

# FIDELIDADE

SEGUROS DESDE 1808



**FIDELIDADE**  
PROTEÇÃO PESSOAL E FAMILIAR

## FIDELIDADE VIDA FAMÍLIA

CONDIÇÕES GERAIS  
G330700

**ÍNDICE****CLÁUSULA PRELIMINAR**

- .03** Cláusula 1<sup>a</sup> Definições
- .04** Cláusula 2<sup>a</sup> Âmbito do Seguro
- .09** Cláusula 3<sup>a</sup> Período de Carência
- .09** Cláusula 4<sup>a</sup> Período de Sobrevivência
- .09** Cláusula 5<sup>a</sup> Produção de Efeitos e Duração do Contrato
- .09** Cláusula 6<sup>a</sup> Prémio do Seguro
- .10** Cláusula 7<sup>a</sup> Inexatidão da Declaração Inicial do Risco
- .10** Cláusula 8<sup>a</sup> Incontestabilidade
- .11** Cláusula 9<sup>a</sup> Agravamento do Risco
- .11** Cláusula 10<sup>a</sup> Obrigações das Partes
- .12** Cláusula 11<sup>a</sup> Valor Seguro
- .13** Cláusula 12<sup>a</sup> Procedimentos opara Acionamento das Garantias
- .13** Cláusula 13<sup>a</sup> Modificação do Contrato
- .13** Cláusula 14<sup>a</sup> Cessaçãõ do Contrato
- .14** Cláusula 15<sup>a</sup> Beneficiários
- .14** Cláusula 16<sup>a</sup> Participaçãõ nos Resultados
- .14** Cláusula 17<sup>a</sup> Fundo Autónomo de Investimento
- .14** Cláusula 18<sup>a</sup> Comunicações e Notificações Entre as Partes
- .14** Cláusula 19<sup>a</sup> Reclamações
- .14** Cláusula 20<sup>a</sup> Lei Aplicável
- .14** Cláusula 21<sup>a</sup> Regime Fiscal
- .14** Cláusula 22<sup>a</sup> Foro Competente

## CLÁUSULA PRELIMINAR

### Apólice de Seguro

Entre a Fidelidade - Companhia de Seguros, S.A., adiante designada por Segurador, e o Tomador do Seguro identificado nas Condições Particulares, estabelece-se o presente contrato de seguro que se regula pelas Condições Gerais e pelas Condições Particulares acordadas, de harmonia com as declarações constantes da proposta que lhe serviu de base e que dela faz parte integrante, bem como pelas atas adicionais.

## CLÁUSULA 1ª . DEFINIÇÕES

Neste seguro, entende-se por:

### SEGURADOR

Entidade legalmente autorizada a exercer a atividade Seguradora e que subscreve o presente contrato com o Tomador do Seguro.

### TOMADOR DO SEGURO

A pessoa que contrata com o Segurador, sendo responsável pelo pagamento dos prémios.

### PESSOA SEGURA

Pessoa cuja vida, saúde ou integridade física se segura.

### NÚCLEO SEGURO

É constituído pelos filhos dependentes da(s) Pessoa(s) Segura(s), e que se encontrem devidamente identificados nas Condições Particulares ou Atas Adicionais.

### FAMÍLIA

Unidade familiar constituída exclusivamente por um ou dois progenitores e pelos seus filhos dependentes.

### PROGENITOR

Adulto que tem, pelo menos, um descendente. É também considerado como Progenitor, para efeitos da presente apólice, o tutor quando o menor esteja sujeito a tutela.

### FILHOS DEPENDENTES

Filhos biológicos ou por adoção do progenitor e enteados, que vivam em economia comum com, pelo menos, um dos progenitores.

### BENEFICIÁRIO

Pessoa ou Entidade a favor de quem reverte a prestação do Segurador decorrente do contrato de seguro.

### IDADE ATUARIAL

Numa determinada data, é a idade da Pessoa Segura, considerada em anos inteiros, no aniversário natalício mais próximo dessa data.

### PARTICIPAÇÃO NOS RESULTADOS

Direito contratualmente definido do Tomador do

Seguro ou da Pessoa Segura de beneficiar de parte dos resultados técnicos gerados pelo contrato de seguro.

### ATA ADICIONAL

Documento que titula qualquer alteração ao contrato de seguro.

### PERÍODO DE CARÊNCIA

Período de tempo que medeia entre a data de adesão da Pessoa Segura ou a data de início da cobertura, se posterior, e a data em que podem ser acionadas as coberturas do seguro.

### PERÍODO DE SOBREVIVÊNCIA

É o período que decorre entre a data de diagnóstico da doença grave e o momento em que o sinistro é devido, definindo o número de dias em que a pessoa segura deverá sobreviver após o diagnóstico da doença grave coberta pela apólice.

