FIDELIDADE
EMPRESAS

FIDELIDADE
SOLUÇÕES INCENTIVO

INFORMAÇÕES PRÉ-CONTRATUAIS
NOTA INFORMATIVA
SEGURO DE VIDA GRUPO
NÃO CONTRIBUTIVO
FIDELIDADE VIDA EMPRESAS EXTRA

1. SEGURADOR

Fidelidade - Companhia de Seguros, S.A., ("Segurador") é uma empresa de seguros registada junto da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões, sob o número 1011, podendo os seus dados de registo ser pesquisados em www.asf.com.pt.
O Segurador não dá aconselhamento para os efeitos previstos no regime jurídico da distribuição de seguros e de resseguros, sem prejuízo de prestar as informações contratuais e pré-contratuais legalmente obrigatórias e os esclarecimentos que lhe sejam solicitados para que o potencial cliente tome uma decisão informada.
A comercialização deste produto pelos trabalhadores do Segurador não origina qualquer remuneração direta aos mesmos, mas poderá refletir-se, de uma forma global, no prémio de produtividade anual.

2. ÂMBITO DO SEGURO

2.1. O QUE É:

Seguro de Vida Grupo não contributivo, não ligado a crédito, em que a Empresa ou Instituição contratante é Tomador do Seguro sendo responsável pelo pagamento dos prémios correspondentes a cada adesão.

2.2. QUEM PODE ADERIR:

As Empresas ou outras Pessoas Coletivas e Empresários em Nome Individual (ENI's) que contratam com a Fidelidade - Companhia de Seguros, S.A., na qualidade de Tomadores do Seguro ao qual poderão aderir, na qualidade de Pessoas Seguras, os respetivos empresários ou sócios gerentes, os seus colaboradores, associados, cônjuges ou outros pessoas, desde que possuam uma condição, vínculo ou interesse comum que os liga ao Tomador do Seguro, desde que satisfaçam as seguintes condições:

1. Tenham idade entre os 18 e os 69 anos no início do contrato e não ultrapassem os 70 anos durante a vigência do mesmo, sendo que para cada cobertura estão definidos os seguintes limites etários:

Coberturas	Subscrição		Termo
	Idade Mínima	Idade Máxima	Idade Máxima
Morte por Doença ou Acidente	18 anos	69 anos	70 anos
Morte por Acidente Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível por Doença ou Acidente Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível por Acidente	18 anos	66 anos	67 anos
Doenças Graves Femininas (âmbito reduzido) Doenças Graves Masculinas (âmbito reduzido) Doenças Graves (âmbito alargado) Capital para Cirurgias	18 anos	64 anos	65 anos

2. Tenham sido aceites pelo Segurador.
A aceitação da adesão pelo Segurador pode depender do preenchimento de um Questionário de Clínico pela respetiva Pessoa Segura, disponível no ponto de venda, podendo, ainda, depender do prévio fornecimento de informações adicionais a solicitar pelo Segurador e, se for o caso, da prévia realização de exames médicos pelo candidato a Pessoa Segura. Neste caso, a Pessoa Segura pode aceder aos respetivos dados de saúde através de um médico por si designado.
O número mínimo de Pessoas Seguras, na data início do contrato e em cada renovação, não pode ser inferior a 2 pessoas.

2.3. O QUE GARANTE:

O pagamento aos Beneficiários designados dos capitais seguros pelas coberturas contratadas.

2.4. PLANO DE SEGURO DISPONÍVEL PARA ADESÃO

As coberturas disponíveis para serem contratadas são:

- Morte por Doença ou Acidente;
- Morte por Acidente;
- Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível por Doença ou Acidente – 66,6% de Incapacidade;
- Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível por Acidente – 66,6% de Incapacidade;
- Doenças Graves Femininas (âmbito reduzido);
- Doenças Graves Masculinas (âmbito reduzido);
- Doenças Graves (âmbito alargado);
- Capital para Cirurgias.

2.5. ÂMBITO DAS COBERTURAS

Cobertura principal

2.5.1. MORTE POR DOENÇA OU ACIDENTE

O que está seguro:

Pagamento do capital seguro, previsto nas Condições Particulares ou no Certificado de Adesão, em caso de morte da Pessoa Segura, por doença ou acidente, ocorrida durante a vigência da respetiva adesão ao seguro.
Equipara-se à morte um estado de coma profundo e irreversível que se prolongue ininterruptamente por 360 dias desde que não tenham sido acionadas coberturas 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 nas Condições Particulares ou no Certificado de Adesão.

