FIDELIDADE
EMPRESAS



FIDELIDADE
SOLUÇÕES INCENTIVO

SEGURO DE VIDA GRUPO FIDELIDADE VIDA EMPRESAS EXTRA

CONDIÇÕES GERAIS
G360200

Seguro Vida Grupo - Fidelidade Vida Empresas Extra - setembro 2026

Fidelidade - Companhia de Seguros, S.A. - NIPC e Matrícula 500 918 880, na CRC Lisboa - Sede: Avenida Álvaro Pais, 7, 1600-007 Lisboa - Portugal
Capital Social EUR 509.263.524, registada na ASF sob nº 1011 - www.fidelidade.pt
Apoio ao Cliente: Dias úteis das 9h às 20h • T. 217 94 87 01 Chamada para a rede fixa nacional • E. apoiocliente@fidelidade.pt

ÍNDICE

CONDIÇÕES GERAIS

.03	Cláusula 1ª	Definições
.03	Cláusula 2ª	Âmbito do Seguro
.08	Cláusula 3ª	Produção de Efeitos e Duração do Contrato e das Adesões
.08	Cláusula 4ª	Prémio do Seguro
.08	Cláusula 5ª	Inexatidão da Declaração Inicial do Risco
.08	Cláusula 6ª	Incontestabilidade
.09	Cláusula 7ª	Agravamento do Risco
.09	Cláusula 8ª	Obrigações das Partes
.10	Cláusula 9ª	Valor Seguro
.10	Cláusula 10ª	Modificação do Contrato
.10	Cláusula 11ª	Cessação do Contrato e das Adesões
.11	Cláusula 12ª	Beneficiários
.11	Cláusula 13ª	Participação nos Resultados
.11	Cláusula 14ª	Fundo Autónomo de Investimento
.11	Cláusula 15ª	Reclamações
.11	Cláusula 16ª	Lei Aplicável e Regime Fiscal
.11	Cláusula 17ª	Foro Competente
.11	Cláusula 18ª	Comunicações e Notificações Entre as Partes
.11	Cláusula 19ª	Relatório e Solvência e Situação Financeira

CLÁUSULA PRELIMINAR

Apólice de Seguro
Entre a Fidelidade - Companhia de Seguros, S.A., com sede na Avenida Álvaro Pais n.º 7, em Lisboa, adiante designada por Segurador, e o Tomador do Seguro identificado nas Condições Particulares, estabelece-se o presente contrato de seguro que se regula pelas Condições Gerais e ainda pelas Condições Particulares acordadas, de harmonia com as declarações constantes da proposta que lhe serviu de base e que dela faz parte integrante. Da apólice fazem ainda parte os Boletins de Adesão e os Certificados de Adesão de cada aderente.

CLÁUSULA 1ª . DEFINIÇÕES

Neste seguro entende-se por:

Seguro de Grupo: Seguro de um conjunto de pessoas ligadas ao Tomador do Seguro por um vínculo que não seja o de segurar.

Seguro de Grupo: Não Contributivo: Seguro de Grupo em que o Tomador do Seguro contribui na totalidade para o pagamento do prémio.

Elegibilidade: Condição, vínculo ou interesse comum que liga um conjunto de pessoas ao Tomador do Seguro, permitindo-lhes integrar o Grupo Seguro.

Boletim de Adesão: Formulário fornecido pelo Segurador e preenchido pelo candidato a Pessoa Segura em que este propõe a adesão ao contrato de seguro, confirmado pelo Tomador do Seguro, descrevendo os elementos necessários à caraterização do risco.

Certificado de Adesão: Documento emitido pelo Segurador para cada uma das Pessoas Seguras, comprovativo da aceitação e das respetivas condições de inclusão no Seguro de Grupo.

Participação nos Resultados: Direito contratualmente definido de o Tomador do Seguro ou a Pessoa Segura beneficiarem de parte dos resultados técnicos gerados pelo contrato de seguro.

Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível (também designada por Invalidez Total e Permanente): limitação funcional definitiva e sem possibilidade clínica de melhoria em que, cumulativamente, estejam preenchidos os seguintes requisitos:

a) Pessoa Segura fique completa, definitiva e irreversivelmente incapacitada de exercer a sua profissão ou qualquer outra atividade remunerada compatível com os seus conhecimentos e aptidões;
b) Corresponda a um grau de desvalorização igual ou superior 66,6%, de acordo com a Tabela Nacional de Incapacidades por Acidentes de Trabalho ou Doenças Profissionais em vigor na data de avaliação da desvalorização sofrida pela Pessoa Segura, não sendo aplicados os fatores de bonificação previstos na mesma e não entrando para o seu cálculo quaisquer incapacidades ou patologias preexistentes;
c) Seja reconhecida por uma das seguintes entidades:
   i. Instituição de Segurança Social pela qual a Pessoa Segura se encontra abrangida;
   ii. Tribunal do Trabalho;
   iii. Médico designado pelo Segurador, quando a Pessoa Segura não se encontre abrangida por nenhum regime ou Instituição de Segurança Social ou quando o Segurador prescinda do reconhecimento pelas entidades referidas em i. e ii. por ser evidente e manifesta a incapacidade da Pessoa Segura, nos termos das alíneas a) e b) supra;
   iv. Junta Médica caso a Pessoa Segura discorde da apreciação do médico do Segurador, composta por um médico designado pelo Segurador, um médico designado pela Pessoa Segura e, em caso de desacordo entre o médico do Segurador e o da Pessoa Segura, será escolhido, por estes ou pelas duas partes, um terceiro médico como perito de desempate. Neste último caso, cada parte suportará as despesas e honorários do seu próprio médico e em partes iguais, as despesas e honorários com o terceiro médico.

Cancro Invasivo: Tumor maligno que se caracteriza pelo crescimento descontrolado e por disseminação de células malignas com invasão e destruição de tecido normal, devendo o seu diagnóstico ser confirmado com um relatório válido da histologia da peça operatória e um relatório de um oncologista ou patologista clínico.

Cancro Não Invasivo (Carcinoma In-Situ): Tumor não invasivo que tem de envolver toda a espessura do canal ou do epitélio, mas não atravessar a membrana celular basal e não invadir o tecido circundante. Devem ser descritas histologicamente

como TisN0M0 ou Estágio 0. O diagnóstico deve ser confirmado com um relatório válido da histologia da peça operatória e um relatório de um oncologista ou patologista clínico.

Acidente Vascular Cerebral: Um incidente ou acidente vascular cerebral que está associado a um enfarte do tecido cerebral e que resulta num défice neurológico permanente que determine, 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. Incidente vascular cerebral inclui enfarte do tecido cerebral, trombose vascular cerebral, hemorragia cerebrovascular, embolia (cerebral ou subaracnoide ou intracraniana) a partir de uma fonte externa. O diagnóstico deve ser suportado por novas alterações detetadas em tomografia computadorizada ou ressonância magnética.

Enfarte Do Miocárdio: A primeira ocorrência de enfarte agudo do miocárdio ou ataque cardíaco, que origine a incapacidade funcional irreversível, o que significa a morte de parte do músculo do coração, resultante de interrupção aguda do fornecimento sanguíneo para o miocárdio (obstrução aguda da artéria coronária). O diagnóstico deve ser baseado num histórico de dor típica no peito, alterações eletrocardiográficas que evidenciem a ocorrência de enfarte, e elevação significativa de enzimas cardíacas.

Doença Coronária que exija Cirurgia: Cirurgia em duas ou mais artérias coronárias a fim de corrigir estreitamento ou bloqueio exclusivamente através de enxertos de bypass realizados quando existam sintomas de angina incapacitante. O diagnóstico deve ser efetuado por coronariografia e a indicação cirúrgica deve ser considerada medicamente necessária por um cardiologista.