### ACIDENTE

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

### INVALIDEZ DEFINITIVA PARA A PROFISSÃO OU ATIVIDADE COMPATÍVEL - 60% TNI

A limitação funcional permanente e sem possibilidade clínica de melhoria em que, cumulativamente, estejam preenchidos os seguintes requisitos:

- A Pessoa Segura fique completa e irreversivelmente incapacitada de exercer a sua profissão ou qualquer outra atividade remunerada compatível com os seus conhecimentos e aptidões;
- Corresponda a um grau de desvalorização igual ou superior a 60%, de acordo com a Tabela Nacional de Incapacidades por Acidentes de Trabalho e 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:
- Instituição de Segurança Social pela qual a Pessoa Segura se encontra abrangida;
  - Tribunal do Trabalho;
  - 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;
  - 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.
- d) Tratando-se de uma Invalidez para a Profissão ou Atividade Compatível:
- Caso a Pessoa Segura deixe de desempenhar uma atividade remunerada antes da idade limite da cobertura, designadamente, em caso de passagem à situação de Reforma sem desempenho posterior de atividade remunerada, na regularização de eventuais sinistros, será considerada a última profissão anterior à situação de Reforma;
  - Quando uma Pessoa Segura se encontre desempregada, na regularização de eventuais sinistros, será considerada a última profissão anterior à situação de desemprego;
  - Quando uma Pessoa Segura se encontre a desempenhar uma atividade não remunerada, designadamente, domésticas e estudantes, é reconhecido valor económico às atividades, pelo que a regularização de sinistros terá em conta a capacidade de desempenhar profissão equivalente.

## CLÁUSULA 2ª . ÂMBITO DO SEGURO

### 1. O seguro garante, para cada Pessoa Segura

Progenitor, nos termos contratualmente previstos, as coberturas indicadas nas respetivas Condições Particulares.

- O seguro, para cada Pessoa Segura Progenitor, abrange a cobertura principal - Morte e ainda as coberturas complementares obrigatórias seguintes:
  - Morte por Acidente;
  - Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível - 60% TNI;
  - Doenças Graves da(s) Pessoa(s) Segura(s).
- O(s) membro(s) do Núcleo Seguro, estão apenas garantidos pela cobertura de Doenças Graves específica para Filhos Dependentes.
- Os riscos estão cobertos em qualquer parte do Mundo, salvo convenção em contrário constante das Condições Particulares.
- As coberturas que são contratadas, exceto em caso de eventual exclusão, são as seguintes:  
**MORTE (COBERTURA PRINCIPAL)**

#### O QUE ESTÁ SEGURO

Pagamento do capital seguro previsto nas Condições Particulares em caso de morte da Pessoa Segura ocorrida durante a vigência da adesão.

Equipara-se à morte o estado de coma profundo e irreversível que se prolongue ininterruptamente por 360 dias, desde que não 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 a referida circunstância, salvo convenção em contrário constante das Condições Particulares.

#### **MORTE POR ACIDENTE (COBERTURA COMPLEMENTAR)**

#### O QUE ESTÁ SEGURO

Pagamento de um capital adicional previsto nas Condições Particulares em caso de morte da Pessoa Segura ocorrida durante a vigência da adesão, por acidente.

#### O QUE NÃO ESTÁ SEGURO

Morte ocorrida após o termo da anuidade

em que a Pessoa Segura atinja a idade limite definida nas Condições Particulares.

**INVALIDEZ DEFINITIVA PARA A PROFISSÃO OU ATIVIDADE COMPATÍVEL - 60% TNI (COBERTURA COMPLEMENTAR)**

**O QUE ESTÁ SEGURO**

Pagamento do Capital Seguro previsto nas Condições Particulares em caso de Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível da Pessoa Segura ocorrida durante a vigência da adesão.

**O QUE NÃO ESTÁ SEGURO**

a) **Patologias do foro psíquico, salvo se verificadas ininterruptamente por um período mínimo de 2 anos;**

b) **Invalidez verificada após o termo da anuidade em que a Pessoa Segura atinja a idade limite definida nas Condições Particulares.**

**DOENÇAS GRAVES (COBERTURA COMPLEMENTAR)**

**O QUE ESTÁ SEGURO**

**A) Após os primeiros noventa (90) dias de vigência do contrato, o pagamento adicional de 25% do capital seguro da cobertura de Morte, caso a Pessoa Segura ou membro do Núcleo Seguro venha a contrair, durante a vigência do contrato, qualquer uma das seguintes doenças graves:**

**Doenças Graves da(s) Pessoa(s) Segura(s) - Progenitor(es):**

**1. CANCRO (gravidade específica)**

Define-se cancro como um tumor maligno caracterizado pelo crescimento incontrolado de células malignas com invasão do tecido. O termo cancro inclui, mas não está limitado a, leucemia, linfoma, sarcoma, a menos que esteja excluído (ver ponto 1 de "O que não está seguro"). O diagnóstico deve ser feito por um especialista e confirmado com um relatório patológico.

