

SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL SEGURO FIDELIDADE MULHER INFORMAÇÕES PRÉ-CONTRATUAIS NOTA INFORMATIVA

1. SEGURADOR

Fidelidade-Companhia de Seguros, S.A.

2. ÂMBITO DO SEGURO

2.1. O QUE É

Seguro de vida individual temporário anual renovável, comercializado com coberturas e capitais previamente definidos.

O contrato garante as seguintes coberturas:

- Morte
- Doenças Graves - Tumores Invasivos
- Carcinoma *In-Situ* - Tumores Não Invasivos
- Confirmação de Diagnóstico.

Destina-se a mulheres sensíveis ao risco de doença grave de caráter ginecológico, que se preocupam em salvaguardar o seu equilíbrio financeiro, ou do seu agregado familiar, face à ocorrência de situações imprevistas graves, e que valorizam uma orientação médica de elevada qualidade.

Definições:

Cancro Invasivo Feminino

Tumor maligno que, tendo a sua origem no colo do útero, no útero, nos ovários, nas trompas de falópio, na vagina, vulva ou mama, se caracteriza pelo crescimento descontrolado e 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 especialista. Para efeitos deste seguro o Cancro Invasivo Feminino abrange também o coriocarcinoma da placenta.

Carcinoma *In-Situ*

Tumor não invasivo que tem origem no colo do útero, no útero, nas trompas de Falópio, na vagina, vulva ou mama. Este cancro tem de envolver toda a espessura do canal ou do epitélio, mas não atravessar a membrana celular e não invadir o tecido circundante. Devem ser descritas histologicamente como TisNOMO ou Estágio 0. O diagnóstico deve ser confirmado com um relatório válido da histologia da peça operatória. Citologias cervicais (Papanicolau) não serão aceites como prova de Carcinoma *in Situ*.

2.2. QUEM PODE SUBSCREVER

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

Subscrição		Idade Máxima no termo (1)
Idade Mínima	Idade Máxima	
18 anos	50 anos	60 anos

(1) As coberturas terminam no termo da anuidade em que as Pessoas Seguras perfazem a idade máxima.

Este seguro não pode ser subscrito por tomadores, pessoas singulares, com residência habitual no estrangeiro.

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. O QUE GARANTE

O pagamento do capital seguro em caso de morte, bem como a antecipação do pagamento até 50% deste capital, em caso de diagnóstico de certos tipos de cancro ou a antecipação de 12,5% deste capital, em caso de diagnóstico de carcinoma *in-situ* dos órgãos femininos. O contrato garante ainda, em caso de diagnóstico de certas doenças graves, o acesso a uma Confirmação de Diagnóstico, prestada por um serviço médico especializado.

2.4. ÂMBITO DAS COBERTURAS

2.4.1. COBERTURAS

2.4.1.1. MORTE

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.

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.

2.4.1.2. DOENÇAS GRAVES - TUMORES INVASIVOS - Doenças oncológicas do foro ginecológico (Cancro da mama, útero, ovários e trompas)

O QUE ESTÁ SEGURO:

Em caso de cancro (invasivo) da mama, do útero, ovários ou trompas de falópio, diagnosticado à Pessoa Segura após os primeiros 3 meses de vigência da cobertura, o pagamento antecipado até 50% do capital seguro para a cobertura de Morte. Neste caso, o seguro mantém-se em vigor sem as coberturas de Doenças Graves e de Carcinoma *In-Situ*, com o capital seguro da cobertura de Morte reduzido do montante pago antecipadamente.

O QUE NÃO ESTÁ SEGURO:

- Cancro (invasivo) da mama, do útero, ovários ou trompas de falópio diagnosticado durante os 3 primeiros meses de vigência da cobertura. Neste caso, serão devolvidos os prémios pagos respeitantes a esta garantia, bem como os prémios pagos respeitantes à cobertura de Carcinoma *In-Situ*, as quais se extinguem mantendo-se, contudo, o seguro em vigor para as restantes coberturas;
- Todos os tumores ou lesões considerados benignos, pré-malignos e/ou neoplasias não invasivas localizadas ou qualquer grau de displasia;
- Carcinoma *in situ*;

- d) Lesões intra-epiteliais e do colo (CIN);
- e) Mola Hidatidiforme;
- f) Qualquer forma de cancro em presença de uma infeção por HIV.

2.4.1.3. CARCINOMA "IN-SITU" - TUMORES NÃO INVASIVOS

O que está seguro:

Em caso de carcinoma *in-situ* (não invasivo) da mama, do útero, ovários ou trompas de falópio, diagnosticado à Pessoa Segura após os primeiros 3 meses de vigência da cobertura, o pagamento antecipado de 12,5% do capital seguro para a cobertura de Morte. Nesse caso, o seguro mantém-se em vigor, sem a cobertura de Carcinoma *In-Situ*, ficando o capital seguro da cobertura de Morte reduzido em 12,5% e o capital seguro da cobertura de Doenças Graves reduzido em 25%.