Insuficiência Renal crónica e irreversível da função de ambos os rins que determine a realização de diálise permanente ou transplante renal.

Transplante de Órgãos Vitais: Cirurgia de transplante de coração, pulmão, fígado, rim, pâncreas ou medula óssea. O transplante deve ser medicamente necessário e baseado na confirmação objetiva da deterioração da função do órgão.

Acidente: O acontecimento de caráter súbito, externo e imprevisível para o Tomador do Seguro, Pessoa Segura e Beneficiário, que cause à Pessoa lesões corporais, invalidez permanente, incapacidade temporária ou morte, verificadas clinicamente.

Doença preexistente: Qualquer doença, lesão ou condição de que a Pessoa Segura tivesse ou devesse ter conhecimento, pela evidência dos sinais e sintomas, ou por ter recebido aviso médico, diagnóstico ou tratamento antes da data da celebração do contrato de seguro.

CLÁUSULA 2ª . ÂMBITO DO SEGURO

1. **O seguro garante a cobertura dos riscos identificados nas Condições Particulares, nos termos previstos nestas Condições Gerais, nas Condições Particulares e nos Certificados de Adesão de cada aderente.**
2. **Salvo convenção em contrário constante das Condições Particulares ou do Certificado de Adesão, os riscos estão cobertos em qualquer parte do Mundo, exceto nos Países, Áreas ou Regiões Não Seguráveis constantes em Lista disponível em qualquer agência da Fidelidade, suscetível de ser obtida através do Apoio ao Cliente (217 94 87 01 - chamada para a rede fixa nacional) ou em http://www.fidelidade.pt em secção relativa a Informação Legal / Produtos / Seguros de Vida Risco / Âmbito Territorial - Condicionamento das Garantias / Agravamento do Risco. A Lista de Países, Áreas ou Regiões Não Seguráveis é atualizada periodicamente motivo pelo qual deverá ser sempre consultada aquando da realização da deslocação.**
3. **Contudo, o Tomador do Seguro ou Pessoa Segura devem comunicar ao Segurador, no prazo de 14 dias a contar do conhecimento, a mudança de país de residência da Pessoa Segura para fora da União Europeia, situação em que a cobertura dos riscos garantidos pelo contrato tem que ser expressamente aceite pelo Segurador, sendo que, em função do País, Área ou Região de Residência, poderão ser aplicados agravamentos / sobreprémios, exclusões de cobertura ou mesmo ser recusado o risco.**
4. **Podem ser contratadas as seguintes coberturas:**

MORTE (COBERTURA PRINCIPAL)

O QUE ESTÁ SEGURO

Pagamento do Capital Seguro previsto nas Condições Particulares ou nos Certificados de Adesão em caso de morte ocorrida durante a vigência da adesão.

Equipara-se à morte o estado de coma profundo e irreversível que se prolongue ininterruptamente por 360 dias, desde que não tenha sido acionada a cobertura de invalidez.

O QUE NÃO ESTÁ SEGURO

Suicídio ocorrido até 2 anos após o início da adesão ou da sua reposição em vigor ou do aumento de capital, caso este aumento não esteja previamente previsto em Condições Particulares ou no Certificado de Adesão.
Se o suicídio ocorrer após o prazo de 2 anos desde o início da adesão, mas durante os 2 anos seguintes à reposição em vigor ou ao referido aumento de capital, o seguro apenas não garante o acréscimo de cobertura relacionado com as referidas circunstâncias, salvo convenção em contrário constante das Condições Particulares ou do Certificado de Adesão.

MORTE POR ACIDENTE (COBERTURA COMPLEMENTAR)

O QUE ESTÁ SEGURO

Pagamento de um capital adicional previsto nas Condições Particulares ou nos Certificados de Adesão em caso de morte ocorrida durante a vigência da adesão, por Acidente.

O QUE NÃO ESTÁ SEGURO

Morte ocorrida após o termo da anuidade em que a Pessoa Segura atinja a idade limite definida nas Condições Particulares ou no Certificado de Adesão.

INVALIDEZ DEFINITIVA PARA A PROFISSÃO OU ATIVIDADE COMPATÍVEL POR DOENÇA OU ACIDENTE (COBERTURA COMPLEMENTAR)

Também designada por Invalidez Total e Permanente

O QUE ESTÁ SEGURO

Pagamento antecipado da totalidade do Capital Seguro da cobertura principal previsto nas Condições Particulares ou nos Certificados de Adesão em caso de Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível ocorrida durante a vigência da adesão.

O QUE NÃO ESTÁ SEGURO

a) Patologias do foro psíquico, salvo se verificadas ininterruptamente por um período mínimo de 2 anos;
b) Invalidez verificada após o termo da anuidade em que a Pessoa Segura atinja a idade limite definida nas Condições Particulares ou no Certificado de Adesão.

INVALIDEZ DEFINITIVA PARA A PROFISSÃO OU ATIVIDADE COMPATÍVEL POR ACIDENTE (COBERTURA COMPLEMENTAR)

Também designada por Invalidez Total e Permanente por Acidente

O QUE ESTÁ SEGURO

Pagamento de um capital adicional previsto nas Condições Particulares ou nos Certificados de Adesão em caso de Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível ocorrida durante a vigência da adesão, por Acidente.

O QUE NÃO ESTÁ SEGURO

Invalidez verificada após o termo da anuidade em que a Pessoa Segura atinja a idade limite definida nas Condições Particulares ou no Certificado de Adesão.

DOENÇAS GRAVES FEMININAS – ÂMBITO REDUZIDO (COBERTURA COMPLEMENTAR)

O QUE ESTÁ SEGURO

Pagamento antecipado até 50% do Capital Seguro da cobertura principal, dependendo da doença em causa, conforme expresso nas Condições Particulares ou no Certificado de Adesão, caso a Pessoa Segura venha a contrair, durante a vigência do contrato e após os primeiros 3 meses de vigência desta cobertura, qualquer uma das seguintes doenças graves:

1. CANCRO OU NEOPLASIA – NÃO INVASIVO

   Em caso de carcinoma in-situ (não invasivo) feminino da mama, do colo do útero, útero, ovários ou trompas de Falópio, nos termos definidos nestas Condições Gerais, a apólice garante o pagamento antecipado de 25% do Capital Seguro para a cobertura de Morte. Nesse caso, o seguro mantém-se em vigor, ficando o Capital Seguro da cobertura de Morte reduzido em 25% e o Capital Seguro da cobertura de Doenças Graves reduzido em 50%.

2. CANCRO OU NEOPLASIA – INVASIVO

Caso tenha ocorrido anteriormente, na vigência do contrato, uma doença grave CANCRO OU NEOPLASIA – NÃO INVASIVO:

Em caso de cancro (invasivo) feminino da mama, do colo do útero, útero, ovários ou trompas de Falópio (exclui cancros in-situ), nos termos definidos nestas Condições Gerais, a apólice garante o pagamento antecipado de 1/3 (um terço) do Capital Seguro em vigor para a cobertura de Morte. Neste caso, o seguro mantém-se em vigor sem a cobertura de Doenças Graves, ficando o Capital Seguro da cobertura de Morte reduzido do montante pago antecipadamente.

Caso não tenha ocorrido anteriormente uma doença grave CANCRO OU NEOPLASIA – NÃO INVASIVO:

Em caso de cancro (invasivo) feminino da mama, do útero, ovários ou trompas de Falópio (exclui cancros in-situ), nos termos definidos nestas Condições Gerais, a apólice garante o pagamento antecipado de 50% do Capital Seguro para a cobertura de Morte. Neste caso, o seguro mantém-se em vigor sem a cobertura de Doenças Graves, ficando o Capital Seguro da cobertura de Morte reduzido do montante pago antecipadamente.

3. ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Em caso de acidente vascular cerebral, nos termos definidos nestas Condições Gerais, a apólice garante o pagamento antecipado de 50% do Capital Seguro para a cobertura de Morte, extinguindo-se a cobertura de Doenças Graves. Neste caso, o seguro mantém-se em vigor sem a cobertura de Doenças Graves, ficando o Capital Seguro da cobertura de Morte reduzido do montante pago antecipadamente.

4. ENFARTE DO MIOCARDIO

Em caso de enfarte do miocárdio, nos termos definidos nestas Condições Gerais, a apólice garante o pagamento antecipado de 50% do Capital Seguro para a cobertura de Morte, extinguindo-se a cobertura de Doenças Graves. Neste caso, o seguro mantém-se em vigor sem a cobertura de Doenças Graves, ficando o Capital Seguro da cobertura de Morte reduzido do montante pago antecipadamente.

O QUE NÃO ESTÁ SEGURO

a) Doença grave diagnosticada durante os 3 primeiros meses de vigência desta cobertura. Neste caso serão devolvidos os prémios pagos respeitantes a esta garantia, a qual se extingue, mantendo-se, contudo, o seguro em vigor para as restantes coberturas;

b) Doença grave nos casos em que a sobrevivência da Pessoa Segura seja inferior a 30 dias após o diagnóstico da doença;

c) Angina de Peito;

d) Micro enfartes com elevação menor de troponina-T e sem anomalias ECG diagnosticadas ou sinais clínicos;

e) Enfarte do tecido cerebral ou hemorragia intracraniana, como resultado de ferimentos causados por meios externos violentos ou acidente;

f) Acidente Vascular Cerebral que resulte de traumatismo externo ou Acidentes Isquémicos Transitórios (A.I.T.) e outros de maior duração mas com recuperação completa sem sequelas num prazo máximo de 15 dias;

g) Qualquer forma de cancro em presença de uma infeção por HIV;

h) Lesões intra-epiteliais e do colo (CIN), Mola Hidatidiforme, CIN I, CIN II e CIN III e todos os tumores ou lesões considerados benignos, pré-malignos e/ou neoplasias não invasivas localizadas ou qualquer grau de displasia;

i) Todas as doenças secundárias da síndrome de imunodeficiência humana adquiridas ou com ela correlacionadas;

l) Doenças resultantes do uso de drogas ou de estupefacientes fora de prescrição médica.

DOENÇAS GRAVES MASCULINAS – ÂMBITO REDUZIDO (COBERTURA COMPLEMENTAR)

O QUE ESTÁ SEGURO

Pagamento antecipado de 50% do Capital Seguro da cobertura principal, conforme expresso nas Condições Particulares ou no Certificado de Adesão, caso a Pessoa Segura venha a contrair, durante a vigência do contrato e após os primeiros 3 meses de vigência desta cobertura, qualquer uma das seguintes doenças graves:

1. CANCRO OU NEOPLASIA

Em caso de cancro (invasivo) masculino da próstata (pelo menos estágio T2 da classificação TNM ou equivalente), nos termos definidos nestas Condições Gerais, a apólice garante

o pagamento antecipado de 50% do Capital Seguro para a cobertura de Morte.

2. ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL
Em caso de acidente vascular cerebral, nos termos definidos nestas Condições Gerais, a apólice garante o pagamento antecipado de 50% do Capital Seguro para a cobertura de Morte, extinguindo-se a cobertura de Doenças Graves.

3. ENFARTE DO MIOCARDIO
Em caso de enfarte do miocárdio, nos termos definidos nestas Condições Gerais, a apólice garante o pagamento antecipado de 50% do Capital Seguro para a cobertura de Morte, extinguindo-se a cobertura de Doenças Graves.
Nestes casos, o seguro mantém-se em vigor sem a cobertura de Doenças Graves, ficando o Capital Seguro da cobertura de Morte reduzido do montante pago antecipadamente.

O QUE NÃO ESTÁ SEGURO

a) Doença grave diagnosticada durante os 3 primeiros meses de vigência desta cobertura. Neste caso serão devolvidos os prémios pagos respeitantes a esta garantia, a qual se extingue, mantendo-se, contudo, o seguro em vigor para as restantes coberturas;

b) Doença grave nos casos em que a sobrevivência da Pessoa Segura seja inferior a 30 dias após o diagnóstico da doença;

c) Angina de Peito;

d) Micro enfartes com menor elevação de troponina-T e sem anomalias ECG diagnosticadas ou sinais clínicos;

e) Enfarte do tecido cerebral ou hemorragia intracraniana, como resultado de ferimentos causados por meios externos violentos ou acidente;

f) Cicatriz de enfarte evidenciada através de eletrocardiograma;

g) Acidente Vascular Cerebral que resulte de traumatismo externo ou Acidentes Isquémicos Transitórios (A.I.T.) e outros de maior duração mas com recuperação completa sem sequelas num prazo máximo de 15 dias;

h) Carcinoma in-situ e todos os tumores ou lesões considerados benignos, pré-malignos e/ou neoplasias não invasivas localizadas ou qualquer grau de displasia;

i) Qualquer forma de cancro em presença de uma infeção por HIV;

j) Estágio inicial de Cancro da próstata T1 (segundo classificação TNM) incluindo T1a e T1b ou outra classificação equivalente;

l) Todas as doenças secundárias da síndrome de imunodeficiência humana adquiridas ou com ela correlacionadas;

m) Doenças resultantes do uso de drogas ou de estupefacientes fora de prescrição médica.

DOENÇAS GRAVES – ÂMBITO ALARGADO (COBERTURA COMPLEMENTAR)

O QUE ESTÁ SEGURO

Pagamento antecipado até 50% do Capital Seguro da cobertura principal, dependendo da doença em causa, conforme expresso nas Condições Particulares ou no Certificado de Adesão, caso a Pessoa Segura venha a contrair, durante a vigência do contrato e após os primeiros 3 meses de vigência desta cobertura, qualquer uma das seguintes doenças graves:

1. CANCRO OU NEOPLASIA – NÃO INVASIVO
Em caso de carcinoma *in-situ* (não invasivo) feminino - mama, colo do útero, útero, ovários, trompas de Falópio, vagina, vulva, nos termos definidos nestas Condições Gerais a apólice garante o pagamento antecipado de 25% do Capital Seguro para a cobertura de Morte. Nesse caso, o seguro mantém-se em vigor, ficando o Capital Seguro da cobertura de Morte reduzido em 25% e o Capital Seguro da cobertura de Doenças Graves reduzido em 50%.

2. CANCRO OU NEOPLASIA – INVASIVO
a) Caso tenha ocorrido anteriormente, na vigência do contrato, uma doença grave CANCRO OU NEOPLASIA – NÃO INVASIVO (apenas para Pessoas Seguras do Género Feminino):
Em caso de cancro (invasivo) – da mama, do colo do utero, do utero, ovarios ou trompas de Falopio (exclui 'cancros in situ'), leucemia, linfoma maligno, doenca de Hodgkin, doencas malignas da medula ossea e cancro de pele metastatico – esta cobertura garante o pagamento antecipado de 1/3 (um terco) do Capital Seguro em vigor para a cobertura de Morte. Neste caso, o seguro mantem-se em vigor sem a cobertura de Doencas Graves, ficando o Capital Seguro da cobertura de Morte reduzido do montante pago antecipadamente.

b) Caso não tenha ocorrido anteriormente uma doença grave CANCRO OU NEOPLASIA – NÃO INVASIVO:
Em caso de cancro (invasivo) - da mama, do colo do utero, do utero, ovarios, trompas de Falopio (exclui 'cancros in situ'), da prostata, leucemia, linfoma maligno, doenca de Hodgkin, doencas malignas da medula ossea e cancro de pele metastatico – esta cobertura garante o pagamento antecipado de 50% do Capital Seguro para a cobertura de Morte. Neste caso, o seguro mantem-se em vigor sem a cobertura de Doencas Graves, ficando o Capital Seguro da cobertura de Morte reduzido do montante pago antecipadamente.

3. ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL
Em caso de acidente vascular cerebral, nos termos definidos nestas Condições Gerais, a apólice garante o pagamento antecipado de 50% do Capital Seguro para a cobertura de Morte, extinguindo-se a cobertura de Doenças Graves. Neste caso, o seguro mantém-se em vigor sem a cobertura de Doenças Graves, ficando o Capital Seguro da cobertura de Morte reduzido do montante pago antecipadamente.

4. ENFARTE DO MIOCARDIO
Em caso de enfarte do miocárdio, nos termos definidos nestas Condições Gerais, a apólice garante o pagamento antecipado de 50% do Capital Seguro para a cobertura de Morte, extinguindo-se a cobertura de Doenças Graves. Neste caso, o seguro mantém-se em vigor sem a cobertura de Doenças Graves, ficando o Capital Seguro da cobertura de Morte reduzido do montante pago antecipadamente.

5. DOENÇA CORONÁRIA QUE EXIJA CIRURGIA
Em caso de doença coronária que exija cirurgia, nos termos definidos nestas Condições Gerais, a apólice garante o pagamento antecipado de 50% do Capital Seguro para a cobertura de Morte, extinguindo-se a cobertura de Doenças Graves. Neste caso, o seguro mantém-se em vigor sem a cobertura de Doenças Graves, ficando o Capital Seguro da cobertura de Morte reduzido do montante pago antecipadamente.

6. INSUFICIÊNCIA RENAL
Em caso de Insuficiência Renal, nos termos definidos nestas Condições Gerais, a apólice garante o pagamento antecipado de 50% do Capital Seguro para a cobertura de Morte, extinguindo-se a cobertura de Doenças Graves. Neste caso, o seguro mantém-se em vigor sem a cobertura de Doenças Graves, ficando o Capital Seguro da cobertura de Morte reduzido do montante pago antecipadamente.

7. TRANSPLANTE DE ORGÃOS VITAIS
Em caso de transplante de órgãos vitais, nos termos definidos nestas Condições Gerais, a apólice garante o pagamento antecipado de 50% do Capital Seguro para a cobertura de Morte, extinguindo-se a cobertura de Doenças Graves. Neste caso, o seguro mantém-se em vigor sem a cobertura de Doenças Graves, ficando o Capital Seguro da cobertura de Morte reduzido do montante pago antecipadamente.

O QUE NÃO ESTÁ SEGURO

a) Doença grave diagnosticada durante os 3 primeiros meses de vigência desta cobertura. Neste caso serão devolvidos os prémios pagos respeitantes a esta garantia, a qual se extingue, mantendo-se, contudo, o seguro em vigor para as restantes coberturas;

b) Doença grave nos casos em que a sobrevivência da Pessoa Segura seja inferior a 30 dias após o diagnóstico da doença;

c) Angina de Peito;

d) Micro enfartes com elevação menor de troponina-T e sem anomalias ECG diagnosticadas ou sinais clínicos;

e) Cicatriz de enfarte evidenciada através de eletrocardiograma;

f) Cirurgia de desobstrução coronária por cateterismo, laser ou angioplastia por balão;

g) Acidente Vascular Cerebral que resulte de traumatismo externo ou Acidentes Isquémicos Transitórios (A.I.T.) e outros de maior duração mas com recuperação completa sem sequelas num prazo máximo de 15 dias;

h) Lesões intra-epiteliais e do colo (CIN), Mola Hidatidiforme, CIN I, CIN II e CIN III e todos os tumores ou lesões considerados benignos, pré-malignos e/ou neoplasias não invasivas localizadas ou qualquer grau de displasia;

i) Estágio inicial de Cancro da próstata T1 (segundo classificação TNM) incluindo T1a e T1b ou outra classificação equivalente;

j) Melanomas de pele estágio 1A (menor ou igual 1mm, nível II ou III, sem ulceração) de acordo com a nova classificação da AJCC de 2002;

l) Hiperqueratose ou carcinomas de células basais da pele;

m) Carcinomas de células escamosas da pele, salvo se existir metástases;

n) Sarcoma de Kaposi e todo o tumor em presença de infeção por HIV, salvo se adquirido medicamente e/ou em ocasião do trabalho como resultado de uma picada acidental por agulha durante o desempenho do exercício profissional como médico, dentista, enfermeiro, paramédico, bombeiro ou polícia. Qualquer situação de acidente que ocorra durante a vigência da apólice, deve ser comunicada ao Segurador dentro dos sete (7) dias seguintes e deve ser apresentado um teste de anticorpos HIV negativo realizado depois do acidente. A seroconversão à infeção HIV deve produzir-se dentro dos seis (6) meses posteriores ao acidente;

o) Lesões intra-epiteliais e do colo (CIN);

p) Displasia cervical, cancro de cérvix CIN I, II e III e todas as situações de cancros não invasivos (exceto cancro in-situ feminino);

q) Insuficiência renal reversível ou temporária que se resolva com tratamento;

r) Todas as doenças secundárias da síndrome de imunodeficiência humana adquiridas ou com ela correlacionadas;

s) Doenças resultantes do uso de drogas ou de estupefacientes fora de prescrição médica;

t) Todos os tumores ou lesões considerados benignos ou pré-malignos.

CAPITAL PARA CIRURGIAS (COBERTURA COMPLEMENTAR)

O QUE ESTÁ SEGURO

Estão abrangidos os procedimentos médico-cirúrgicos incluídos na tabela de procedimentos (ver ANEXO – Tabela de procedimentos associados à cobertura de Capital para Cirurgias) e que não estejam expressamente excluídos.

Entende-se por procedimento médico-cirúrgico, um procedimento clinicamente necessário, seja em regime de ambulatório ou com internamento, realizado por um médico especialista de um hospital para o tratamento de uma doença aguda (doença abrupta ou insidiosa, que têm um curso acelerado, terminando com convalescença ou morte em menos de três meses). Habitualmente um procedimento médico-cirúrgico é um dos seguintes:

a) Procedimento que exige anestesia geral;

b) Procedimento que requer anestesia regional ou local, com uma incisão com bisturi;

c) Uma endoscopia ou fibro-endoscopia, incluído na tabela de procedimentos cobertos.

É atribuída, aos procedimentos médico-cirúrgicos, uma classificação em função da sua complexidade (nível 1 corresponde ao procedimento mais complexo e o nível 7 corresponde ao menos complexo). A tabela de procedimento contém uma lista completa de procedimentos das categorias atribuídas.

Os valores das prestações variam em função da opção de capitais contratada e do procedimento executado, estando listados na tabela seguinte:

Classificação do procedimento médico-cirúrgico	Capitais Seguros	
	Opção 1	Opção 2
Nível 1	5.000 €	10.000 €
Nível 2	3.750 €	7.500 €
Nível 3	2.500 €	5.000 €
Nível 4	1.250 €	2.500 €
Nível 5	625 €	1.250 €
Nível 6	375 €	750 €
Nível 7	250 €	500 €

No caso de, na sequência de um evento (doença ou acidente), haver lugar à realização de vários procedimentos médico-cirúrgicos, pagar-se-á um único Capital Seguro, correspondente ao capital do procedimento mais complexo, independentemente do número de hospitalizações necessárias.

Se, de acordo com parecer de médico especialista, for necessário realizar múltiplos procedimentos médico-cirúrgicos, para realizar o que normalmente seria um único procedimento, considerar-se-á uma única participação de sinistro.

O valor máximo da prestação por Pessoa Segura ao longo de 12 meses consecutivos é igual a 250% da prestação de um procedimento médico-cirúrgico de nível 1.