**2. ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (gravidade específica)**

Um acidente cerebrovascular define-se como a morte irreversível do tecido cerebral causado pelo abastecimento de sangue desadequado ou hemorragia na substância do cérebro ou hemorragia no espaço subaracnoídeo. O diagnóstico de um acidente cerebrovascular agudo novo deve ser realizado por um neurólogo e deve estar apoiado pelos achados em estudos de imagem do cérebro. O acidente cerebrovascular deve provocar

deficit(s) neurológico(s) permanente(s) que seja(m) evidente(s) no exame físico e que persistam durante um período continuado de, pelo menos, 30 dias depois da ocorrência do acidente cerebrovascular.

**3. ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO (gravidade específica)**

O enfarte agudo do miocárdio define-se como a morte de uma parte do músculo cardíaco como resultado de um abastecimento desadequado de sangue. O diagnóstico definitivo de enfarte agudo de miocárdio deve ser realizado por um cardiologista. Os três (3) seguintes critérios cumulativos deverão estar presentes e deverão ser consistentes com o diagnóstico de um novo enfarte agudo de miocárdio:

- Sintomas clínicos;
- Alterações electrocardiográficas características e;
- Aumento característico, acima dos valores considerados normais, dos marcadores bioquímicos cardíacos específicos.

**4. CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO CORONÁRIA (gravidade específica)**

Define-se como a intervenção cirúrgica cardíaca de tórax aberto para corrigir o estreitamento ou bloqueio de uma ou mais artérias coronárias com inserção de enxerto(s) de by-pass. Esta definição também inclui as cirurgias de revascularização coronária minimamente invasivas (keyhole), com ou sem esternotomia, sempre que o enxerto tenha sido inserido. A cirurgia deve considerar-se como o tratamento mais apropriado pelo médico especialista.

**5. INSUFICIÊNCIA RENAL (gravidade específica)**

Define-se por uma falha total e irreversível da função de ambos os rins e ou diagnóstico definitivo deve ser realizado por um nefrologista. A insuficiência renal deve ser tratada com um transplante de rim ou a diálise renal permanente deve ser considerada clinicamente necessária pelo médico especialista.

**6. TRANSPLANTE DE ÓRGÃO VITAL (gravidade específica)**

Define-se por um transplante, como recetor, de coração, pulmões, fígado, pâncreas, rim ou intestino delgado de humanos. O transplante de medula óssea também está coberto se a

pessoa segura foi submetida a um tratamento de pré-condicionamento com quimioterapia e/ou radioterapia mielo-ablativa.

### **Doenças Graves do(s) membro(s) do Núcleo Seguro - Filho(s) Dependente(s):**

#### **1. CANCRO (gravidade específica)**

É aplicável a definição descrita na cobertura de cancro relativa aos progenitores.

#### **2. PARALISIA (gravidade específica)**

Define-se pela perda total e irreversível do uso de dois ou mais membros devido a uma lesão ou doença do fornecimento de nervo ao músculo e o seu diagnóstico definitivo deve ser realizado por um neurólogo. Esta definição inclui, mas não está limitada a quadriplegia, hemiplegia e paraplegia. A paralisia completa do(s) braço(s) e/ou perna(s) deve ser evidente no exame físico e apoiada por testes neurológicos adequados. Um médico especialista deve ser de opinião que a paralisia é permanente e irreversível, devendo persistir por mais de 90 dias.

#### **3. QUEIMADURAS DE TERCEIRO GRAU (gravidade específica)**

Define-se como uma queimadura através da espessura total da pele causando cicatrizes. A queimadura de terceiro grau deve cobrir pelo menos 20% da área de superfície do corpo ou envolver metade da face. Um médico especialista deve confirmar o diagnóstico e a área total envolvida usando gráficos de área de superfície corporal padronizados, clinicamente aceites.

#### **4. PERDA DE EXTREMIDADES (gravidade específica)**

Define-se como a separação completa e permanente de dois membros dentro ou acima do pulso ou tornozelo.

#### **5. COMA (gravidade específica)**

Um médico especialista deve fazer o diagnóstico definitivo de coma onde não há reação a estímulos externos ou necessidades internas. O coma deve persistir pelo menos por 96 horas e requer intubação e ventilação mecânica para sustentar a vida. O coma deve provocar uma perda neurológica objetiva permanente que seja evidente no exame físico e que tenha persistido durante um período contínuo de pelo menos 30 dias após o início do coma.

#### **6. TUMOR CEREBRAL BENIGNO (gravidade específica)**

Define-se por um tumor cerebral benigno aquele que se origina no cérebro, nas meninges intracranianas ou nos nervos cranianos, e o diagnóstico definitivo deve ser realizado por um médico especialista. Os tumores cerebrais benignos incluem, mas não estão limitados a, neuroma acústico e meningioma. O tumor cerebral benigno deve causar uma das seguintes situações:

1. Perda neurológica permanente objetiva que é evidente no exame físico;
2. Submissão a terapia de cirurgia ou radiação para tratar o tumor cerebral benigno.