O que não está seguro:

- a) Carcinoma *in-situ* (não invasivo) da mama, do útero, ovários ou trompas de falópio diagnosticado durante os 3 primeiros meses de vigência da cobertura. Caso a presente cobertura seja subscrita na data de início do contrato, serão devolvidos os prémios pagos respeitantes a esta garantia, bem como os prémios pagos respeitantes à cobertura de Doenças Graves, a qual se extingue mantendo-se, contudo, o seguro em vigor para as restantes coberturas;
Quando a presente cobertura seja subscrita após a data de início do contrato, então se ela for acionada durante os 3 primeiros meses de vigência da cobertura, apenas haverá lugar à anulação da cobertura de Carcinoma *In-Situ* - Tumores Não Invasivos, mantendo-se o contrato em vigor com as restantes coberturas;
- b) Todos os tumores ou lesões considerados benignos, pré-malignos e/ou neoplasias não invasivas localizadas ou qualquer grau de displasia;
- c) Lesões intra-epiteliais e do colo (CIN);
Qualquer forma de carcinoma *in-situ* em presença de uma infeção por HIV.

2.4.1.4. CONFIRMAÇÃO DE DIAGNÓSTICO

O QUE ESTÁ SEGURO:

Caso seja diagnosticada na vigência do contrato alguma das doenças abaixo enumeradas, o Segurador garante o acesso a um serviço médico especializado, prestado pela organização Advance Medical, para obtenção de confirmação de diagnóstico.

Esta confirmação será emitida a partir dos elementos clínicos e de diagnóstico fornecidos pela Pessoa Segura ao serviço médico.

Contudo, caso a Pessoa Segura não pretenda recorrer, para estes fins, ao referido serviço médico, o Segurador pagará, em alternativa, a quantia prevista nas Condições Particulares.

Esta garantia abrange exclusivamente as seguintes doenças:

- CANCRO OU NEOPLASIA

- 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.

- ENFARTE DO MIOCARDIO

Que origine incapacidade funcional irreversível.

- DOENÇA CORONÁRIA QUE EXIJA CIRURGIA em duas ou mais artérias coronárias a fim de corrigir estreitamento ou bloqueio exclusivamente através de enxertos de by-pass realizados quando existam sintomas de angina incapacitante.

- INSUFICIÊNCIA RENAL CRÓNICA E IRREVERSÍVEL

Que determine diálise permanente ou transplante de rins.

- TRANSPLANTE DE ORGÃOS VITAIS

Cirurgia de transplante de coração, coração e pulmão, fígado, pâncreas e medula óssea.

O QUE NÃO ESTÁ SEGURO:

- a) A leucemia linfática crónica, as neoplasias não invasivas localizadas ou 'cancros in situ', qualquer neoplasia da pele que não seja melanoma maligno;
- b) Cicatriz de enfarte evidenciada através do eletrocardiograma;
- c) Cirurgia de desobstrução coronária por cateterismo;
- d) Acidentes isquémicos transitórios (A.I.T.) e outros de maior duração mas com recuperação completa sem sequelas num prazo máximo de quinze (15) dias.

A cobertura só pode ser acionada por uma vez em cada anuidade de vigência do contrato.

2.4.2. 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 da linha de apoio ao cliente (808 29 39 49) ou em <http://www.fidelidade.pt> em secção relativa a Informações Legais / Produtos - 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/Aderente ou Tomador do Seguro 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. 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 Tomador do Seguro, Tomador do Seguro ou beneficiários, bem como por aqueles pelos quais sejam civilmente responsáveis;
- b) Ações ou omissões praticadas pela Tomador do Seguro 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 0,5 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 Tomador do Seguro 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; taumomaquia;
 - h5) Prática desportiva em competições, estágios e respetivos treinos.

Estão igualmente excluídos das coberturas de Doenças Graves, Carcinoma In-Situ e Confirmação de Diagnóstico, salvo convenção em contrário constante das Condições Particulares, os sinistros devidos a:

- Doenças ou incapacidades pré-existentes à data da aceitação do contrato de seguro;
- Todas as doenças secundárias ou tumores associados ao síndrome de imunodeficiência humana adquirida, ou com ele correlacionadas;
- Tentativa de suicídio.

3. PRÉMIO

3.1. CÁLCULO

O cálculo do valor do prémio é anual.

O prémio das coberturas de Morte, Doenças Graves e Carcinoma *In-Situ* é calculado sobre os respetivos montantes do capital seguro, tendo em conta a idade atuarial da Pessoa Segura, as condições de aceitação do risco e as coberturas em vigor.

O valor do prémio da cobertura de Confirmação de Diagnóstico será de 4,5€.