O valor máximo da prestação por Pessoa Segura ao longo de todos os anos da apólice é igual a 625% da prestação de um procedimento médico-cirúrgico de nível 1.

A Pessoa Segura pode apresentar uma participação de sinistro após ter recebido tratamento, desde que esta seja efetuada num prazo de 6 meses após a data do procedimento médico-cirúrgico e desde que o mesmo tenha sido previamente aprovado pelo Segurador.

Se a Pessoa Segura for submetida a mais de um procedimento médico-cirúrgico planeado em simultâneo ou durante a mesma intervenção, é apenas efetuado o pagamento da prestação associada ao procedimento médico-cirúrgico de nível mais complexo, não havendo lugar ao pagamento das prestações associadas aos procedimentos médico-cirúrgicos menos complexos. Todos os procedimentos médico-cirúrgicos relacionados e realizados simultaneamente constituem uma única participação.

Se no momento inicial da realização de um procedimento médico-cirúrgico a Pessoa Segura sofrer uma complicação cirúrgica e se for necessário efetuar um procedimento médico-cirúrgico de nível mais complexo, o Segurador pagará somente a prestação associada ao procedimento médico-cirúrgico de nível mais complexo, conforme a tabela de procedimentos.

A presente cobertura não abrange as complicações que excedem o limite definido, salvo se aquelas decorrerem de procedimento médico-cirúrgico distinto, identificado na tabela de procedimentos.

O Segurador não se responsabiliza por situações decorrentes de negligência médica ou hospitalar.

Os procedimentos médico-cirúrgicos relacionados com tratamento inicial serão tratados de forma independente.

O QUE NÃO ESTÁ SEGURO

a) Doenças preexistentes à contratação do seguro;

b) Todas as doenças que ocorram no período inicial de 120 dias a partir da data de aceitação da adesão ao contrato de seguro;

c) Procedimentos médico-cirúrgicos não incluídos na tabela de procedimentos;

d) Tratamento ou cirurgia plástica ou cosmética, salvo se for em consequência de um acidente e coberto pela tabela de procedimentos;

e) Doenças odontológicas (incluindo implantes e extração de dentes do siso);

f) Correção de anomalias congénitas;

g) Tratamentos de fertilidade ou infertilidade;

h) Inserção de implantes hormonais ou terapêuticos;

i) Esterilização;

j) Insuficiência renal, cuidados paliativos, incluindo diálise;

l) Procedimentos de mudança de sexo e tratamentos associados;

m) Transplante e doação de órgãos e tecidos;

n) Procedimentos relacionados com a miopia ou astigmatismo;

o) Endoscopias para fins de diagnóstico. Em particular, estão excluídas as que se listam em seguida, salvo se realizadas para fins de tratamento:
Endoscopia endonasal;
Faringoscopia;
Laringoscopia;
Sigmoidoscopia flexível e rígida;
Histeroscopia.

p) Procedimentos para a perda de peso;

q) Tratamentos experimentais ou não comprovados;

r) Quaisquer outras doenças psicológicas ou psiquiátricas, tais como, a título meramente exemplificativo e não limitativo, a depressão, stress ou ansiedade;

5. EXCLUSÕES APLICÁVEIS

5.1. Estão sempre excluídas do âmbito de todas as coberturas do seguro as seguintes situações:

a) Ações ou omissões dolosas ou grosseiramente negligentes praticadas pela Pessoa Segura, Tomador do Seguro ou Beneficiários, bem como por aqueles pelos quais sejam civilmente responsáveis;

b) Nos sinistros causados por Acidente, ações ou omissões praticadas pela Pessoa Segura quando acuse consumo de produtos tóxicos, estupefacientes ou outras drogas fora de prescrição médica, bem como quando lhe for detetado um grau de alcoolémia no sangue superior a 1,2 gramas por litro.

5.2. Estão também excluídas de <u>todas as coberturas do seguro</u>, salvo convenção em contrário constante das Condições Particulares, as seguintes situações:

a) Guerra, invasão, ato de inimigo estrangeiro, hostilidades ou operações

bélicas, guerra civil, insurreição, rebelião e revolução;
b) Atos de terrorismo, como tal considerados pela legislação penal portuguesa vigente, em que tenha havido utilização de armas químicas, biológicas ou nucleares;
c) Greves, distúrbios laborais, tumultos, alterações de ordem pública, desde que a Pessoa Segura neles participe voluntariamente;
d) Explosão, libertação de calor e irradiações provenientes de cisão de átomos ou radioatividade e ainda os decorrentes de radiações provocadas pela aceleração artificial de partículas;
e) Operações de campanha, fazendo a Pessoa Segura parte das Forças Armadas ou Militarizadas;
f) Pilotagem e utilização de aeronaves, exceto como passageiro de linha aérea regular;
g) Corridas de velocidade organizadas para veículos de qualquer natureza, motorizados ou não, e respetivos treinos;
h) Prática das seguintes atividades:
h1) Alpinismo, escalada, montanhismo e espeleologia;
h2) Desportos aéreos, incluindo balonismo, asa delta, paraquedismo, parapente, queda livre, sky diving, sky surfing, base jumping e saltos ou saltos invertidos com mecanismo de suspensão corporal (bungee jumping);
h3) Descida em rappel ou slide; descida de correntes originadas por desníveis nos cursos de água (rafting, canyoning, canoagem); parkour;
h4) Prática de caça de animais ferozes; caça submarina; imersões submarinas com auxiliares de respiração; tauromaquia;
h5) Prática desportiva em competições, estágios e respetivos treinos.

5.3. Estão excluídos apenas das coberturas complementares do seguro, salvo convenção em contrário constante das Condições Particulares, os sinistros devidos a:

a) Doenças ou incapacidades pré-existentes à data de aceitação ao contrato de seguro;
b) Suicídio ou tentativa de suicídio;
c) Acidentes resultantes da utilização de veículos motorizados de duas ou três rodas ou motoquatro com cilindrada superior a 125 cc.;
d) Desportos de inverno, designadamente, bobsleigh, saltos de esqui, prática de esqui, snowboard, snowblade, hóquei sobre gelo;
e) Artes marciais e desportos de combate.

CLÁUSULA 3ª . PRODUÇÃO DE EFEITOS E DURAÇÃO DO CONTRATO E DE ADESÕES

1. O contrato produz os seus efeitos a partir do dia e hora constante das Condições Particulares.

2. O contrato é celebrado pelo período de um ano, renovável sucessivamente ou por um período até 31 de dezembro seguinte à data de início e prorroga-se sucessivamente por períodos de um ano, salvo se for denunciado por qualquer das partes ou se não for pago o prémio, conforme conste das Condições Particulares.

3. Para cada Pessoa Segura, as coberturas contratadas produzem os seus efeitos no dia e hora constante do respetivo Certificado de Adesão e prorrogam-se sucessivamente por períodos de um ano nas datas de renovação do contrato, cessando às 24 horas da data constante nas Condições Particulares ou no Certificado de Adesão, salvo se o contrato ou a adesão for denunciado por qualquer das partes, se não for pago o prémio respeitante à adesão ou se esta cessar por qualquer outro motivo.

CLÁUSULA 4ª . PRÉMIO DO SEGURO

1. O prémio do seguro é devido pelo Tomador do Seguro, nos termos e condições constantes nas Condições Particulares.

2. Os prémios serão calculados de acordo com as tarifas do Segurador em vigor na data do início de vigência das adesões ou nas suas renovações, em função das idades, coberturas e capitais contratados.