#### **7. MENINGITE INFECCIOSA (gravidade específica)**

Um médico especialista deve fazer o diagnóstico definitivo de meningite bacteriana que deve ser provado na análise do líquido cefalorraquidiano. A meningite bacteriana deve causar uma perda neurológica permanente objetiva que é evidente no exame físico e que está presente por mais de 3 meses.

#### **8. DISTROFIA MUSCULAR (gravidade específica)**

Um neurologista deve fazer o diagnóstico definitivo de distrofia muscular hereditária confirmada com investigações neurológicas objetivas clinicamente aceites no momento do sinistro. Deve existir evidência de que a doença é progressiva e uma perda neurológica permanente objetiva que seja evidente no exame físico e consistente com o diagnóstico de distrofia muscular.

#### **9. TRANSPLANTE DE ÓRGÃO VITAL (gravidade específica)**

É aplicável a definição descrita na cobertura de Transplante de Órgão Vital relativa aos progenitores.

**B) A cobertura de Doenças Graves elegível por Pessoa Segura/membro do Núcleo Seguro, cessa ao primeiro diagnóstico de cada Pessoa Segura/membro do Núcleo Seguro, não sendo por isso possível acionar mais de que uma Doença Grave por Pessoa Segura/membro do Núcleo Seguro durante o contrato.**

**C) Num contrato em vigor para duas Pessoas Seguras Progenitores, quando o Progenitor**

mais velho atinge os 67 anos, o contrato garante, a partir desse momento, apenas a outra Pessoa Segura e o Núcleo Seguro Filhos eventualmente existente.

- D) Num contrato em vigor para duas Pessoas Seguras Progenitores, caso seja acionada a cobertura de Doenças Graves dos Progenitores para uma das mesmas, o contrato continua em vigor, sendo esta cobertura excluída para a Pessoa Segura que a acionou.

### O QUE NÃO ESTÁ SEGURO

#### Doenças Graves da(s) Pessoa(s) Segura(s) - Progenitor(es):

##### 1. CANCRO (gravidade específica)

Nesta cobertura, seja referente a progenitores ou filhos dependentes, estão excluídas as seguintes situações:

- Todos os tumores que são histologicamente descritos como benignos, pré-malignos, *borderline*, de baixo potencial de malignidade, todos os grados de displasia, todos os grados de lesões escamosas intraepiteliais (HSIL e LSIL), e todos os grados de neoplasia intraepitelial;
- Qualquer tumor classificado como carcinoma in-situ (Tis) ou Ta pela última edição do Manual de Estadiamento do Cancro da AJCC\*;
- Todos os cancros de pele não melanomas, linfoma cutâneo e dermatofibrosarcoma que não se tenham expandido aos gânglios linfáticos ou a zonas distantes;
- Cancros em estágio 1 pela última edição do Manual de Estadiamento do Cancro da AJCC\* de melanoma cutâneo, tumores endócrinos (carcinoides), tumores de estroma gastrointestinal, e cancro de tireoide T1N0M0 que seja menor de 2 cm;
- O cancro de próstata com exceção dos que sejam classificados histologicamente num grau maior ou igual a 7 segundo a escala de Gleason ou tenha progredido até pelo menos o estágio T2N0M0 segundo a última edição do Manual de Estadiamento do Cancro da AJCC;
- Todas as malignidades da medula óssea (incluindo mas não limitado a, leucemia, neoplasias mieloproliferativas, trombocitemia essencial, mielofibrose

primária, policitemia vera e síndrome mielodisplásico), a menos que a medula óssea do segurado requeira de tratamento com transfusões de sangue recorrentes, flebotomias terapêuticas, quimioterapia, terapias específicas contra o cancro, transplante da medula óssea ou transplante de células madre hematopoiéticas.

\*AJCC é o Manual de Estadiamento do Cancro do *American Joint Committee on Cancer*.

##### 2. ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (gravidade específica)

Nesta cobertura, estão excluídas as seguintes situações:

- Ataque isquémico transitório (AIT);
- Dano cerebral devido a um acidente ou lesão;
- Transtornos dos vasos sanguíneos que afetem o olho, incluindo enfarte do nervo ótico ou da retina;
- Eventos vasculares que afetem a medula espinhal; ou
- Acidente cerebrovascular silencioso assintomático encontrado em provas de imagem.

##### 3. ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO (gravidade específica)

Nesta cobertura, estão excluídas as seguintes situações:

- Angina de peito, miocardites, insuficiência cardíaca, e todas as outras formas de síndromas coronários agudos;
- Cardiomiopatia por stress (Takotsubo);
- Lesão miocárdica aguda devido a arritmias, traumatismo, embolia pulmonar ou septicemia.

##### 4. CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO CORONÁRIA (gravidade específica)

Nesta cobertura, estão excluídas as seguintes situações:

- Os procedimentos para as artérias coronárias fechadas, incluindo mas não limitado a angioplastia coronária, inserção de stent e qualquer outro procedimento baseado em cateter intravascular.