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

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

Coberturas complementares

2.5.2. MORTE POR ACIDENTE

O que está seguro:
Pagamento de um capital seguro adicional, previsto nas Condições Particulares ou no Certificado de Adesão, em caso de morte da Pessoa Segura, provocada por acidente, ocorrida durante a vigência da respetiva adesão a esta cobertura complementar.

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.

2.5.3. INVALIDEZ DEFINITIVA PARA A PROFISSÃO OU ATIVIDADE COMPATÍVEL POR DOENÇA OU ACIDENTE - 66,6% DE INCAPACIDADE

O que está seguro:
Pagamento antecipado do capital seguro da cobertura principal, previsto nas Condições Particulares ou no Certificado de Adesão, em caso de Invalidez Definitiva da Pessoa Segura, de grau de desvalorização igual ou superior a 66,6%, ocorrida durante a vigência da adesão, por doença ou acidente.

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 complete a idade indicada nas Condições Particulares ou no Certificado de Adesão.

2.5.4. INVALIDEZ DEFINITIVA PARA A PROFISSÃO OU ATIVIDADE COMPATÍVEL POR ACIDENTE - 66,6% DE INCAPACIDADE

O que está seguro:
Pagamento de um capital seguro adicional previsto nas Condições Particulares ou no Certificado de Adesão em caso de Invalidez Definitiva, de grau de desvalorização igual ou superior a 66,66%, 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 indicada nas Condições Particulares ou no Certificado de Adesão.

2.5.5. DOENÇAS GRAVES FEMININAS (ÂMBITO REDUZIDO)

O que está seguro:
Pagamento antecipado de 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 útero ou trompas de Falópio, esta cobertura 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, do útero, ovários ou trompas de Falópio (exclui 'cancros in situ'), esta cobertura garante o pagamento antecipado de até 1/3 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.
   Caso não tenha ocorrido anteriormente uma doença grave CANCRO OU NEOPLASIA – NÃO INVASIVO:
   Em caso de cancro (invasivo) feminino da mama, do colo do útero, do útero, ovários ou trompas de Falópio (exclui 'cancros in situ'), esta cobertura garante o pagamento antecipado de até 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 nas Condições Gerais, esta cobertura 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 nas Condições Gerais, esta cobertura 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 adquirida ou com ela correlacionada;
j) Doenças resultantes do uso de drogas ou de estupefacientes fora de prescrição médica.

2.5.6. DOENÇAS GRAVES MASCULINAS (ÂMBITO REDUZIDO)

O que está seguro:
Pagamento antecipado de até 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, 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), esta cobertura garante o pagamento antecipado de até 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.
2. ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL
   Em caso de acidente vascular cerebral, nos termos definidos nas Condições Gerais, esta cobertura garante o pagamento antecipado de 50% do Capital Seguro para a cobertura de Morte, extinguindo-se a cobertura de Doenças Graves ficando o capital seguro da cobertura de Morte reduzido do montante pago antecipadamente.

3. ENFARTE DO MIOCÁRDIO
   Em caso de enfarte do miocárdio, nos termos definidos nas Condições Gerais, esta cobertura garante o pagamento antecipado de 50% do Capital Seguro para a cobertura de Morte, extinguindo-se 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) 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;
k) 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.

2.5.7. DOENÇAS GRAVES (ÂMBITO ALARGADO)

O que está seguro:

Pagamento antecipado de 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
   (Apenas Pessoas Seguras do Género Feminino)
   Em caso de carcinoma in-situ (não invasivo) feminino da mama, do útero ou trompas de Falópio, esta cobertura 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 útero, do útero, ovários ou trompas de Falópio (exclui 'cancros in situ'), leucemia, linfoma maligno, doença de Hodgkin, doenças malignas da medula óssea e cancro de pele metastático – esta cobertura 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.
   b) **Caso não tenha ocorrido anteriormente uma doença grave CANCRO OU NEOPLASIA – NÃO INVASIVO:**
      Em caso de cancro (invasivo) - da mama, do colo do útero, do útero, ovários, trompas de Falópio (exclui 'cancros in situ'), da próstata, leucemia, linfoma maligno, doença de Hodgkin, doenças malignas da medula óssea e cancro de pele metastático – esta cobertura 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, esta cobertura 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, esta cobertura 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 nas Condições Gerais, esta cobertura 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 crónica e irreversível que determine diálise permanente ou transplante de rins.
   Em caso de Insuficiência Renal, nos termos definidos nas Condições Gerais, esta cobertura 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 nas Condições Gerais, esta cobertura 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, Carcinoma in-situ, 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;
k) Hiperqueratose ou carcinomas de células basais da pele;
l) Carcinomas de células escamosas da pele, salvo se existir metástases;

m) 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;
n) Lesões intra-epiteliais e do colo (CIN);
o) Displasia cervical, cancro de cérvix CIN I, II e III e todas as situações de cancros não invasivos (exceto cancro in-situ feminino);
p) Insuficiência renal reversível ou temporária que se resolva com tratamento;
q) Todas as doenças secundárias da síndrome de imunodeficiência humana adquiridas ou com ela correlacionadas;
r) Doenças resultantes do uso de drogas ou de estupefacientes fora de prescrição médica;
s) Todos os tumores ou lesões considerados benignos ou pré-malignos.

2.5.8. CAPITAL PARA CIRURGIAS

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.

Os procedimentos médico-cirúrgicos são definidos como 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 será um dos seguintes:

a) Um procedimento que exige anestesia geral;
b) Um 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 de procedimento médico-cirúrgico em função da sua complexidade (nível 1 corresponde ao procedimento mais complexo e o nível de 7 menos complexo). A tabela de procedimento contém uma lista completa de procedimentos das categorias atribuídas.

Os valores das prestações variam em função da opção 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;
k) Procedimentos de mudança de sexo e tratamentos associados;
l) Transplante e doação de órgãos e tecidos;
m) Procedimentos relacionados com a miopia ou astigmatismo;
   - 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.
n) Procedimentos para a perda de peso;

o) Tratamentos experimentais ou não comprovados;
p) Quaisquer outras doenças psicológicas ou psiquiátricas, tais como, a título meramente exemplificativo e não limitativo, a depressão, stress ou ansiedade;

2.5.9. ÂMBITO TERRITORIAL

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 Informações Legais /Produtos / Seguro de Vida Risco / 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.

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.

2.5.10. EXCLUSÕES APLICÁVEIS

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.

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.

Estão excluídos <u>apenas das coberturas complementares do seguro</u>, 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.

3. PRÉMIO

3.1. CÁLCULO

O prémio é calculado anualmente sobre o montante do capital seguro, na data de início da adesão e na data de renovação do contrato, tendo em conta as idades das Pessoas Seguras.

O prémio pode ser pago em frações semestrais, trimestrais ou mensais.

3.2. ALTERAÇÃO DO PRÉMIO

Os prémios relativos à cobertura principal e às coberturas complementares de acidente e invalidez por acidente ou doença serão alterados durante a vigência da adesão quando se verifique alteração dos riscos cobertos ou capitais seguros e na data da renovação quando exista alteração das tarifas ou idades.

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

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

3.3. CONSEQUÊNCIAS DA FALTA DE PAGAMENTO

O prémio ou fração inicial é devido na data da adesão. Os prémios ou frações seguintes são devidos nas datas indicadas nas Condições Particulares.

As datas de vencimento das frações, os seus montantes e as consequências da falta de pagamento constarão das Condições Particulares.

A falta de pagamento do prémio na data de vencimento confere ao Segurador o direito de resolver o contrato, por escrito, no termo do prazo indicado na comunicação enviada.

A resolução do contrato não exonera o Tomador do Seguro da obrigação de liquidar os prémios ou frações em dívida correspondentes ao período de tempo em que o seguro esteve em vigor, acrescidos dos juros de mora calculados à taxa legal sobre o montante em dívida.

O Tomador do Seguro pode repor em vigor o contrato, nas condições originárias e sem exigência de 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.

