

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 individual temporário anual renovável, com opção de comercialização em planos fechados ou em plano livre (contratação da cobertura principal de Morte por Doença ou Acidente e com coberturas complementares de contratação facultativa).

Existem dois planos fechados, designados doravante por Plano Essencial e Plano Extra, e um Plano Livre – denominado Plano Dinâmico.

GARANTIAS	PLANO ESSENCIAL			PLANO EXTRA			PLANO DINÂMICO CAPITAL MÍNIMO 10.000 €
	CAPITAL SEGURO			CAPITAL SEGURO			CAPITAL SEGURO
MORTE POR DOENÇA OU ACIDENTE (COBERTURA PRINCIPAL)	25.000 €	50.000 €	100.000 €	25.000 €	50.000 €	100.000 €	Capital Seguro
INVALIDEZ DEFINITIVA PARA A PROFISSÃO OU ATIVIDADE COMPATÍVEL POR DOENÇA OU ACIDENTE (COBERTURA COMPLEMENTAR)	25.000 €	50.000 €	100.000 €	25.000 €	50.000 €	100.000 €	Capital Seguro
MORTE POR ACIDENTE (COBERTURA COMPLEMENTAR) (i)	–	–	–	50.000 €	100.000 €	200.000 €	Duplicação do Capital Seguro
INVALIDEZ DEFINITIVA PARA A PROFISSÃO OU ATIVIDADE COMPATÍVEL POR ACIDENTE (COBERTURA COMPLEMENTAR) (ii)	–	–	–	50.000 €	100.000 €	200.000 €	Duplicação do Capital Seguro
MORTE POR ACIDENTE DE CIRCULAÇÃO (COBERTURA COMPLEMENTAR) (iii)	–	–	–	–	–	–	Triplificação do Capital Seguro
INVALIDEZ DEFINITIVA PARA A PROFISSÃO OU ATIVIDADE COMPATÍVEL POR ACIDENTE DE CIRCULAÇÃO (COBERTURA COMPLEMENTAR) (ii)	–	–	–	–	–	–	Triplificação do Capital Seguro
DOENÇAS GRAVES (COBERTURA COMPLEMENTAR) (i)	–	–	–	–	–	–	Capital Seguro

(i) Inclui o capital da cobertura de Morte por Doença e Acidente, desde que o sinistro por acidente respeite o âmbito da cobertura de Morte por Acidente.

(ii) Inclui o capital da cobertura de Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível por Doença e Acidente, desde que o sinistro por acidente respeite o âmbito da cobertura de Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível por Acidente.

(iii) Inclui o capital da cobertura de Morte por Doença e Acidente e Morte por Acidente, desde que o sinistro por acidente respeite o âmbito da cobertura de Morte por Acidente de Circulação.

(iv) Inclui o capital da cobertura de Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível por Doença e Acidente e Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível por Acidente, desde que o sinistro por acidente respeite o âmbito da cobertura de Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível por Acidente de Circulação.

Destina-se a Empresários em Nome Individual e Sócios Gerentes que pretendam salvaguardar a estabilidade financeira do respetivo agregado familiar, face à ocorrência de situações imprevistas graves, beneficiando em simultâneo de vantagens fiscais, no âmbito do Imposto sobre os Rendimentos das Pessoas Coletivas, bem como a Empresas que pretendam valorizar os seus Colaboradores através de benefícios sociais, usufruindo em simultâneo de vantagens fiscais, no âmbito do Imposto sobre os Rendimentos das Pessoas Coletivas.

NOTA IMPORTANTE: Sem prejuízo da faculdade que os Tomadores do Seguro têm de optar pela contratação de seguro de vida junto da empresa de seguros da sua preferência, ou de dar em garantia um ou mais seguros de vida de que já sejam titulares para garantia das responsabilidades emergentes de um crédito à habitação desde que respeitem os requisitos mínimos exigidos pela Instituição de Crédito Mutuante, conforme previsto na alínea d) do artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 222/2009, de 11 de Setembro, o seguro em apreço não está vocacionado especificamente para esses fim, pelo que não será possível aplicar o regime de atualização automática do capital seguro ao capital em dívida previsto nos artigos 7.º e 8.º do referido diploma. Para este efeito, o Segurador disponibiliza ofertas de seguro especializadas que melhor servem o interesse dos seus clientes.

2.2. QUEM PODE SUBSCREVER:

Empresários em Nome Individual, Sócios Gerentes e Colaboradores de Empresas, que tenham idade igual ou superior a 18 anos e inferior a 60 anos. Para a contratação da cobertura complementar de Doenças Graves é necessário idade inferior a 55 anos.

