da Cobrança (Preencher se diferente da morada do Tomador) N.º  Andar  Código Postal  -

### 3 PESSOAS SEGURAS - Preencher apenas se diferente do Tomador do Seguro

Se a Pessoa Segura 1, já é Cliente, indique por favor um dos seguintes elementos

N.º Cliente  N.º Apólice  Matrícula   
N.º Contribuinte

Pessoa Segura 1 - Preencher com dados individuais quando o Tomador do Seguro é entidade coletiva

Nome   
 Título/Sigla  Nacionalidade   
Morada   
 N.º  Andar  Código Postal  -   
Localidade  N.º Contribuinte   
Data Nascimento  -  -  Sexo M  F  Estado Civil  B.I. / C.C.   
Profissão   
Telefone  Telemóvel  Fax   
E-mail   
Nome a constar no cartão

#### 3.1 Indicação de Dados para Movimentos Financeiros

O IBAN abaixo indicado serve para efetuar o reembolso de despesas de saúde por crédito na sua conta, bem como para a cobrança de eventuais valores adiantados pelo Segurador e não garantidos ao abrigo da apólice - apenas se escolher o Plano 3 - nos termos abaixo mencionados.

**Autorização de Débito Direto SEPA**   
SEPA Direct Debit Mandate

Referência da autorização (ADD) a completar pelo Credor.   
Mandate reference - to be completed by the creditor.

Ao subscrever esta autorização, está a autorizar o CREDOR a enviar instruções ao seu BANCO para debitar a sua conta e, simultaneamente, a autorizar o seu BANCO a debitar a sua conta, de acordo com as instruções do CREDOR.  
 Os seus direitos incluem a possibilidade de exigir do seu BANCO o reembolso do montante debitado, nos termos e condições acordados com o seu BANCO. O reembolso deve ser solicitado até um prazo de oito semanas, a contar da data do débito na sua conta. Preencha por favor todos os campos assinalados com \*.

By signing this mandate form, you authorise the CREDITOR to send instructions to your BANK to debit your account and authorise your BANK as well to debit your account in accordance with the instructions from CREDITOR.  
 As part of your rights, you are entitled to a refund from your BANK under the terms and conditions of your agreement with your BANK. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited. Please complete all the fields marked \*.

**Identificação do Devedor**  
Debtor identification

Nome do(s) Devedor(es) /   
Name of the debtor(s)\*  
Nome de rua e número /   
Street name and number\*  
Código Postal / Postal code\*  -  Cidade / City\*   
País / Country\*   
Número de conta - IBAN /   
Account number - IBAN\* BIC SWIFT /   
SWIFT BIC

**Identificação do Credor**  
Creditor identification

Nome do Credor / **SEGURADORAS UNIDAS, S. A.**  
Creditor name  
Identificação do Credor / **PT18100002**  
Creditor identifier  
Nome de rua e número / **AV. DA LIBERDADE, 242**  
Street name and number  
Código Postal / Postal code **1250 - 149** Cidade / City **LISBOA**  
País / Country **PORTUGAL**

**Tipos de pagamento**  
Type of payments Pagamento recorrente / Recurrent payment

**Local onde está a assinar**  
Location in which you are signing Localidade / Location  Data / Date  -  -

**Assinar aqui por favor:**  
Please sign here Assinatura(s) / Signature(s)\*

Os seus direitos, referentes à autorização acima referida, são explicados em declaração que pode obter no seu Banco.  
Your rights regarding the above mandate are explained in a statement that you can obtain from your bank.

## Pessoa Segura 2 (PS2) - Grau de Parentesco (em relação à Pessoa Segura 1): Cônjuge ou Equiparado N.º Cliente

Nome   
 Título/Sigla  Nacionalidade

Morada   
 N.º  Andar  Código Postal  -

Localidade  N.º Contribuinte

Data Nascimento  -  -  Sexo M  F  Estado Civil  B.I. / C.C.

Profissão

Telefone  Telemóvel  Fax

E-mail

Nome a constar no cartão

## Pessoa Segura 3 (PS3) - Grau de Parentesco (em relação à Pessoa Segura 1): Descendente

N.º Cliente

Nome   
 Título/Sigla  Nacionalidade

Morada   
 N.º  Andar  Código Postal  -

Localidade  N.º Contribuinte

Data Nascimento  -  -  Sexo M  F  Estado Civil  B.I. / C.C.

Profissão

Telefone  Telemóvel  Fax

E-mail

Nome a constar no cartão

## Pessoa Segura 4 (PS4) - Grau de Parentesco (em relação à Pessoa Segura 1): Descendente

N.º Cliente

Nome   
 Título/Sigla  Nacionalidade

Morada   
 N.º  Andar  Código Postal  -

Localidade  N.º Contribuinte

Data Nascimento  -  -  Sexo M  F  Estado Civil  B.I. / C.C.

Profissão

Telefone  Telemóvel  Fax

E-mail

Nome a constar no cartão

COBERTURAS/LIMITES DE INDEMNIZAÇÃO ANUAIS	OPÇÕES			
	PLANO UG1	PLANO UG2	PLANO UG3	PLANO UG4
Hospitalização				
CC	- (1)	1.500 € (2)	1.500 € (2)	1.500 € (2)
Agregado	50.000 €	50.000 €	50.000 €	50.000 €
Parto	-	-	1.500 €	1.500 €
Ambulatório	5.000 €	5.000 €	5.000 €	5.000 €
Fisioterapia	500 €	500 €	500 €	500 €
Terapia da Fala	6 sessões	6 sessões	6 sessões	6 sessões
Cinesioterapia	6 sessões	6 sessões	6 sessões	6 sessões
Estomatologia	-	400 €	400 €	400 €
Próteses e ortóteses	-	-	1.500 €	-
- Óculos	-	-	250 €	-
Acesso à rede óticas Advancecare	-	-	-	√
Medicamentos	250 €	250 €	250 €	250 €
Cobertura internacional	-	-	√	√
Rede médica em Espanha	-	-	√	√
Segunda opinião médica	-	√	√	√
Assistência às pessoas	√	√	√	√
Médico online	-	-	-	√
Rede de Bem-Estar	-	-	-	√

(1) Relativamente ao Plano UG1, o CC não contrata qualquer cobertura de Hospitalização para si, sendo-lhe aplicável a franquia de 1.500 € prevista no Plano Base da apólice de grupo 0001586858.

(2) O capital de 1.500 € indicado na cobertura de Hospitalização para o Plano UG2, UG3 ou UG4 (valor máximo de indemnização em cada anuidade para o CC, neste seguro) corresponde à compra da franquia prevista no Plano Base da apólice de grupo 0001586858. O plafond máximo aplicável a ambas as apólices nunca poderá ultrapassar os 50.000 €.

Nota: A alteração de plano de coberturas, quando implique um *upgrade* relativamente ao existente, apenas se poderá verificar após 24 meses de permanência no anterior plano de coberturas.

COMPARTICIPAÇÕES A CARGO DO SEGURADOR	PLANO UG1		PLANO UG2		PLANO UG3		PLANO UG4	
	Rede	Reembolso	Rede	Reembolso	Rede	Reembolso	Rede	Reembolso
Hospitalização (3)	90%	70%	90%	70%	90%	70%	90%	70%
Rede internacional	-	-	-	-	80%	-	80%	-
Parto	-	-	-	-	90%	60%	90%	60%
Assistência ambulatoria (3)								
Consultas (4)	100%	60%	100%	60%	100%	60%	100%	60%
Fisioterapia, Terapia da Fala e Cinesioterapia	100%	35%	100%	35%	100%	35%	100%	35%
Outras despesas	80%	60%	80%	60%	80%	60%	80%	60%
Rede médica em Espanha								
Consultas	-	-	-	-	100%	-	100%	-
Outras despesas	-	-	-	-	80%	-	80%	-
Estomatologia								
Consultas	-	-	100%	60%	100%	60%	100%	60%
Outras despesas	-	-	90%	60%	90%	60%	90%	60%
Próteses e ortóteses	-	-	-	-	-	80%	-	-
Medicamentos	-	80%	-	80%	-	80%	-	80%

(3) As taxas moderadoras do Serviço Nacional de Saúde são comparticipadas a 100%.

(4) A comparticipação máxima a cargo do Segurador por cada consulta fora de rede é de 22,5 €.

Por consulta (rede)	15 €
Por consulta de urgência (rede)	25 €
Por consulta ao domicílio	15 €
Por consulta online	2 consultas gratuitas/restantes 15 €
Por sessão de Fisioterapia, terapia da fala e cinesioterapia (rede)	10 €

## 6 FRANQUIAS

Ambulatório (por anuidade) (rede e/ou fora de rede)	35 €
Estomatologia (por anuidade) (rede e/ou fora de rede)	50 €
Medicamentos (por receita) (fora da rede)	3 €
Hospitalização (por internamento) (rede e/ou fora de rede) - aplicável apenas ao Plano UG1 para o CC e agregado.	1.500 €

## 7 OBSERVAÇÕES

---

---

---

---

---

## 8 PRÉMIO

Valor a Pagar na  
Primeira Anuidade

€

O valor indicado poderá sofrer um ligeiro ajuste em relação ao valor a constar no aviso de cobrança.

## CONSEQUÊNCIA DE FALTA DE PAGAMENTO DO VALOR A PAGAR

Acordados entre as partes os termos e condições em que o contrato vigorará, a produção de efeitos do mesmo e respetivas coberturas ficará sempre dependente do efetivo pagamento do prémio ou fração inicial por parte do Tomador do Seguro.

O não pagamento do prémio determinará, em relação ao prémio ou fração inicial, a resolução automática do contrato a contar da respetiva data de celebração, em relação aos restantes prémios, a resolução automática do contrato na data em que o mesmo era devido ou a não renovação do contrato.

## DECLARAÇÃO

O Cliente/Tomador do Seguro garante a exatidão e completude das declarações prestadas na presente Proposta sob pena de incorrer nas consequências previstas nos artigos 25.º e 26.º do Regime Jurídico do Contrato de Seguro (DL n.º 72/2008 de 16 de abril). Nesta conformidade, caso se trate de uma inexactidão ou omissão dolosa, o contrato será anulado e os sinistros recusados. Em caso de inexactidão ou omissão negligente, o contrato será alterado e os sinistros garantidos na proporção da diferença entre o prémio pago e o prémio que seria devido se o facto inexacto ou omitido fosse conhecido, sem prejuízo da possibilidade do Segurador poder anular o contrato caso se comprove que em caso algum o teria celebrado se tivesse conhecido o facto omitido ou inexacto.

Qualquer alteração à morada ou sede do Tomador do Seguro acima indicada deverá ser comunicada, por carta registada com aviso de receção, ao Segurador no prazo de 30 dias a contar da data em que se verifica, sob pena das comunicações ou notificações que o Segurador venha a efetuar para a morada desatualizada serem consideradas válidas e eficazes.

**O Cliente/Tomador do Seguro declara terem-lhe sido prestadas todas as informações relevantes para a subscrição do presente Contrato, nomeadamente as suas principais características, âmbito das garantias e exclusões e demais esclarecimentos exigíveis nos termos previstos no artigo 18.º do DL n.º 72/2008, de 16 de abril, bem como ter recebido a "Nota Informativa" (Página 7 a 8 da Presente Proposta) com um resumo das Condições Gerais e Especiais aplicáveis ao contrato.**

**Declara ainda terem-lhe sido explicadas e colocadas à disposição, no ato da celebração do contrato, as Condições Gerais aplicáveis à Apólice de Seguro, que, para sua maior comodidade, se encontram disponíveis, a todo o tempo, para consulta ou impressão em tranquilidade.pt.**

Canal de Cobrança

Canal de Captação

Prestação de Serviços

Serviços Externos

0054579

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
CLIENTE / TOMADOR DO SEGURO



**Seguradoras Unidas, S. A., grupo Generali**  
SEDE Av. da Liberdade, 242 1250-149 LISBOA  
Capital Social 182.000.000 € (realizado 84.000.000 €)  
N.º único de Matrícula CRC Lisboa NIPC 500 940 231

**Linha Clientes**  
**E** clientes@tranquilidade.pt  
**W** tranquilidade.pt

**NOTA INFORMATIVA****ADVANCECARE SAÚDE****ADVANCECARE SAÚDE CONTABILISTAS CERTIFICADOS**

A presente Nota Informativa não substitui a leitura das Condições Gerais e Especiais aplicáveis ao presente Contrato, constituindo apenas um resumo das mesmas.