3.4. AGRAVAMENTO DO RISCO

Compete ao Tomador do Seguro ou à Pessoa Segura comunicar o agravamento do risco ao Segurador, no prazo de 14 dias a partir do conhecimento dos factos. Podem agravar o risco assumido pelo Segurador, as seguintes circunstâncias relativas às coberturas complementares de acidente e de invalidez por acidente ou doença:

- A mudança da atividade ocupacional e desportiva da Pessoa Segura;
- A mudança da residência da Pessoa Segura para fora da União Europeia.

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 supracitado, exceto se demonstrar que não celebra contratos que cubram riscos com as caraterísticas 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 caraterísticas 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.

4. CAPITAL SEGURO

O capital seguro é definido por Pessoa Segura de acordo com a regra definida para o grupo seguro nas Condições Particulares e corresponde ao valor indicado no Boletim de Adesão ou Certificado de Adesão.

5. BENEFICIÁRIO

São beneficiários, salvo convenção em contrário, em caso de sinistro por invalidez, Doenças Graves e Capital para Cirurgias a própria Pessoa Segura e, em caso de morte, os designados pela Pessoa Segura ou, na falta de designação beneficiária ou em caso de morte dos beneficiários, os herdeiros legais da Pessoa Segura.
A designação de beneficiário(s) em caso de morte nominativamente identificado(s) carece da indicação dos seguintes elementos obrigatórios relativos ao(s) beneficiário(s):
- Nome ou denominação completos;
- Domicilio ou sede;
- Número de identificação civil e fiscal.

FALTA OU INCORREÇÃO NA INDICAÇÃO DE BENEFICIÁRIO
A inexistência ou a incorreção dos elementos de identificação do beneficiário em caso de morte pode impossibilitar o segurador de dar cumprimento aos deveres de informação e comunicação previstos na lei, com vista ao pagamento do capital seguro.

6. DEVER DE DECLARAÇÃO INICIAL DO RISCO

1. Antes da celebração do contrato, o Tomador de Seguro e a Pessoa Segura estão obrigados a declarar com exatidão todas as circunstâncias que conheçam e razoavelmente devam ter por significativas para a apreciação do risco pelo Segurador, ainda que a respetiva menção não seja solicitada em questionário por este fornecido.

2. Em caso de incumprimento negligente desta obrigação, o Segurador pode propor a alteração do contrato ou fazê-lo cessar.

3. Em caso de incumprimento doloso desta obrigação, o Segurador pode declarar o contrato nulo.

7. DURAÇÃO, RENOVAÇÃO E DENÚNCIA DO CONTRATO

O contrato produz efeitos a partir do dia e hora acordados.
O contrato pode ser celebrado por um período inicial até 31 de dezembro seguinte à data de início e prorrogar-se sucessivamente, a 1 de janeiro de cada ano, pelo período de um ano ou ser celebrado por um ano a continuar pelos anos seguintes renovando-se sucessivamente por novos períodos de um ano, salvo se for denunciado por qualquer das partes contratantes ou se não for pago o prémio.
Qualquer das partes contratantes pode denunciar o contrato com a antecedência mínima de 30 dias em relação ao termo da anuidade. Relativamente a cada Pessoa Segura as garantias contratuais entram em vigor no dia e hora indicado nas Condições Particulares ou no respetivo Certificado de Adesão que corresponderá à data de aceitação por parte do Segurador e prorrogam-se sucessivamente por períodos de um ano nas datas de renovação do contrato, salvo se este for denunciado por qualquer das partes, se não for pago o prémio respeitante à adesão ou se por força de qualquer outra disposição legal ou contratual operar a cessação antecipada da adesão.
Cessação das coberturas por limite de idade:
As coberturas cessam nas idades indicadas nas Condições Particulares ou no Certificado de Adesão.

8. OBRIGAÇÕES DAS PARTES CONTRATANTES EM CASO DE SINISTRO

8.1. OBRIGAÇÕES DO SEGURADOR:

Pagar as indemnizações até ao 30.º dia após o apuramento dos factos relativos à ocorrência do sinistro e das suas causas, circunstâncias e consequências e a entrega dos documentos respetivos.
Em caso de incumprimento, o Segurador incorrerá em mora, vencendo a indemnização juros à taxa legal em vigor.