Relativamente à Pessoa Segura e para cada cobertura estão definidos os seguintes limites etários:

COBERTURAS	PLANO ESSENCIAL		PLANO EXTRA
	IDADE MÍNIMA	IDADE MÁXIMA	IDADE MÁXIMA (1)
MORTE, MORTE POR ACIDENTE, MORTE POR ACIDENTE DE CIRCULAÇÃO	18 anos	60 anos	65 anos
INVALIDEZ DEFINITIVA PARA A PROFISSÃO OU ATIVIDADE COMPATÍVEL, INVALIDEZ DEFINITIVA PARA A PROFISSÃO OU ATIVIDADE COMPATÍVEL POR ACIDENTE, INVALIDEZ DEFINITIVA PARA A PROFISSÃO OU ATIVIDADE COMPATÍVEL POR ACIDENTE DE CIRCULAÇÃO			
DOENÇAS GRAVES		55 anos	

(i) As coberturas terminam no fim do ano civil em que as Pessoas Seguras perfazem a idade máxima.

A subscrição das coberturas de Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível só é possível se a Pessoa Segura exercer uma profissão remunerada.

A aceitação do seguro pelo Segurador pode depender da prévia realização de exames médicos pelo candidato a Pessoa Segura. Neste caso, a Pessoa Segura pode aceder aos respetivos dados através de um médico por si designado.

As propostas de subscrição consideram-se aceites decorridos 14 dias após a sua receção no Segurador, a menos que, entretanto, o candidato a Pessoa Segura seja notificado da recusa ou da sua antecipada aprovação ou da necessidade de recolher esclarecimentos adicionais para a avaliação do risco, ficando a aceitação, neste caso, dependente da entrega e análise dos elementos solicitados.

2.3. ÂMBITO DAS COBERTURAS

2.3.1. DEFINIÇÕES

Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível é a 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 prescindir 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.

2.3.2. COBERTURAS

2.3.2.1. MORTE (Cobertura Principal)

O QUE ESTÁ SEGURO:

Pagamento do capital seguro previsto nas Condições Particulares em caso de morte ocorrida durante a vigência do contrato por doença ou acidente.

Equipara-se à morte o 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 do contrato ou da sua reposição em vigor ou do aumento de capital, caso este aumento não esteja previamente previsto nas Condições Particulares.

Se o suicídio ocorrer após o prazo de 2 anos desde o início do contrato 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.

2.3.2.2. MORTE POR ACIDENTE (Cobertura Complementar)

O QUE ESTÁ SEGURO:

Pagamento de um capital adicional previsto nas Condições Particulares em caso de morte ocorrida durante a vigência do contrato, por Acidente.

2.3.2.3. MORTE POR ACIDENTE DE CIRCULAÇÃO (Cobertura Complementar)

O QUE ESTÁ SEGURO:

Pagamento de um capital adicional previsto nas Condições Particulares em caso de morte ocorrida durante a vigência do contrato, por Acidente de Circulação.

2.3.2.4. INVALIDEZ DEFINITIVA PARA A PROFISSÃO OU ATIVIDADE COMPATÍVEL POR DOENÇA E ACIDENTE (Cobertura Complementar)

O QUE ESTÁ SEGURO:

Pagamento de Capital Seguro 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 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 atinja a idade limite definida nas Condições Particulares ou no Certificado de Adesão.

2.3.2.5. INVALIDEZ DEFINITIVA PARA A PROFISSÃO OU ATIVIDADE COMPATÍVEL POR ACIDENTE (Cobertura Complementar)

O QUE ESTÁ SEGURO:

Pagamento de um capital adicional previsto nas Condições Particulares em caso de Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível ocorrida durante a vigência do contrato, provocada por acidente.

2.3.2.6. INVALIDEZ DEFINITIVA PARA A PROFISSÃO OU ATIVIDADE COMPATÍVEL POR ACIDENTE DE CIRCULAÇÃO (Cobertura Complementar)

O QUE ESTÁ SEGURO:

Pagamento de um capital adicional previsto nas Condições Particulares em caso de Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível ocorrida durante a vigência do contrato, por acidente de circulação.

2.3.2.7. DOENÇA GRAVE (Cobertura Complementar)

O QUE ESTÁ SEGURO:

Após os primeiros 3 meses de vigência do contrato, o pagamento antecipado da totalidade do capital seguro da cobertura de Morte, caso a Pessoa Segura venha a contrair, durante a vigência do contrato, qualquer uma das seguintes doenças graves:

1. CANCRO OU NEOPLASIA

2. ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL
Que provoque sequelas neurológicas permanentes que determinem, 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.
3. ENFARTE DO MIOCARDIO
Que origine incapacidade funcional irreversível.
4. 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.
5. INSUFICIÊNCIA RENAL crónica e irreversível que determine diálise permanente ou transplante de rins.
6. TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS VITAIS
Cirurgia de transplante de coração, coração e pulmão, fígado, pâncreas e medula óssea.