##### 5. INSUFICIÊNCIA RENAL (gravidade específica)

Nesta cobertura, está excluída a seguinte situação:

- A insuficiência renal aguda reversível que apenas exija diálise renal temporária.

**6. TRANSPLANTE DE ÓRGÃO VITAL (gravidade específica)**

Nesta cobertura, não estão cobertas as seguintes situações:

- Os transplantes de células-mães;
- Os transplantes de ilhotas pancreáticas; ou
- Transplante de qualquer outro órgão ou tecido.

**Doenças Graves do(s) membro(s) do Núcleo Seguro - Filho(s) Dependente(s):****1. CANCRO (gravidade específica)**

As exclusões são as definidas na cobertura de cancro relativa à(s) Pessoa(s) Segura(s) Progenitor(es).

**2. PARALISIA (gravidade específica)**

Nesta cobertura, está excluído o seguinte caso:

- Paralisia devido a transtornos psicológicos.

**3. COMA (gravidade específica)**

Nesta cobertura, estão excluídos os seguintes casos:

- Coma clinicamente induzido; e
- Coma ocasionado pelo abuso de álcool ou drogas.

**4. TUMOR CEREBRAL BENIGNO (gravidade específica)**

Nesta cobertura, estão excluídos os seguintes casos:

Cistos, abscessos, hematomas, granulomas, angiomas, tumores ou malformações nas artérias ou veias do cérebro, tumores da glândula pituitária, tumores do crânio, tumores da medula espinhal e tumores do nervo paraspinal.

**5. MENINGITE INFECCIOSA (gravidade específica)**

Nesta cobertura, estão excluídos os seguintes casos:

- Abscesso cerebral;
- Meningite vírica.

**6. DISTROFIA MUSCULAR (gravidade específica)**

Nesta cobertura, está excluído o seguinte caso:

- Músculos distróficos devido a qualquer outra causa.

**7. TRANSPLANTE DE ÓRGÃO VITAL (gravidade específica)**

Nesta cobertura, não estão cobertas as seguintes situações:

- Os transplantes de células-mães;
- Os transplantes de ilhotas pancreáticas; ou
- Transplante de qualquer outro órgão ou tecido.

**6. Exclusões aplicáveis a todas as coberturas:****6.1. Estão sempre excluídas do âmbito de todas as coberturas do seguro as seguintes situações:**

a) Nos sinistros causados por Doença e Acidente, ações ou omissões dolosas ou grosseiramente negligentes praticadas por Pessoa Segura, Tomador do Seguro ou Beneficiário, 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 0,5 gramas por litro.

**6.2. 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 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*, *skysurfing*, *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.

6.3. Estão igualmente excluídos de todas as 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.

### CLÁUSULA 3ª. PERÍODO DE CARÊNCIA

1. O período de carência aplicável à cobertura de Doenças Graves é de noventa (90) dias.

Contudo, a cobertura de Doenças Graves não pode ser acionada se, durante esse período de noventa (90) a contar da data de início da vigência do contrato, se verificar qualquer sinal, sintoma ou investigação médica que resulte em diagnóstico das doenças graves cobertas, ainda que posteriormente ao termo do supra referido período.

2. Caso ocorra uma participação de um sinistro ao abrigo da cobertura de Doenças Graves durante o período de carência, não será devida qualquer indemnização e a respetiva Pessoa

Segura ou membro do Núcleo Seguro - Filho(s) Dependente(s) fica excluída(o) desta cobertura.

### CLÁUSULA 4ª. PERÍODO DE SOBREVIVÊNCIA

1. O Período de Sobrevivência da cobertura de Doenças Graves é de vinte e oito (28) dias.

2. Se a morte da pessoa segura ocorrer, por Doença Grave, durante o Período de Sobrevivência, o valor a pagar pelas coberturas de Morte e de Doenças Graves corresponderá, unicamente, ao valor do capital seguro por Morte.

Se a morte da pessoa segura ocorrer, por Doença Grave, após o período de sobrevivência, será pago o capital seguro por Doenças Graves e, igualmente, o capital seguro por Morte.

### CLÁUSULA 5ª. PRODUÇÃO DE EFEITOS E DURAÇÃO DO CONTRATO

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

2. 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(s) prémio(s).

3. As coberturas do contrato cessam no termo da anuidade para as Pessoas Seguras Progenitores que atinjam os 67 anos ou para o Núcleo Seguro (Filhos Dependentes) quando estes atinjam os 25 anos.

### CLÁUSULA 6ª. PRÉMIO DO SEGURO

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

2. Os prémios serão calculados de acordo com as tarifas do Segurador em vigor na data do início de vigência do contrato ou das suas renovações, em função das idades atuariais, do número de Pessoas Seguras, coberturas e capitais contratados. No caso de duas Pessoas Seguras, será considerada a idade atuarial da mais velha. As tarifas utilizadas no cálculo dos prémios poderão ser atualizadas apenas nas datas de renovação do contrato, mediante aviso do Segurador ao Tomador do Seguro, com uma antecedência mínima de 30 dias sobre a data da renovação do contrato.