8.2. OBRIGAÇÕES DO TOMADOR DO SEGURO, DA PESSOA SEGURA E DO BENEFICIÁRIO:

a) Participar o sinistro ao Segurador no prazo máximo de oito (8) dias a contar daquele em que tenha conhecimento do mesmo;
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:
   c1) 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;
   c2) 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 contratantes;
      - 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;
   c3) Em caso de acidente
      - Auto de ocorrência e resultados dos testes toxicológicos e de alcoolémia;
      - Documento descrevendo a atividade profissional ou ocupação principal exercida pela Pessoa Segura à data de ocorrência;
   c4) 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.

c5) 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 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.

A verificação de incorreção na idade da Pessoa Segura declarada na apólice, determina a redução das importâncias seguras de acordo com os prémios pagos, a idade exata e as tarifas em vigor, ou a devolução da parte do prémio pago em excesso, sem juros, se dessa incorreção tiver decorrido o pagamento de prémios, respetivamente, inferiores ou superiores aos que deveriam ter sido estabelecidos, sem prejuízo do disposto no contrato.

9. DADOS PESSOAIS DE SAÚDE

O Segurador poderá ter necessidade, quer para efeitos de aceitação do contrato, quer para efeitos de regularização de sinistro, em particular em caso de morte, de aceder a dados pessoais de saúde da Pessoa Segura.

Tal acesso apenas pode ter lugar desde que, para tal, a Pessoa Segura haja dado o seu consentimento informado, livre, específico e expresso, devendo o acesso processar-se em estrita observância das disposições legais em vigor.

No quadro da avaliação do risco e desde que, para tal, o candidato a Pessoa Segura haja dado o seu consentimento informado, livre, específico e expresso, poderão, também, ser efetuados por iniciativa do Segurador, através de médico, ainda que de entidade subcontratada, questionários de saúde, por telefone, com gravação das correspondentes chamadas e tratamento dos dados respetivos.

O candidato a Pessoa Segura será chamado a prestar esse consentimento, aquando da subscrição/adesão ao contrato, de forma a prevenir eventuais situações de litígio em caso de regularização de sinistro.

A recusa de consentimento nos termos e para os efeitos acima referidos poderá determinar, no caso de existirem indícios que evidenciem ter havido omissões ou inexatidões aquando da declaração do risco e ou da participação do sinistro, que o Segurador fique impossibilitado de proceder, enquanto não forem prestadas as informações por ele requeridas, à regularização de sinistro que vier a ser participado ao abrigo do contrato de seguro.

10. PARTICIPAÇÃO NOS RESULTADOS

O Contrato não confere direito a Participação nos Resultados.

11. REGIME FISCAL APLICÁVEL AOS BENEFICIÁRIOS RESIDENTES

O contrato fica sujeito ao regime fiscal em vigor, não recaindo sobre o Segurador qualquer ónus, encargo ou responsabilidade em consequência de alteração legislativa ou de uma diferente interpretação, da que seguidamente se apresenta, das normas legais aplicáveis.

Imposto do Selo

Em caso de morte da Pessoa Segura, as transmissões gratuitas dos créditos provenientes deste produto não estão sujeitas a Imposto do Selo.

12. RECLAMAÇÕES

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 do Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões (asf.com.pt) e da possibilidade de recurso à arbitragem.

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

13. LEI APLICÁVEL

Segurador propõe a aplicação da lei portuguesa ao presente contrato. As partes podem, no entanto, acordar aplicar lei diferente da lei portuguesa, desde que motivadas por um interesse sério e a lei escolhida esteja em conexão com algum dos elementos do contrato.

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

Em cumprimento dos seus deveres legais de combate ao branqueamento de capitais e ao financiamento do terrorismo, o Segurador poderá recusar o contrato de seguro proposto ou qualquer operação contratual solicitada, bem como rescindir o contrato com efeitos imediatos, quando tenha conhecimento ou suspeite de que o mesmo possa estar relacionado com a prática de crimes de branqueamento de capitais ou de financiamento do terrorismo. O contrato, ou qualquer operação com ele relacionada, será recusado quando não for prestada toda a informação ao Segurador exigida por lei, em matéria de identificação do Tomador de Seguro, Pessoas Seguras e Beneficiários efetivos, bem como sobre a origem e destino dos respetivos fundos.

15. AUTORIDADE DE SUPERVISÃO

Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões.

16. 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.