3. A análise do risco de saúde e dos riscos profissional, ocupacional e desportivo, bem como a cobertura do risco de estadia nos países ou regiões que obrigam a declaração,

pode determinar agravamento do prémio e/ou exclusões.
A tarifa e a base técnica utilizadas no cálculo dos prémios poderão ser atualizadas nas datas de renovação do contrato. As alterações de tarifa e base técnica serão comunicadas ao Tomador do Seguro com uma antecedência mínima de 30 dias em relação à data de renovação.

4. Data limite de pagamento

a) Os prémios ou frações são devidos nas datas estabelecidas no contrato.

b) O prémio resultante de eventuais alterações ao contrato é devido na data indicada no aviso para pagamento.

5. Aviso para pagamento

O Segurador avisará o Tomador do Seguro com uma antecedência mínima de 30 dias da data em que o prémio ou frações devam ser pagas. Se, porém, tiver sido acordado o pagamento do prémio em frações com periodicidade inferior à trimestral, o Segurador pode optar por não enviar o referido aviso, fazendo, nesse caso, constar de documento contratual as datas de vencimento das frações, os seus montantes e as consequências da falta de pagamento.

6. Consequências da falta de pagamento

a) A falta de pagamento do prémio na data de vencimento, confere ao Segurador o direito de resolver o contrato, ou a adesão, sem prejuízo dos direitos que assistam ao Beneficiário Aceitante. A resolução será efetuada por escrito ou por outro meio do qual fique registo duradouro para o domicílio do Tomador do Seguro.

b) Em caso de falta de pagamento do prémio na data de vencimento, se a adesão ao seguro estabelecer um benefício irrevogável a favor de terceiro, o Segurador avisará o Beneficiário Aceitante, no prazo de 30 dias, para, querendo, substituir-se ao Tomador do Seguro ou à Pessoa Segura no pagamento. Se o Beneficiário Aceitante não pagar o prémio até à data indicada, o contrato ou a adesão cessam nos termos previstos nas Condições Particulares.

c) A resolução do contrato ou da adesão não exonera o Tomador do Seguro e ou a Pessoa Segura da obrigação de pagar os prémios ou frações em dívida correspondentes ao período de tempo em que o seguro esteve em vigor, acrescidos de juros de mora legais.

d) O Tomador do Seguro e a Pessoa Segura podem repor em vigor o contrato ou a adesão, nas condições originárias e sem novo exame médico, mediante o pagamento dos respetivos prémios em atraso, acrescidos de juros de mora legais, no prazo máximo de 180 dias a contar da data da resolução.

7. Alteração do prémio

a) Os prémios relativos às coberturas principal e complementares serão alterados durante a vigência da adesão quando se verifique alteração dos riscos cobertos ou capitais seguros e a 1 de janeiro ou na data de renovação do contrato quando exista alteração das tarifas ou idades.

b) Os prémios relativos às coberturas complementares serão ainda alterados quando ocorra agravamento do risco.

c) O regime de agravamento não é aplicável às coberturas complementares de acidente e de invalidez quando resulte de agravamento do estado de saúde.

CLÁUSULA 5ª . INEXATIDÃO DA DECLARAÇÃO INICIAL DO RISCO

1. Compete ao Tomador do Seguro e à Pessoa Segura declarar com exatidão o risco a segurar. A inexatidão na declaração inicial do risco pode provocar a modificação ou a cessação do contrato.

2. Caso se verifique que, por negligência do Tomador do Seguro ou da Pessoa Segura, o risco não tenha sido declarado com exatidão, o Segurador pode, sem prejuízo dos direitos do Beneficiário Aceitante, no prazo de 3 meses a contar do respetivo conhecimento:

a) Propor a modificação do contrato; ou

b) Fazer cessar o contrato, desde que demonstre que não celebra seguros para a cobertura dos riscos relacionados com o facto omitido ou declarado inexatamente.

3. 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 inexatidões 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 inexatamente.

4. **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 inexatidões negligentes.**

5. **Caso se verifique que, por dolo do Tomador do Seguro ou da Pessoa Segura, o risco não tenha sido declarado com exatidão, o Segurador pode declarar a anulação do contrato, a qual deve ser transmitida ao Tomador do Seguro dentro de 3 meses a contar do respetivo conhecimento.**
Neste caso, o Segurador não responde por sinistro ocorrido antes do conhecimento da inexatidão nem durante o decurso do referido prazo de 3 meses, tendo, contudo, direito ao prémio devido até à declaração de anulação. Contudo, se o dolo tiver tido o propósito de obtenção de uma vantagem, o Segurador tem direito ao prémio devido até ao termo do contrato.

CLÁUSULA 6ª . INCONTESTABILIDADE

O Segurador não se pode prevalecer de omissões ou inexatidões negligentes na declaração inicial do risco após 2 anos da celebração do contrato ou da adesão, salvo no que respeita às coberturas de acidente e de invalidez.

CLÁUSULA 7ª . AGRAVAMENTO DO RISCO

1. **Compete ao Tomador do Seguro e à Pessoa Segura comunicar o agravamento do risco ao Segurador, no prazo de 14 dias a partir do conhecimento dos factos. O agravamento do risco durante a vigência do contrato pode provocar a modificação ou a cessação do contrato.**

2. **Podem agravar o risco assumido pelo Segurador, as seguintes circunstâncias relativas às coberturas complementares de acidente e de invalidez por doença ou acidente:**
   - A mudança da atividade profissional, ocupacional e desportiva da Pessoa Segura;
   - A mudança do país de residência da Pessoa Segura para fora da União Europeia.

3. Caso se verifique um agravamento do risco, o Segurador pode:
   - Propor a modificação do contrato no prazo de 30 dias a contar do momento em que dele teve conhecimento.
     Neste caso, o Tomador do Seguro dispõe de 30 dias para aceitar ou recusar a modificação proposta, a qual se considera aceite no fim deste prazo;
   - **Fazer cessar o contrato no prazo de 30 dias a contar do conhecimento do agravamento, desde que demonstre que não celebra contratos que cubram riscos com as características resultantes desse agravamento.**

4. Se ocorrer um sinistro antes da alteração ou da cessação do contrato, cuja verificação ou consequência tenha sido influenciada pelo agravamento do risco, o Segurador:
   a) **Cobre o risco** se o agravamento tiver sido corretamente comunicado antes do sinistro ou antes do fim do prazo de 14 dias supra referido, exceto se demonstrar que não celebra contratos que cubram riscos com as características resultantes desse agravamento;
   b) **Cobre parcialmente o risco,** reduzindo-se a indemnização na proporção entre o prémio pago e aquele que seria devido em função das reais circunstâncias do risco, se o agravamento não tiver sido corretamente comunicado antes do sinistro, exceto se demonstrar que não celebra contratos que cubram riscos com as características resultantes desse agravamento;
   c) **Recusará a cobertura** se o Tomador do Seguro ou a Pessoa Segura tiverem agido com dolo com o propósito de obter uma vantagem, mantendo, contudo, o direito aos prémios vencidos.

CLÁUSULA 8ª . OBRIGAÇÃO DAS PARTES

1. Em caso de alteração do risco
   1.1. POR DIMINUIÇÃO
   O Segurador obriga-se a refletir no prémio a diminuição inequívoca e duradoura do risco com reflexo nas condições do contrato, a partir do momento em que dela tenha conhecimento.

   1.2. POR AGRAVAMENTO
   O Tomador do Seguro e a Pessoa Segura obrigam-se a comunicar o agravamento do risco ao Segurador, no prazo de 14 dias a partir do conhecimento dos factos.
   O Segurador obriga-se a comunicar aos

terceiros com direitos ressalvados no contrato e aos Beneficiários do seguro com designação irrevogável, que se encontrem identificados na apólice, as alterações contratuais que os possam prejudicar, se a natureza do seguro ou a alteração não se opuser e não tendo sido o estipulado no contrato de seguro o dever de confidencialidade.

2. Em caso de sinistro

2.1. OBRIGAÇÕES DO SEGURADOR

Pagar as indemnizações até ao trigésimo dia após o apuramento dos factos relativos à ocorrência do sinistro e das suas causas, circunstâncias e consequências.

Em caso de incumprimento, o Segurador incorrerá em mora, vencendo a indemnização juros à taxa legal em vigor.

2.2. OBRIGAÇÕES DO TOMADOR DO SEGURO, PESSOA SEGURA E BENEFICIÁRIO

a) Participar o sinistro ao Segurador no prazo máximo de 8 dias a contar daquele em que tenha conhecimento;

b) Tomar as medidas ao seu alcance no sentido de evitar ou limitar as consequências do sinistro;

c) Entregar ao Segurador os documentos comprovativos da identidade e qualidade de Beneficiário ou de herdeiro com direito à indemnização, bem como:

1. Em caso de morte

Certificado de óbito;

Se a morte for consequência de doença, promover o envio a médico designado pelo Segurador de declaração do médico assistente que especifique a causa e circunstâncias da morte, a data de diagnóstico e a duração da doença ou lesão;

Se a morte for consequência de acidente, promover o envio a médico designado pelo Segurador do relatório da autópsia da Pessoa Segura e auto de ocorrência incluindo os resultados dos testes toxicológicos e de alcoolémia;

2. Em caso de invalidez:

Promover o envio a médico designado pelo Segurador de relatório do médico assistente que indique as 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. A divergência entre o médico da Pessoa Segura e o médico designado pelo Segurador quanto ao grau de invalidez, pode ser decidida por um médico nomeado por ambas as partes;

Documento comprovativo do reconhecimento da invalidez emitido pela instituição de Segurança Social ou pelo Tribunal de Trabalho;

Documento descrevendo a atividade profissional ou ocupação principal exercida pela Pessoa Segura antes de ter sido afetada pela Invalidez;

Atestado médico de incapacidade multiusos;

Se a invalidez for consequência de acidente, promover o envio do auto de ocorrência e resultados dos testes toxicológicos e de alcoolemia.

3. Em caso de doença grave:

- Promover o envio a médico designado pelo Segurador de relatório do médico assistente da especialidade adequada, contendo o diagnóstico inequívoco, demonstrável e fundamentado, que mencione e caraterize expressamente a data dos primeiros sintomas, os critérios clínicos e os meios de diagnóstico utilizados, a evolução, situação clínica atual, terapêuticas e prognóstico.
- No caso de Acidente Vascular cerebral, a deficiência neurológica permanente deve ser demonstrada e avaliada em função da capacidade de desempenho de atividades pessoais e/ou profissionais.
- No Caso de Enfarte de Miocárdio, consideram-se critérios diagnósticos de enfarte de miocárdio, pelo menos, os seguintes:
  - História de dor precordial típica;
  - Alterações eletrocardiográficas compatíveis, de instalação recente;
  - Elevação das enzimas cardíacas.
  - Consideram-se necessários à fundamentação da evidência e avaliação do compromisso da função cardíaca, os seguintes exames auxiliares de diagnóstico:
  - Eletrocardiograma;
  - Ecocardiograma;

- Eventual estudo hemodinâmico ou outros.

4. Em caso de cirurgia
   - Documentos da Unidade Hospitalar e do médico-cirurgião comprovativos da causa da cirurgia, data e hora do seu início e da alta.

d) A Pessoa Segura está especialmente obrigada a cumprir todas as prescrições médicas, sujeitar-se a exame por médico designado pelo Segurador e a autorizar os médicos que a assistiram a prestarem, a médico designado pelo Segurador, todas as informações solicitadas.

O incumprimento das obrigações anteriormente referidas pode determinar a redução das prestações do Segurador ou, em caso de dolo, a perda da cobertura, e o incumprimento da obrigação da Pessoa Segura prevista na alínea d) determina a cessação da responsabilidade do Segurador.

Sem prejuízo do disposto na Cláusula 5.ª, a verificação de incorreção na idade da Pessoa Segura declarada na apólice, determina, em função dos prémios pagos terem sido inferiores ou superiores aos que deveriam ter sido estabelecidos de acordo com a idade exata e as tarifas em vigor, respetivamente, a redução das importâncias seguras de acordo com a proporção dos prémios pagos relativamente aos que deveriam ter sido pagos ou a devolução da parte do prémio pago em excesso, sem juros.

3. Em caso de existência de vários seguros cobrindo o mesmo risco

O Tomador do Seguro ou a Pessoa Segura deve informar o Segurador, logo que disso tome conhecimento e na participação de sinistro, da existência de outros seguros cobrindo os mesmos riscos.

A omissão fraudulenta desta informação, no caso de prestações de natureza indemnizatória, exonera o Segurador da respetiva prestação nos termos da legislação em vigor.

4. Em caso de alteração de morada contratual

O Tomador do Seguro, as Pessoas Seguras e os Beneficiários devem comunicar a alteração de morada ao Segurador nos 30 dias subsequentes à data em que se verifique.

O incumprimento desta obrigação determina que as comunicações ou notificações que o Segurador venha a efetuar para a morada desatualizada são válidas e eficazes.

CLÁUSULA 9ª . VALOR SEGURO

Os valores seguros para cada risco coberto constam das Condições Particulares ou do Certificado de Adesão.

CLÁUSULA 10ª . MODIFICAÇÃO DO CONTRATO

1. O contrato pode ser modificado por iniciativa do Segurador em caso de inexatidão da declaração inicial do risco devida a negligência do Tomador do Seguro ou da Pessoa Segura.

   Contudo, se o Tomador do Seguro não responder ou rejeitar a proposta de alteração apresentada pelo Segurador, o contrato cessa decorridos 20 dias após a sua receção, sem prejuízo dos direitos do Beneficiário Aceitante.

2. O contrato pode ser modificado quando houver uma alteração superveniente do risco que o diminua ou agrave, nas seguintes condições:

   a) POR DIMINUIÇÃO DO RISCO
   O Segurador refletirá no prémio do contrato a diminuição inequívoca e duradoura do risco por si conhecida.

   b) POR AGRAVAMENTO DO RISCO
   O Segurador pode propor a modificação do contrato no prazo de 30 dias a contar do momento em que dele teve conhecimento;
   Neste caso, o Tomador do Seguro dispõe de 30 dias para aceitar ou recusar a modificação proposta, a qual se considera aceite no fim deste prazo.

CLÁUSULA 11ª . CESSAÇÃO DO CONTRATO E DAS ADESÕES

1. O contrato caduca:

a) Na data do seu termo, se for celebrado por tempo determinado;

b) Na data em que cesse a última adesão.

2. O contrato cessa por falta de pagamento do prémio de seguro.

3. O contrato cessa por iniciativa do Tomador do Seguro:

a) Por denúncia, com uma antecedência mínima de 30 dias em relação à data de renovação do contrato;

b) Sem ter que invocar justa causa, nos contratos de duração igual ou superior a 6 meses, celebrados por pessoa singular, até 30 dias após a data da receção da apólice (Direito de Livre Resolução).

1) Neste caso a cessação tem efeito retroativo ao início do contrato e o Segurador tem direito ao valor do prémio calculado proporcionalmente ao tempo decorrido na medida em que tenha suportado o risco até à resolução do contrato, bem como ao montante das despesas razoáveis que tenha efetuado com exames médicos.

2) A comunicação da resolução deve ser efetuada por escrito, em suporte de papel ou outro meio duradouro disponível e acessível ao Segurador.

3) O exercício do direito de livre resolução determina a cessação do contrato de seguro, extinguindo todas as obrigações dele decorrentes com efeito a partir da celebração do mesmo.

c) Com justa causa, a todo o tempo;

d) Quando ocorra uma diminuição do risco que deva ser refletida no prémio e o Segurador o não faça ou quando não concorde com o novo prémio proposto.