**3. Alteração do prémio:**

Os prémios serão alterados durante a vigência do contrato quando se verificar alteração dos capitais seguros, tarifas ou idades atuariais.

**4. Data limite de pagamento:**

- a) Os prémios ou frações são devidos nas datas estabelecidas no contrato.
- b) O prémio resultante de eventuais alterações ao contrato é devido na data indicada no aviso para pagamento, ou em documento contratual que o substitua, nos termos da alínea b) do n.º 5 da presente Cláusula.

**5. Aviso para pagamento:**

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

**6. Consequências da falta de pagamento:**

- a) A falta de pagamento do prémio na data de vencimento, confere ao Segurador o direito de resolver o contrato. A resolução será efetuada por escrito ou por outro meio do qual fique registo duradouro para o domicílio do Tomador do Seguro.
- b) 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 de juros de mora legais.
- c) O Tomador do Seguro pode repor em vigor o contrato, nas condições originárias, 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.

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

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

3. Havendo modificação do contrato, o Segurador cobre os sinistros ocorridos anteriormente à modificação cuja verificação ou consequências tenham sido influenciadas por facto relativamente ao qual tenha havido omissões ou inexatidões negligentes, mas apenas na proporção da diferença entre o prémio pago e o prémio que seria devido se, aquando da celebração do contrato, tivesse conhecido o facto omitido ou declarado inexatamente.

4. Havendo cessação do contrato, o Segurador não cobre os sinistros ocorridos antes da cessação, cuja verificação ou consequências tenham sido influenciadas por facto relativamente ao qual tenha havido omissões ou inexatidões negligentes.

5. Caso se verifique que, por dolo do Tomador do Seguro ou da Pessoa Segura, o risco não tenha sido declarado com exatidão, o Segurador pode declarar a anulação do contrato, a qual deve ser transmitida ao Tomador do Seguro dentro de 3 meses a contar do respetivo conhecimento.

Neste caso, o Segurador não responde por sinistro ocorrido antes do conhecimento da inexatidão nem durante o decurso do referido prazo de 3 meses, tendo, contudo, direito ao prémio devido até à declaração de anulação. Contudo, se o dolo tiver tido o propósito de obtenção de uma vantagem, o Segurador tem direito ao prémio devido até ao termo do contrato.

**CLÁUSULA 8ª. INCONTESTABILIDADE**

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

**CLÁUSULA 7ª. INEXATIDÃO DA DECLARAÇÃO INICIAL DO RISCO**

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

**CLÁUSULA 9ª. AGRAVAMENTO DO RISCO**

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

2. Podem agravar o risco assumido pelo Segurador, as seguintes circunstâncias relativas às coberturas complementares de acidente e de invalidez por doença ou acidente:

- A mudança da atividade profissional, ocupacional e desportiva da Pessoa Segura;
- A mudança do país de residência da Pessoa Segura para fora da União Europeia.

3. Caso se verifique um agravamento do risco, o Segurador pode:

- Propor a modificação do contrato no prazo de 30 dias a contar do momento em que dele teve conhecimento.

**Neste caso, o Tomador do Seguro ou a Pessoa Segura dispõe de 30 dias para aceitar ou recusar a modificação proposta, a qual se considera aceite no fim deste prazo;**

- **Fazer cessar o contrato no prazo de 30 dias a contar do conhecimento do agravamento, desde que demonstre que não celebra contratos que cubram riscos com as características resultantes desse agravamento.**

4. Se ocorrer um sinistro antes da alteração ou da cessação do contrato, cuja verificação ou consequência tenha sido influenciada pelo agravamento do risco, o Segurador:

**a) Cobrir o risco** se o agravamento tiver sido corretamente comunicado antes do sinistro ou antes do fim do prazo de 14 dias supra referido, exceto se demonstrar que não celebra contratos que cubram riscos com as características resultantes desse agravamento;

**b) Cobrir parcialmente o risco**, reduzindo-se a indemnização na proporção entre o prémio pago e aquele que seria devido em função das reais circunstâncias do risco, se o agravamento não tiver sido corretamente comunicado antes do sinistro, exceto se demonstrar que não celebra contratos que cubram riscos com as características resultantes desse agravamento;

c) **Recusará a cobertura** se o Tomador do Seguro ou a Pessoa Segura tiverem agido com dolo com o propósito de obter uma vantagem, mantendo, contudo, o direito aos prémios vencidos.