O QUE NÃO ESTÁ SEGURO:

- a) Cancro ou neoplasia, acidente vascular cerebral, enfarte do miocárdio, doença coronária que exija cirurgia, insuficiência renal e transplante de órgãos vitais durante os 3 primeiros meses do contrato. Neste caso, serão devolvidos os prémios pagos respeitantes a esta garantia a qual se extingue mantendo-se, contudo, o seguro em vigor;
- b) Todas as doenças secundárias ao síndrome de imunodeficiência humana adquirida ou com ele correlacionadas;
- c) Doenças resultantes do uso de drogas ou de estupefacientes fora de prescrição médica;
- d) Na Doença Grave "Cancro ou Neoplasia": a leucemia linfática crónica, as neoplasias não invasivas localizadas ou 'cancros in situ', os tumores em presença de qualquer vírus de imunodeficiência humana adquirida e qualquer neoplasia da pele que não seja melanoma maligno;
- e) Cicatriz de enfarte evidenciada através do eletrocardiograma;
- f) Cirurgia de desobstrução coronária por cateterismo;
- g) Acidentes isquémicos transitórios (A.I.T.) e outros de maior duração mas com recuperação completa sem sequelas num prazo máximo de quinze (15) dias.

2.3.3. ÂMBITO TERRITORIAL

Salvo convenção em contrário constante das Condições Particulares, 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 Seguros de Vida Risco / Âmbito Territorial - Condicionamento das Garantias / Informações Legais / Seguros de Vida 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/Aderente 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/ sobrep prémios, exclusões de cobertura ou mesmo ser recusado o risco.

2.3.4. EXCLUSÕES APLICÁVEIS

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

- a) Nos sinistros causados por Doença ou por Acidente, 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 todas as coberturas do seguro, 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 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 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) Bobsleigh e saltos de esqui;
- d) Artes marciais e desportos de combate.

3. PRÉMIO

3.1. CÁLCULO

O prémio é calculado anualmente sobre o capital seguro, na data início do contrato e nas datas de renovação a 1 de Janeiro, tendo em conta a idade atuarial da Pessoa Segura.

O prémio é pago anualmente, sendo sempre devido por inteiro e pago antecipadamente. O Segurador pode, no entanto, aceitar que o prémio seja pago em frações semestrais, trimestrais ou mensais, havendo neste caso lugar à aplicação dos seguintes encargos máximos de fracionamento:

SEMESTRAL	1,0%
TRIMESTRAL	1,5%

Os prémios podem ser pagos por Débito em Conta, Agências Fidelidade, Mediadores com poder de cobrança, Cobrança Postal ou Multibanco.

O pagamento por Débito Direto fica isento de encargos de fracionamento.

O prémio mensal é pago exclusivamente por Débito em Conta.

As taxas de prémio em vigor estão disponíveis para consulta nas agências do Segurador.

Não haverá agravamento do prémio das coberturas de acidente e invalidez quando ocorra agravamento do estado de saúde.

3.2. ALTERAÇÃO DO PRÉMIO

Os prémios relativos à cobertura principal e às coberturas complementares de morte por acidente, morte por acidente de circulação, invalidez total e permanente por doença ou acidente, invalidez total e permanente por acidente e invalidez total e permanente por acidente de circulação serão alterados durante a vigência do contrato quando se verifique alteração dos riscos cobertos, capitais seguros, tarifas ou idades atuariais.

Os prémios relativos às referidas coberturas de acidente e invalidez serão ainda alterados quando ocorra agravamento do risco.

3.3. CONSEQUÊNCIAS DA FALTA DE PAGAMENTO

O prémio ou fração inicial é devido na data da celebração do contrato. Os prémios ou frações seguintes são devidos nas datas indicadas no contrato.

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

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 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 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.

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 profissional, ocupacional e desportiva da Pessoa Segura;
- A mudança de país de 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:

- 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;
- 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;
- 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. BENEFICIÁRIO

Os **Beneficiários em caso de morte ou de invalidez** serão os designados pela Pessoa Segura com exceção dos contratos de meras expectativas em que cabe ao Tomador do Seguro designar os Beneficiários.

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;
- Domicílio ou sede;
- Número de identificação civil e fiscal.