4. O contrato cessa por iniciativa do Segurador:

a) Por denúncia, com uma antecedência mínima de 30 dias em relação à data de renovação do contrato;

b) Com justa causa, a todo o tempo;

c) Por inexatidão da declaração inicial do risco devida a negligência do Tomador do Seguro ou da Pessoa Segura, desde que demonstre que não celebra contratos para a cobertura dos riscos relacionados com o facto omitido ou declarado inexatamente.
Neste caso, o contrato cessa 30 dias após o envio da respetiva comunicação pelo Segurador;

d) Por inexatidão da declaração inicial do risco com dolo do Tomador do Seguro ou da Pessoa Segura.
Neste caso, o Segurador tem direito ao prémio devido até ao final do prazo de 3 meses de que dispõe para fazer cessar o contrato, ou à totalidade do prémio devido até ao termo do contrato se o dolo tiver tido o propósito de obtenção de uma vantagem;

e) Por agravamento do risco, desde que demonstre que não celebra contratos que cubram riscos com as características resultantes desse agravamento.

5. A adesão cessa:

a) Na data constante do Certificado de Adesão;

b) Por falta de pagamento do prémio relativo à adesão;

c) Por cessação do contrato.
Neste caso, a Pessoa Segura pode contratar um novo seguro nos 3 meses seguintes à cessação, sem necessidade de realizar exame médico, com coberturas e capitais equivalentes, aplicando-se as bases técnicas e tarifas em vigor para a modalidade em que se enquadre na data da celebração do contrato;

d) Na data em que se verifique o pagamento do capital seguro, ao abrigo da cobertura principal ou das coberturas complementares, salvo convenção em contrário nas Condições Particulares ou no Certificado de Adesão;

e) Na data do vencimento da anuidade em que a Pessoa Segura atinja a idade prevista nas Condições Particulares ou no Certificado de Adesão para a cobertura principal;

f) Quando a Pessoa Segura deixe de reunir as condições de elegibilidade.
Neste caso, quando a adesão cesse antes da Pessoa Segura atingir o limite máximo de idade para o grupo seguro, previsto nas Condições Particulares ou Certificado de Adesão, pode contratar um novo seguro nos 3 meses seguintes à cessação, sem necessidade de realizar exame médico, com coberturas e capitais equivalentes, aplicando-se as bases técnicas e tarifas em vigor para a modalidade em que se enquadre na data da celebração do contrato;

g) Por denúncia da Pessoa Segura ou do Segurador com a antecedência mínima de 30 dias em relação à renovação do contrato;

h) Por iniciativa do Segurador, por inexatidão da declaração inicial do risco devida a negligência do Tomador do Seguro ou da Pessoa Segura, desde que o Segurador demonstre que não celebra contratos para a cobertura dos riscos relacionados com o facto omitido ou declarado inexatamente.
Neste caso, a adesão cessa 30 dias após o envio da respetiva comunicação pelo Segurador;

i) Por iniciativa do Segurador, por inexatidão da declaração inicial do risco com dolo do Tomador do Seguro ou da Pessoa Segura. Neste caso, o Segurador tem direito ao prémio devido até ao final do prazo de 3 meses de que dispõe para fazer cessar a adesão, ou à totalidade do prémio devido até ao termo da adesão se o dolo tiver tido o propósito de obtenção de uma vantagem;

j) Por iniciativa do Segurador, por agravamento do risco relativo à Pessoa Segura, desde que demonstre que não celebra contratos que cubram riscos com as características resultantes desse agravamento;

l) Por iniciativa da Pessoa Segura ou do Segurador com justa causa, a todo o tempo.

CLÁUSULA 12ª . BENEFICIÁRIOS

1. Os Beneficiários do contrato em caso de morte da Pessoa Segura são os designados nas Condições Particulares ou no Certificado de Adesão ou, na falta dessa designação, os herdeiros da Pessoa Segura.

2. Os Beneficiários do contrato nas coberturas de invalidez, Doenças Graves e Capital para Cirurgias são as Pessoas Seguras, salvo convenção em contrário constante das Condições Particulares ou do Certificado de Adesão.

3. A Pessoa Segura pode alterar os Beneficiários em qualquer momento da vigência do contrato, sem prejuízo do disposto nos restantes números desta cláusula.

4. A alteração dos Beneficiários só será válida a partir do momento em que o Segurador tenha recebido a correspondente comunicação escrita.

5. O direito de alteração dos Beneficiários cessa no momento em que estes adquiram o direito ao pagamento das importâncias seguras.

6. A cláusula beneficiária será considerada irrevogável sempre que exista aceitação do benefício por parte do Beneficiário e renúncia expressa da Pessoa Segura ao direito de a alterar.

7. A renúncia 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 ao Segurador.

8. Sendo a cláusula beneficiária irrevogável, será necessário o acordo prévio do Beneficiário para o Tomador do Seguro ou a Pessoa Segura proceder ao exercício de qualquer direito ou faculdade de modificar as condições contratuais ou de resolver o contrato sempre que tal modificação tenha incidência sobre os direitos do Beneficiário.

9. O Tomador do Seguro ou a Pessoa Segura readquire o direito pleno ao exercício das garantias contratuais se o Beneficiário Aceitante comunicar por escrito ao Segurador que deixou de ter interesse no benefício.

CLÁUSULA 13ª . PARTICIPAÇÃO NOS RESULTADOS

O Contrato não confere direito a Participação nos Resultados.

CLÁUSULA 14ª . FUNDO AUTÓNOMO DE INVESTIMENTO

Os ativos representativos das provisões técnicas desta modalidade não são objeto de investimento em fundo autónomo.

CLÁUSULA 15ª . RECLAMAÇÕES

1. O Segurador dispõe de uma unidade orgânica específica para receber, analisar e dar resposta às reclamações efetuadas, sem prejuízo de poder ser requerida a intervenção da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões.

2. A informação geral relativa à gestão de reclamações encontra-se disponível em www.fidelidade.pt.

CLÁUSULA 16ª . LEI APLICÁVEL E REGIME FISCAL

1. Ao contrato é aplicável a lei portuguesa.

2. O contrato está sujeito ao regime fiscal português.

CLÁUSULA 17ª . FORO COMPETENTE

O foro competente para dirimir qualquer litígio emergente deste contrato é o fixado na lei civil.

CLÁUSULA 18ª . COMUNICAÇÕES E NOTIFICAÇÕES ENTRE AS PARTES

1. As comunicações e notificações do Tomador do Seguro ou da Pessoa Segura previstas neste contrato consideram-se válidas e plenamente eficazes caso sejam efetuadas por escrito ou por outro meio do qual fique registo duradouro para a sede social do Segurador.

2. **Todavia, a alteração de morada ou de sede do Tomador do Seguro ou da Pessoa Segura deve ser comunicada ao Segurador nos trinta (30) dias subsequentes à data em que se verifiquem, por escrito ou por outro meio do qual fique registo duradouro, sob pena das comunicações ou notificações que o Segurador venha a efetuar para a morada desatualizada se terem por válidas e eficazes.**
3. **As comunicações e notificações do Segurador previstas neste contrato consideram-se válidas e plenamente eficazes caso sejam efetuadas por escrito, ou por outro meio do qual fique registo duradouro, para a última morada do Tomador do Seguro ou da Pessoa Segura constante do contrato, ou, entretanto, comunicada nos termos previstos no número anterior.**

CLÁUSULA 19ª . RELATÓRIO DE SOLVÊNCIA E SITUAÇÃO FINANCEIRA

Está disponível em www.fidelidade.pt, um relatório sobre a solvência e a situação financeira do Segurador, reportado ao fecho do ano anterior, de acordo com a legislação em vigor.