Ao valor do prémio total acrescerá a taxa de INEM em vigor.

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 da Companhia, Agentes ou Mediadores com poder de cobrança, Cobrança Postal ou Multibanco. O pagamento por Débito em Conta 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 da Companhia.

3.2. ALTERAÇÃO DO PRÉMIO

Os prémios relativos às coberturas de Morte, Doenças Graves e Carcinoma *In-Situ* serão alterados durante a vigência do contrato quando se verifique alteração dos riscos cobertos, capitais seguros, tarifas ou idades atuariais.

Não haverá agravamento do prémio da cobertura de Doenças Graves nem da cobertura de Carcinoma *In-Situ* quando ocorra de agravamento do estado de saúde.

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 pagar 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.

4. CAPITAL SEGURO

Estão disponíveis quatro opções de capital seguro para cada uma das coberturas:

COBERTURAS		CAPITAL SEGURO			
MORTE		25.000€	50.000€	75.000€	100.000€
DOENÇAS GRAVES - TUMORES INVASIVOS(*)		12.500€	25.000€	37.500€	50.000€
CARCINOMA IN-SITU - TUMORES NÃO INVASIVOS (*)		3.125€	6.250€	9.375€	12.500€
CONFIRMAÇÃO DE DIAGNÓSTICO	ADVANCE MEDICAL	ILIMITADO	ILIMITADO	ILIMITADO	ILIMITADO
	FORA DA REDE ADVANCE MEDICAL	250€	250€	250€	250€

(*) O VALOR TOTAL DOS CAPITAIS SEGUROS POR DOENÇAS GRAVES E CARCINOMA IN-SITU NÃO PODERÁ ULTRAPASSAR OS 50% DO CAPITAL SEGURO POR MORTE.

5. BENEFICIÁRIO

Em caso de morte, os beneficiários serão os designados pelo Tomador do Seguro. Em caso de Doença Grave, Carcinoma *In-Situ* ou Confirmação de Diagnóstico, o beneficiário é a 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;
- Domicílio ou sede;
- Número de identificação civil e fiscal.

FALTA OU INCORREÇÃO NA INDICAÇÃO DE BENEFICIÁRIO

Na falta de designação de outro beneficiário do contrato em caso de morte, o Segurador pagará o capital seguro, aos herdeiros da Pessoa Segura.

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

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.

7. DURAÇÃO, RENOVAÇÃO E DENÚNCIA DO CONTRATO

O contrato produz os seus efeitos a partir do dia e hora acordados.

O contrato é celebrado por um ano, renovando-se automaticamente por iguais períodos de tempo até ao termo da anuidade em que a Pessoa Segura perfaça 60 anos, 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. As garantias contratuais entram em vigor no dia e hora indicado nas Condições Particulares, que corresponderá à data de aceitação por parte do Segurador, se esta for posterior, e prorrogam-se sucessivamente por períodos de um ano nas datas de renovação do contrato, salvo se este for denunciado por qualquer das partes ou se não for pago o prémio.

O contrato cessa no termo da anuidade em que o cliente atinja os 60 anos.

8. OBRIGAÇÕES DAS PARTES EM CASO DE SINISTRO

8.1. OBRIGAÇÕES DO SEGURADOR

Pagar as indemnizações até ao 30º 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 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 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;
 - c3) Em caso de Carcinoma *In-Situ*:
 - Promover o envio a médico designado pelo Segurador de relatório do médico da especialidade adequada, contendo cópia do relatório da histologia da peça operatória, 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.
 - c4) Em caso de confirmação de diagnóstico:
 - 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.
- 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 Tomador do Seguro.

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 inexactidões 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. PROCEDIMENTOS PARA ACIONAR A GARANTIA DE CONFIRMAÇÃO DE DIAGNÓSTICO

A solicitação deste serviço deverá ser efetuada pela Pessoa Segura diretamente à Fidelidade Assistance através do telefone **21 440 50 34**, indicando para o efeito: nome, número de apólice e contacto.

Posteriormente a Tomador do Seguro será contactada pela Advance Medical que assume a responsabilidade pela recolha de todos os elementos clínicos e de diagnóstico facultados, com vista à elaboração do processo clínico. Desta interação resultará um parecer, que poderá, ou não, confirmar o diagnóstico, aconselhando ou apresentando tratamentos alternativos por médicos especialistas de renome mundial.

O prazo médico para a resposta deste serviço é de 15 dias após reunida toda a informação clínica necessária à avaliação do processo.

11. PARTICIPAÇÃO NOS RESULTADOS

Este contrato não confere Participação nos Resultados.

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 da 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. 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.

14. LEI APLICÁVEL

O Segurador propõe a aplicação da lei portuguesa ao 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.

15. 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.

16. AUTORIDADE DE SUPERVISÃO

Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões.