

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 Grupo contributivo em que a Caixa Geral de Depósitos, S.A., (CGD) é Tomador do Seguro e Beneficiário irrevogável. O Aderente (entidade pagadora), constante do boletim de adesão é responsável pelo pagamento dos prémios correspondentes à adesão.

2.2. QUEM PODE ADERIR:

Clientes da CGD abrangidos pelas linhas de crédito para empresas e empresários, que tenham à data da inclusão no seguro uma idade máxima de 64 anos e que não excedam a idade de 70 anos durante o período de amortização de crédito.

A aceitação da adesão 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 adesão consideram-se aceites decorridos 30 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 à CGD dos capitais seguros pelas coberturas contratadas correspondentes à totalidade ou a parte da dívida do aderente, e o pagamento aos restantes Beneficiários de eventual capital remanescente.

2.4. PLANOS DE SEGURO DISPONÍVEIS PARA ADESÃO

2.4.1 Coberturas abrangidas:

- Morte por Doença ou Acidente;
- Invalidez Definitiva para Qualquer Profissão ou Atividade Remunerada por Doença – 85% TNI
- Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível por Acidente – 75% TNI.

2.4.2 Definições:

- **Invalidez Definitiva para Qualquer Profissão ou Atividade Remunerada por Doença (IPAR) – 85% TNI** é a limitação funcional definitiva e sem possibilidade clínica de melhoria em que, em consequência de doença, estejam cumulativamente preenchidos os seguintes requisitos:
 - a) A Pessoa Segura fique total e definitivamente incapaz exercer qualquer atividade remunerada;
 - b) Tal incapacidade corresponda a um grau de desvalorização igual ou superior a 85%, 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) A incapacidade 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, estando-o, o Segurador prescindir do reconhecimento pelas entidades referidas em i. e ii. por ser manifesta a incapacidade da Pessoa Segura, à luz do estabelecido nas alíneas a) e b) supra;
 - iv. Junta Médica, caso a Pessoa Segura discorde da apreciação feita pelo 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 do terceiro médico.
- **Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível por Acidente (IDP) – 75% TNI** é a limitação funcional definitiva e sem possibilidade clínica de melhoria em que, em consequência de acidente, 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 à percentagem definida em Condições Particulares ou no Certificado Individual, 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, estando-o, o Segurador prescindir do reconhecimento pelas entidades referidas em i. e ii. por ser manifesta a incapacidade da Pessoa Segura, à luz do estabelecido nas alíneas a) e b) supra;
 - iv. Junta Médica caso a Pessoa Segura discorde da apreciação feita pelo 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:
- i. 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;
 - ii. Quando uma Pessoa Segura se encontre desempregada, na regularização de eventuais sinistros, será considerada a última profissão anterior à situação de desemprego;
 - iii. 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.

2.5. ÂMBITO DAS COBERTURAS

COBERTURA PRINCIPAL

2.5.1. MORTE POR DOENÇA OU ACIDENTE

O QUE ESTÁ SEGURO:

Pagamento do capital seguro, previsto no Certificado Individual, em caso de morte da Pessoa Segura, por doença ou acidente, ocorrida durante a vigência da respetiva adesão ao seguro.

É equiparado à morte um estado de coma profundo e irreversível que se prolongue ininterruptamente por 360 dias desde que não tenham sido acionadas coberturas de invalidez.

O QUE NÃO ESTÁ SEGURO:

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

Morte verificada após o fim do ano civil em que a Pessoa Segura complete 70 anos.

COBERTURAS COMPLEMENTARES

2.5.2. INVALIDEZ DEFINITIVA PARA QUALQUER PROFISSÃO OU ATIVIDADE REMUNERADA POR DOENÇA - 85% TNI

O QUE ESTÁ SEGURO:

Pagamento do capital seguro previsto no Certificado Individual, em caso de Invalidez Definitiva para Qualquer Profissão ou Atividade Remunerada por Doença com grau de invalidez igual ou superior a 85% da Pessoa Segura ocorrida durante a vigência da adesão, por doença.

O QUE NÃO ESTÁ SEGURO:

Invalidez verificada após o termo da anuidade em que a Pessoa Segura complete 60 anos.

2.5.3. INVALIDEZ DEFINITIVA PARA A PROFISSÃO OU ATIVIDADE COMPATÍVEL POR ACIDENTE - 75% TNI

O QUE ESTÁ SEGURO:

Pagamento do capital seguro previsto nas Condições Gerais ou nos Certificados Individuais em caso de Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível ocorrida durante a vigência da adesão, por acidente.

O QUE NÃO ESTÁ SEGURO:

Invalidez verificada após o termo da anuidade em que a Pessoa Segura complete os 65 anos.

2.5.4. 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 Informação Legal / Produtos / Seguros de Vida Risco / Âmbito Territorial - Condicionamento das Garantias/Agravamento do Risco. A Lista de Países, Áreas ou Regiões Não Seguráveis é atualizada periodicamente motivo pelo qual deverá ser sempre consultada aquando da realização da deslocação.

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/sobreprémios, exclusões de cobertura ou mesmo ser recusado o risco.

2.5.5. EXCLUSÕES APLICÁVEIS

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

- Ações ou omissões dolosas ou grosseiramente negligentes praticadas pela Pessoa Segura, Aderente ou Beneficiários, bem como por aqueles pelos quais sejam civilmente responsáveis;
- 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.

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

3.2. O prémio é calculado sobre o montante do Capital Seguro tendo em conta as coberturas contratadas e a idade atuarial da Pessoa Segura na data início do contrato e nas datas de renovação, e é pago mensalmente por débito em conta bancária. O prémio é calculado anualmente na data de início da adesão e a 1 de janeiro de cada ano.

3.3. Em cumprimento do disposto no artigo 87.º do Regime Jurídico do Contrato de Seguro, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 72/2008, de 16 de abril, a Caixa Geral de Depósitos, S.A. informa que receberá, em função da sua intervenção no contrato, uma comissão de 15% calculada sobre o valor do prémio comercial do contrato de seguro. As taxas de prémio em vigor estão disponíveis para consulta nas agências da CGD.

O Segurador disponibilizará um Certificado Individual aos Aderentes aquando da adesão ao contrato, como prova da mesma e, anualmente, informando os novos capitais seguros e o respetivo plano de pagamento de prémios. Cada Certificado tem um custo de 1,00€ (a crescer a taxa de INEM em vigor).

3.4. ALTERAÇÃO DO PRÉMIO

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

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

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

3.5. CONSEQUÊNCIAS DA FALTA DE PAGAMENTO

O prémio ou fração inicial é devido na data da adesão. Os prémios ou frações seguintes são devidos nas datas indicadas no Certificado Individual. As datas de vencimento das frações, os seus montantes e as consequências da falta de pagamento constarão do Certificado Individual.

A falta de pagamento do prémio na data de vencimento confere ao Segurador o direito de resolver a adesão por escrito, sem prejuízo dos direitos que assistam ao Beneficiário Aceitante.

Em caso de não pagamento do prémio na data do seu vencimento, o Segurador interpelará o Beneficiário Aceitante, no prazo de 30 dias, para, querendo, substituir-se à Pessoa Segura no pagamento. Se o Beneficiário Aceitante não exercer este direito, o contrato ou a adesão serão resolvidos no termo do prazo indicado na comunicação que lhe foi enviada.

A resolução do contrato não exonera a Entidade Pagadora/Pessoa Segura 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 Aderente e a Pessoa Segura podem repor em vigor o contrato ou a adesão, nas condições originárias e sem novo exame médico, mediante o pagamento dos respetivos prémios em atraso, acrescidos de juros de mora legais, no prazo máximo de 180 dias a contar da data da resolução.

3.6. AGRAVAMENTO DO RISCO

Compete 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 e de invalidez por acidente ou doença:

- 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.

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;
- Recusar a cobertura** se o Aderente ou a Pessoa Segura tiverem agido com dolo com o propósito de obter uma vantagem, mantendo, contudo, o direito aos prémios vencidos.

4. CAPITAL SEGURO

O valor do Capital Seguro corresponde ao valor informado pela CGD no início do contrato e poderá ser atualizado a qualquer momento mediante informação prestada pela CGD.

5. BENEFICIÁRIO

A Caixa Geral de Depósitos é Beneficiário irrevogável até ao termo do contrato de mútuo pela totalidade do valor em dívida, de um ou mais processos de crédito associados à mesma Pessoa Segura, à data do sinistro, até ao limite do Capital Seguro.

Caso exista capital seguro remanescente, 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 remanescente, havendo-o, aos herdeiros da Pessoa Segura.

Na falta de designação de outro Beneficiário do contrato em caso de invalidez, o Segurador pagará o capital seguro remanescente, havendo-o, 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.

6. DEVER DE DECLARAÇÃO INICIAL DO RISCO

Antes da celebração do contrato, o Aderente 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 efeitos a partir do dia e hora acordados.

O contrato é celebrado por um ano a continuar pelos anos seguintes renovando-se sucessivamente por novos períodos de um ano, salvo se for denunciado por qualquer das partes 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. Relativamente a cada Pessoa Segura as garantias contratuais entram em vigor no dia e hora indicado no respetivo Certificado Individual que corresponderá à data de aceitação por parte do Segurador e prorrogam-se sucessivamente por períodos de um ano nas datas de renovação do contrato, salvo se este for denunciado por qualquer das partes, se não for pago o prémio respeitante à adesão ou se por força de qualquer outra disposição legal ou contratual operar a cessação antecipada da adesão.