O Beneficiário em caso de **Doença Grave** será a Pessoa Segura.

FALTA OU INCORREÇÃO NA INDICAÇÃO DE BENEFICIÁRIO

Na falta de designação do Beneficiário, o capital seguro é prestado:

- Por falecimento da Pessoa Segura, aos herdeiros da Pessoa Segura;
- Em caso de invalidez, à Pessoa Segura.

A Pessoa Segura que não seja Beneficiária tem ainda de dar o seu consentimento para a cobertura do risco.

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.

5. DEVER DE DECLARAÇÃO INICIAL DO RISCO

Antes da celebração do contrato, o Tomador do 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.

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

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

6. DURAÇÃO, RENOVAÇÃO E DENÚNCIA DO CONTRATO

O contrato produz os seus efeitos a partir do dia e hora acordados, indicados nas Condições Particulares, que corresponderá à data de aceitação por parte do Segurador, se esta for posterior.

O contrato é celebrado por um ano a continuar pelos anos seguintes e prorroga-se sucessivamente por novos períodos de um ano, salvo se for denunciado por qualquer das partes ou se não for pago o prémio.

Qualquer das partes pode denunciar o contrato com a antecedência mínima de 30 dias em relação ao termo da anuidade.

O contrato cessa no fim do ano civil em que a Pessoa Segura atinja os 65 anos.

7. OBRIGAÇÕES DAS PARTES EM CASO DE SINISTRO

7.1. OBRIGAÇÕES DO SEGURADOR:

Pagar as indenizações até ao 30º dia após o apuramento dos fatos 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.

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

- a) Participar o sinistro ao Segurador no prazo máximo de 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;
 - 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 morte e invalidez por 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 caracterize 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 dos enzimas cardíacos.
 - 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.
- 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.

8. 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.

Tomei conhecimento de que 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.

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.

9. PARTICIPAÇÃO NOS RESULTADOS

Este contrato não confere Participação nos Resultados.

10. 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 da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões (www.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.

11. REGIME FISCAL

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.

Se o seguro for subscrito ao abrigo do artigo 43º do CIRC, as entregas efetuadas pela empresa, podem ser consideradas como gastos do período de tributação em sede de IRC, nos termos e com os limites previstos no referido artigo 43º do CIRC.

Se o seguro for subscrito ao abrigo do artigo 23º do CIRC, as entregas efetuadas pela Empresa são consideradas gastos do período de tributação, sem limites, desde que sejam considerados para os colaboradores rendimentos do trabalho dependente.

12. LEI APLICÁVEL

O 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.

13. 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.

14. FATCA - "FOREIGN ACCOUNT TAX COMPLIANCE ACT" E NORMA COMUM DE COMUNICAÇÃO (CRS - OCDE)

O contrato encontrar-se-á sujeito à legislação que visa dar cumprimento ao Acordo entre a República Portuguesa e os Estados Unidos da América, destinado a reforçar o cumprimento fiscal internacional e a aplicar as disposições da legislação americana designada por FATCA, assim como poderá estar sujeito ao disposto no Decreto-Lei n.º 61/2013, de 10 de maio, na redação do Decreto-Lei n.º 64/2016, de 11 de outubro, no que respeita à troca automática de informações obrigatória no domínio da fiscalidade, nos termos da norma mundial desenvolvida pela OCDE, designada como 'Common Reporting Standard' (CRS).

O FATCA é um pacote legislativo dos Estados Unidos da América que visa combater a evasão fiscal no âmbito de investimentos realizados no estrangeiro por "Pessoa dos EUA".

A Norma Comum de Comunicação (CRS - OCDE) é um mecanismo de troca automática e recíproca de informações financeiras entre Portugal, outros Estados da UE e outras jurisdições da OCDE participantes, relativamente aos residentes fiscais nesses Estados ou jurisdições.

Neste contexto, a Fidelidade encontra-se obrigada a identificar o titular do contrato, se for "Pessoa dos EUA" ou residente fiscal noutro Estado da UE ou em outra jurisdição da OCDE participante e a transmitir, anualmente, determinadas informações à Autoridade Tributária e Aduaneira de Portugal (AT).

A referida identificação é efetuada através do preenchimento da proposta de seguro aquando da subscrição do contrato, ficando o titular do contrato obrigado a comunicar ao Segurador quaisquer alterações relativas à identificação dos intervenientes no contrato, nomeadamente a aquisição do estatuto de contribuinte dos Estados Unidos da América ou de outro Estado da União Europeia ou de outra jurisdição da OCDE participante.

15. AUTORIDADE DE SUPERVISÃO

Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões (ASF).

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.