**CLÁUSULA 10ª. OBRIGAÇÕES DAS PARTES****1. Em caso de sinistro:****1.1. OBRIGAÇÕES DO SEGURADOR**

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

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

**1.2. OBRIGAÇÕES DO TOMADOR DO SEGURO, PESSOA SEGURA E BENEFICIÁRIO**

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

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

c) Entregar ao Segurador os documentos comprovativos da identidade civil e fiscal 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, bem como, em caso de Invalidez Absoluta e Definitiva, de documento comprovativo da necessidade da Pessoa Segura ser acompanhada por terceira pessoa por forma a efetuar as atividades diárias normais;
- 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 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;

**d)** A Pessoa Segura está especialmente obrigada a cumprir todas as prescrições médicas,

sujeitar-se a exame por médico designado pelo Segurador e a autorizar os médicos que a assistiram a prestarem a médico designado pelo Segurador todas as informações solicitadas.

O incumprimento das obrigações anteriormente referidas pode determinar a redução das prestações do Segurador ou, em caso de dolo, a perda da cobertura, e o incumprimento da obrigação da Pessoa Segura prevista na alínea d) determina a cessação da responsabilidade do Segurador. A verificação de incorreção na idade da Pessoa Segura declarado 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 na Cláusula 7.<sup>a</sup>.

**2. Em caso de existência de vários seguros cobrindo o mesmo risco**

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

**Em cada momento a Pessoa Segura Progenitor só pode estar segura num contrato seguro deste produto.**

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

**3. Em caso de alteração de morada contratual**

**O Tomador do Seguro, a(s) Pessoa(s) Segura(s) e o(s) Beneficiário(s) devem comunicar a alteração de morada ao Segurador nos 30 dias subsequentes à data em que se verifique.**

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

**CLÁUSULA 11<sup>a</sup>. VALOR SEGURO**

1. Os valores seguros para cada risco coberto constam das Condições Particulares e são atribuídos por Pessoa Segura - Progenitor ou por contrato;

2. O capital seguro para as coberturas de Morte, Morte por Acidente e Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível - 60% TNI é o mesmo e único para o conjunto das Pessoas Seguras - Progenitores, pelo que será pago por uma única vez.

#### **CLÁUSULA 12ª. PROCEDIMENTOS PARA ACIONAMENTO DAS GARANTIAS**

**Para acionar as garantias deste contrato deverá:**

- 1) Cumprir as obrigações definidas no ponto 1. do Cláusula 10.ª;
- 2) Ser utilizado o contacto da Linha de Apoio ao Cliente através do número de telefone disponibilizado pelo Segurador nos documentos contratuais e em [www.fidelidade.pt](http://www.fidelidade.pt). A linha de atendimento funciona 24 horas.

#### **CLÁUSULA 13ª. MODIFICAÇÃO DO CONTRATO**

1. O contrato pode ser modificado, por iniciativa do Segurador, em caso de inexatidão da declaração inicial do risco devida a negligência do Tomador do Seguro ou da(s) Pessoa(s) Segura(s).
2. Na situação referida no n.º 1 desta Cláusula, se o Tomador do Seguro ou a Pessoa Segura não responder ou rejeitar a proposta de alteração apresentada pelo Segurador, o contrato cessa decorridos que sejam 20 dias após a sua receção, sem prejuízo dos direitos do Beneficiário Irrevogável.

#### **CLÁUSULA 14ª. CESSAÇÃO DO CONTRATO**

1. O contrato caduca na data do seu termo previsto nas Condições Particulares.
2. O contrato cessa:
  - a) Por falta de pagamento do prémio de seguro;
  - b) Na data em que se verifique o pagamento do capital seguro, ao abrigo da cobertura de morte ou de invalidez, salvo convenção em contrário nas Condições Particulares;
  - c) A cobertura para a Pessoa Segura, na data do vencimento da anuidade em que esta atinja a idade prevista nas Condições Particulares para a cobertura de morte, mantendo-se o contrato em vigor caso exista outra Pessoa Segura Progenitor com idade inferior à prevista nas Condições Particulares.
3. O contrato cessa por iniciativa do Tomador do Seguro:
  - a) Por denúncia, com uma antecedência mínima

de 30 dias em relação à data de renovação do contrato;