Para sua maior comodidade, o Segurador disponibiliza ainda, a todo o tempo, no seu sítio da internet em [www.tranquilidade.pt](http://www.tranquilidade.pt), as Condições Gerais aplicáveis ao seu contrato para consulta ou impressão.

**Âmbito do risco**

De acordo com as coberturas subscritas pelo Tomador do Seguro, o presente Contrato garante, até ao limite dos capitais seguros indicados na proposta, o pagamento de prestações convencionadas ou indemnizatórias em consequência de doenças ou acidentes sofridos pela(s) Pessoa(s) Segura(s) durante a vigência do contrato.

**Períodos de carência aplicáveis**

Salvo disposição em contrário nas Condições Particulares, a entrada em vigor das garantias, em relação a cada uma das Pessoas Seguras, só se verificará, em caso de doença, após o decurso de um período de carência de noventa (90) dias.

Em relação a algumas situações específicas previstas nas Condições Gerais e Especiais da Apólice, o período de carência poderá ser alargado até 365 dias.

Em relação à Condição Especial de "Doenças Graves", quando subscrita, será sempre aplicado, em relação às despesas aí garantidas, um período de carência de 6 meses (180 dias).

Não haverá lugar à aplicação de qualquer período de carência em caso de acidente que requeira tratamento de urgência em hospital. Considera-se tratamento de urgência aquele que deva ser efetuado no prazo máximo de 48 horas após o sinistro.

**Exclusões aplicáveis**

Ao presente Contrato são aplicáveis as exclusões constantes nas Condições Gerais, Especiais e Particulares da Apólice que deverão, para seu conhecimento, ser consultadas e das quais se destacam:

- Doença ou lesões consequentes de acidente pré-existente;
- Gravidez pré-existente;
- Interrupção voluntária da gravidez;
- Doenças ou malformações congénitas, exceto quando verificadas as condições previstas nas Condições Gerais;
- Consultas, exames, tratamentos e/ou cirurgias de carácter estético ou plástico, exceto quando consequência de acidente ocorrido ou doença manifestada durante a vigência do contrato;
- Consultas, exames ou tratamento de emagrecimento e rejuvenescimento, tratamentos ou cirurgias para correção de obesidade/obesidade mórbida;
- Consultas, exames e tratamento do foro da nutrição e dietética;
- Consultas, exames e/ou tratamentos de infertilidade ou qualquer método de fecundação artificial e suas consequências, nomeadamente, interrupções involuntárias da gravidez;
- Alcoolismo e tratamentos relativos à toxicod dependência, bem como todas as doenças ou lesões adquiridas pela Pessoa Segura sob influência de álcool, estupefacientes ou outras drogas ou produtos tóxicos não prescritos por receita médica;
- Doenças resultantes dos efeitos de radioatividade;
- Tratamentos de Hemodiálise;
- Transplante de órgãos ou tecidos e suas implicações;
- S.I.D.A. e suas implicações;
- Tratamento às varizes;
- Internamento/tratamento refrativo à miopia, astigmatismo e hipermetropia (cirúrgico ou laser);
- Cirurgias para correção da roncopia;
- Doenças epidémicas oficialmente declaradas;
- Acidentes de trabalho e doenças profissionais bem como lesões que devam ficar garantidos por seguro obrigatório;
- Quaisquer lesões resultantes de calamidades naturais, atos de terrorismo (incluindo efeitos de armas bacteriológicas, agentes químicos e contaminação de meio ambiente) atos de guerra, perturbações da ordem pública, intervenção em atos criminosos, rixas (exceto em caso de legítima defesa de bens ou pessoas);
- Acidentes derivados da prática de desportos perigosos (conforme descrição detalhada nas Condições Gerais), competições desportivas e respetivos treinos e desportos motorizados;
- Os acidentes inerentes à utilização de veículos motorizados, quando as despesas deles resultantes recaiam no âmbito da responsabilidade civil automóvel;
- Atos médicos praticados em consequência de doença ou acidente que tenha sido intencionalmente provocado pela Pessoa Segura, incluindo tentativa de suicídio ou o agravamento do estado de saúde;

## Exclusões aplicáveis (Continuação)

- Curas de repouso, exames gerais e de check-up;
- Despesas de saúde ou tratamento com finalidade meramente paliativa, convalescença, reabilitação psicomotora ou motivos sociais;
- Métodos contraceptivos ou realizados com essa finalidade, incluindo controlo de natalidade e planeamento familiar;
- Consultas e/ou tratamentos não reconhecidos oficialmente pela Ordem dos Médicos portuguesa;
- Despesas associadas a procedimentos médicos experimentais, assim como técnicas e/ou tecnologias cuja evidência de eficácia clínica ainda não se encontre devidamente comprovada;
- Serviços que não sejam clinicamente necessários;
- Aquisição ou aluguer dos artigos medicinais indicados nas Condições Gerais, Especiais e Particulares da Apólice;
- Tratamento de enfermagem prestados no domicílio ou em internamento hospitalar não contemplados nos serviços do hospital;
- Atos realizados por profissionais de saúde que sejam cônjuge, pais, filhos ou irmãos da Pessoa Segura;
- Despesas com acompanhantes, exceto no caso de internamento de menores de 14 anos;
- Despesas de natureza particular (comunicações, aluguer e equipamentos de som e/ou imagem, etc.);
- Deslocações e alojamento em Portugal e no estrangeiro, salvo se expressamente contratadas.

Para além das acima referidas, aplicar-se-ão igualmente as exclusões especificamente previstas nas Condições Especiais, para cada uma das garantias contratadas.

## Renovação e denúncia do contrato

Quando o contrato for celebrado por um ano a continuar pelos seguintes, considera-se sucessivamente renovado por períodos anuais, salvo se, previamente à data de vencimento, qualquer das partes manifestar a vontade de lhe por fim mediante comunicação escrita, com trinta (30) dias de antecedência em relação à data de efeito.

## Livre resolução

Quando o contrato for celebrado por uma duração igual ou superior a seis (6) meses, o Tomador do Seguro, sendo pessoa singular, dispõe de um prazo de trinta (30) dias a contar da receção da Apólice para poder resolver o contrato sem invocar justa causa, mediante envio de comunicação escrita ao Segurador, em suporte de papel ou outro meio duradouro disponível e acessível ao Segurador.

A livre resolução do contrato tem efeito retroativo, tendo porém o Segurador direito ao:

- a) Valor do Prémio relativo ao período de tempo já decorrido, na medida em que tenha suportado o risco;
- b) Montante das despesas razoáveis que o Segurador tenha efetuado com exames médicos sempre que esses valores sejam imputados contratualmente ao Tomador do Seguro.

## Regime de transmissão de contrato

A transmissão da posição contratual do Tomador do Seguro, nos casos em que seja possível, depende sempre do consentimento do Segurador.

## Modo de efetuar reclamações

O Segurador dispõe de uma unidade orgânica responsável pela gestão de reclamações à qual poderão ser dirigidas quaisquer questões relacionadas com o presente Contrato.

Em caso de divergência com o Segurador, o Tomador do Seguro e/ou Pessoa Segura podem também apresentar reclamação no Livro de Reclamações, bem como solicitar a intervenção da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões, sem prejuízo ainda da possibilidade do recurso à arbitragem ou aos tribunais, de acordo com as disposições legais em vigor.

## Autoridade de supervisão

Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões.

## Lei aplicável

O Contrato rege-se pela Lei portuguesa.



**Seguradoras Unidas, S. A., grupo Generali**  
SEDE Av. da Liberdade, 242 1250-149 LISBOA  
Capital Social 182.000.000 € (realizado 84.000.000 €)  
N.º único de Matricula CRC Lisboa NIPC 500 940 231

**Linha Clientes**  
**E** clientes@tranquilidade.pt  
**W** tranquilidade.pt