Cessação das coberturas por limite de idade:

- No termo da anuidade em que o Cliente atinja os 70 anos para a cobertura de Morte;
- No termo da anuidade em que o Cliente atinja os 65 anos para a cobertura de Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível por Acidente - 75% TNI;
- No termo da anuidade em que o Cliente atinja os 60 anos para a cobertura de Invalidez Definitiva para Qualquer Profissão ou Atividade Remunerada por Doença - 85% TNI.

8. OBRIGAÇÕES DAS PARTES EM CASO DE SINISTRO

1. OBRIGAÇÕES DO SEGURADOR:

Pagar as indemnizações 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.

2. OBRIGAÇÕES DO ADERENTE, DA PESSOA SEGURA E DO BENEFICIÁRIO:

- Participar o sinistro ao Segurador no prazo máximo de 8 dias a contar daquele em que tenha conhecimento do mesmo;
- Tomar as medidas ao seu alcance no sentido de evitar ou limitar as consequências do sinistro;
- Entregar ao Segurador os documentos comprovativos da identidade e qualidade de Beneficiário ou de herdeiro com direito à indemnização, bem como:
 - 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;
 - 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;
 - Em caso de acidente
 - Auto de ocorrência e resultados dos testes toxicológicos e de alcoolémia;
 - Documento descrevendo a atividade profissional ou ocupação principal exercida pela Pessoa Segura à data de ocorrência;
- A Pessoa Segura está obrigada a cumprir todas as prescrições médicas, sujeitar-se a exame por médico designado pelo Segurador e a autorizar os médicos que a assistiram a prestarem a médico designado pelo Segurador todas as informações solicitadas.

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

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

9. DADOS PESSOAIS DE SAÚDE

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

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

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

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

A recusa de consentimento nos termos e para os efeitos acima referidos poderá determinar, no caso de existirem indícios que evidenciem ter havido omissões ou 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. PARTICIPAÇÃO NOS RESULTADOS

Este contrato não confere Participação nos Resultados.

11. REGIME FISCAL - APLICÁVEL AOS BENEFICIÁRIOS RESIDENTES

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

Imposto do Selo

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

12. RECLAMAÇÕES

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

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

13. LEI APLICÁVEL

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.

14. COMBATE AO BRANQUEAMENTO DE CAPITALS 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 Aderente, Pessoas Seguras e Beneficiários efetivos, bem como sobre a origem e destino dos respetivos fundos.

15. AUTORIDADE DE SUPERVISÃO

Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões (www.asf.com.pt).

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.



Ref.ª Apólice/proposta n.º

INFORMAÇÃO PRÉ-CONTRATUAL

Prestação de Informação nos termos e para os efeitos do artigo 31.º do Regime Jurídico da Distribuição de Seguros e de Resseguros, aprovado pela Lei n.º 7/2019, de 16 de janeiro (o “RJDS”)

Atividade de distribuição de seguros desenvolvida pela Caixa Geral de Depósitos, S.A.

A Caixa Geral de Depósitos, S.A., (a “CGD”), pessoa coletiva n.º 500960046, matriculada na Conservatória do Registo Comercial de Lisboa sob este mesmo número, com sede na Avenida João XXI, n.º 63, 1000-300 Lisboa, nos termos e para os efeitos previstos no art.º 31.º do RJDS, vem informar, na qualidade de mediador de seguros em que aqui atua, o seguinte:

- Os dados da CGD, enquanto Mediador de Seguros, da categoria Agente de Seguros, com o número 419501357, inscrito desde 21.01.2019 na Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões (adiante “ASF”), estão disponíveis e podem ser consultados em www.asf.com.pt;
- A CGD detém, presentemente e de forma direta, uma participação de 15% no capital social e direitos de voto da Fidelidade - Companhia de Seguros, S.A., e, conseqüentemente, das empresas de seguros por esta totalmente detidas, a saber, Vía Directa - Companhia de Seguros, S.A., Fidelidade Assistência – Companhia de Seguros, S.A. e Multicare - Seguros de Saúde, S.A.;
- Não existe qualquer participação nos direitos de voto ou no capital social da CGD que seja detida por qualquer empresa de seguros ou por empresa mãe de qualquer empresa de seguros;
- A CGD, enquanto mediador de seguros, não está autorizada a receber prémios de seguro para a entrega à empresa de seguros;
- A intervenção da CGD, enquanto Mediador de Seguros, não se esgota, no entanto, na celebração dos contratos de seguro, envolvendo, também, a prestação de assistência ao longo do período de vigência daqueles;
- A CGD recebe uma comissão pela distribuição, que incide sobre o prémio do contrato de seguro;
- Os Clientes têm o direito de solicitar informação sobre a remuneração que a CGD recebe, enquanto mediador de seguros, pelo que, sempre que solicitada, ser-lhes-á prestada tal informação;
- A CGD possui uma política de tratamento dos tomadores de seguros, segurados, beneficiários e terceiros lesados, a qual se encontra disponível para consulta em www.cgd.pt ou em qualquer Agência da CGD;
- Sem prejuízo da possibilidade de utilização do livro de reclamações (presencial e eletrónico), as reclamações dos tomadores de seguros, segurados, beneficiários e terceiros lesados podem ser apresentadas em qualquer Agência da CGD, através do Caixadirecta e em www.cgd.pt, sendo as mesmas apreciadas e respondidas pelo Centro de Operações, definido pela CGD para o efeito. As reclamações dos tomadores de seguros, segurados, beneficiários e terceiros lesados poderão ainda ser apresentadas junto da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões (ASF);
- A reclamação apresentada, relativa ao exercício da atividade de distribuição de seguros, deverá incluir o nome completo do reclamante e, caso aplicável, da pessoa que o represente; referência à qualidade do reclamante, designadamente de tomador de seguros, segurado, beneficiário ou terceiro lesado ou de pessoa que o represente; dados de contacto do reclamante e, caso aplicável, da pessoa que o represente; número do documento de identificação do reclamante e, caso aplicável, da pessoa que o represente; descrição dos factos que o reclamante considere necessários para a gestão da sua reclamação e data e local da reclamação.
- A CGD assegura que todas as reclamações recebidas serão imediatamente encaminhadas e objeto de apreciação, decisão e comunicação ao titular no mais curto prazo possível. O prazo para a resposta é de 15 dias úteis, o qual só será excedido quando a natureza da reclamação ou a maior complexidade de tratamento o impuserem.
- A CGD confirmará de forma automática e imediata as reclamações apresentadas via site público da CGD – www.cgd.pt/Espaço Cliente.
- Em caso de litígio emergente da atividade de distribuição de seguros, os Clientes podem recorrer aos tribunais judiciais ou à seguinte entidade de resolução alternativa de litígios de que a CGD é aderente: CIMPAS - Centro de Informação, Mediação e Arbitragem de Seguros (www.cimpas.pt);
- A CGD atua em nome e por conta da empresa de seguros e não presta aconselhamento, pelo que as informações prestadas na celebração dos contratos de seguro não podem ser entendidas como aconselhamento e não se baseiam numa análise imparcial, cabendo aos Clientes a responsabilidade de efetuar a comparação das respetivas condições com outro ou outros contratos de seguro existentes no mercado;
- A CGD, enquanto Mediador de Seguros, tem a obrigação contratual de exercer a atividade de distribuição de seguros, em Portugal, exclusivamente para a Fidelidade – Companhia de Seguros, S.A., com exceção da distribuição de seguros de crédito, atividade que a CGD tem a obrigação contratual de exercer em exclusivo para a COSEC – Companhia de Seguro de Créditos, S.A.;
- Os Clientes podem, sempre, solicitar informações sobre o nome dos outros Seguradores com os quais a CGD venha a trabalhar;
- Nos contratos de seguro em que a CGD figure como Mediador de Seguros, não existirá intervenção de outros mediadores de seguros.

Declarações do Tomador do Seguro/Aderente/Pessoa Segura:

- Declaro ter lido e tomado conhecimento das informações acima prestadas pela CGD, na qualidade de mediador do seguro em referência, nos termos e para os efeitos dos artigos 31.º e 32.º do RJDS.
- Declaro que me foi disponibilizado pela CGD, na qualidade de Mediador do seguro em referência, um exemplar das respetivas informações pré-contratuais tendo lido e tomado conhecimento das mesmas.
- Declaro que me foram prestados os esclarecimentos necessários para a compreensão do seguro em referência, nomeadamente as garantias sobre cujo âmbito e conteúdo fiquei esclarecido e que estas informações tiveram em conta as exigências e necessidades que transmiti, tendo-me sido apresentado para contratação um produto de seguros que entendo me é apropriado.
- Declaro ter sido também esclarecido e ter compreendido que a CGD, em relação ao seguro em referência, atua exclusivamente enquanto Agente de Seguros, estando consciente de que a CGD não é responsável pela cobertura dos riscos, nem pelos respetivos capitais seguros.

Feito em duplicado e assinado por ambas as partes.

Local e Data

Tomador do Seguro/Aderente/Pessoa Segura

Pelo Agente de Seguros CGD,
(nome e n.º do funcionário CGD)

Caixa Geral de Depósitos, S.A. - Av. João XXI, 63 1000-300 · Lisboa - Portugal

Pessoa Coletiva n.º 500 960 046, matriculada na Conservatória do Registo Comercial de Lisboa, com o Capital Social 3.844.143.735 €