- b) Sem ter que invocar justa causa, nos contratos de duração igual ou superior a 6 meses, celebrados por pessoa singular, até 30 dias após a data da receção da apólice.
  - c) Neste caso a cessação tem efeito retroativo ao início do contrato e o Segurador tem direito ao valor do prémio calculado proporcionalmente ao tempo decorrido na medida em que tenha suportado o risco até à resolução do contrato, bem como ao montante das despesas razoáveis que tenha efetuado com exames médicos;
  - d) Com justa causa, a todo o tempo;
  - e) Quando ocorra uma diminuição do risco que deva ser refletida no prémio e o Segurador o não faça ou quando não concorde com o novo prémio proposto.
4. O contrato cessa por iniciativa do Segurador:
    - a) Por denúncia, com uma antecedência mínima de 30 dias em relação à data de renovação do contrato;
    - b) Com justa causa, a todo o tempo;
    - c) Por inexatidão da declaração inicial do risco devida a negligência do Tomador do Seguro ou da Pessoa Segura, desde que demonstre que não celebra contratos para a cobertura dos riscos relacionados com o facto omitido ou declarado inexatamente.  
Neste caso, o contrato cessa 30 dias após o envio da respetiva comunicação pelo Segurador;
    - d) Por inexatidão da declaração inicial do risco com dolo do Tomador do Seguro ou da Pessoa Segura.  
Neste caso, o Segurador tem direito ao prémio devido até ao final do prazo de 3 meses de que dispõe para fazer cessar o contrato, ou à totalidade do prémio devido até ao termo do contrato se o dolo tiver tido o propósito de obtenção de uma vantagem;
    - e) Por agravamento do risco, desde que demonstre que não celebra contratos que cubram riscos com as características resultantes desse agravamento.
  5. As coberturas complementares que tenham sido contratadas cessam no termo da anuidade em que a Pessoa Segura atinja a idade prevista nas Condições Particulares.

**CLÁUSULA 15ª. BENEFICIÁRIOS**

1. O(s) Beneficiário(s) do contrato em caso de morte da Pessoa Segura são os designados nas Condições Particulares ou, na falta dessa designação, os herdeiros da Pessoa Segura.
2. Os Beneficiários do contrato nas restantes coberturas são os designados nas Condições Particulares ou, na falta dessa designação, a Pessoa Segura.
3. O Tomador do Seguro pode alterar os Beneficiários em qualquer momento da vigência do contrato, sem prejuízo do disposto nos números seguintes.
4. A alteração dos Beneficiários só será válida a partir do momento em que o Segurador tenha recebido a correspondente comunicação por escrito ou por outro meio do qual fique registo duradouro, devendo tal alteração constar de Ata Adicional.
5. Sempre que o Tomador do Seguro e a Pessoa Segura sejam pessoas distintas, é necessário o acordo escrito da Pessoa Segura para a transmissão da posição de Beneficiário, seja a que título for.
6. O direito de alteração dos Beneficiários cessa no momento em que estes adquiram o direito ao pagamento das importâncias seguras.
7. A cláusula beneficiária será considerada irrevogável sempre que exista aceitação do benefício por parte do Beneficiário e renúncia expressa do Tomador do Seguro ao direito de a alterar.
8. A renúncia do Tomador do Seguro ao direito de alterar a cláusula beneficiária, bem como a aceitação do Beneficiário, deverão constar de documento escrito cuja validade depende da efetiva comunicação ao Segurador.
9. Sendo a cláusula beneficiária irrevogável, será necessário o acordo prévio do Beneficiário para o Tomador do Seguro proceder ao exercício de qualquer direito ou faculdade de modificar as condições contratuais ou de resolver o contrato sempre que tal modificação tenha incidência sobre os direitos do Beneficiário.
10. O Tomador do Seguro ou a Pessoa Segura readquire o direito pleno ao exercício das garantias contratuais se o Beneficiário Aceitante comunicar por escrito ao Segurador que deixou de ter interesse no benefício.

**CLÁUSULA 16ª. PARTICIPAÇÃO NOS RESULTADOS**

O presente contrato não confere direito a Participação nos Resultados.

**CLÁUSULA 17ª. FUNDO AUTÓNOMO DE INVESTIMENTO**

Salvo convenção em contrário expressa nas Condições Particulares, os ativos representativos das provisões técnicas não são objeto de investimento em fundo autónomo.

**CLÁUSULA 18ª. COMUNICAÇÕES E NOTIFICAÇÕES ENTRE AS PARTES**

1. As comunicações e notificações do Tomador do Seguro ou da(s) Pessoa(s) Segura(s) ou do(s) Beneficiário(s), previstas neste contrato consideram-se válidas e plenamente eficazes caso sejam efetuadas por escrito ou por outro meio do qual fique registo duradouro para a sede social do Segurador.
2. As comunicações e notificações do Segurador previstas nesta apólice consideram-se válidas e plenamente eficazes caso sejam efetuadas por escrito ou por outro meio do qual fique registo duradouro, para a última morada do Tomador do Seguro ou da Pessoa(s) Segura(s) ou do(s) Beneficiário(s), constante do contrato.

**CLÁUSULA 19ª. RECLAMAÇÕES**

1. O Segurador dispõe de uma unidade orgânica específica para receber, analisar e dar resposta às reclamações efetuadas, sem prejuízo de poder ser requerida a intervenção da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões.
2. A informação geral relativa à gestão de reclamações encontra-se disponível em [www.fidelidade.pt](http://www.fidelidade.pt).

**CLÁUSULA 20ª. LEI APLICÁVEL**

A lei aplicável ao contrato é a portuguesa.

**CLÁUSULA 21ª. REGIME FISCAL**

O contrato está sujeito ao regime fiscal português.

**CLÁUSULA 22ª. FORO COMPETENTE**

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