

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.

2. ÂMBITO DO SEGURO

2.1. O QUE É:

O Seguro Vida Essencial, é um seguro de vida risco individual, temporário anual renovável, que garante o pagamento de indemnizações em caso de morte por doença ou acidente, de invalidez definitiva para a profissão ou atividade compatível por doença ou acidente e a antecipação de parte ou a totalidade do capital por doenças graves, caso esta cobertura complementar opcional tenha sido contratada.

Inclui também as coberturas complementares de confirmação de diagnóstico e subsídio diário por internamento hospitalar.

Os planos fechados disponíveis para subscrição variam relativamente ao Capital Seguro, tendo como opções 35.000€, 70.000€ e 100.000€:

Coberturas	Planos Pré-definidos		
	Capital Seguro		
	35.000€	70.000€	100.000€
Morte por Doença ou Acidente (cobertura principal)	✓	✓	✓
Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível por Doença ou Acidente - 60% TNI (cobertura complementar)	✓	✓	✓
Doenças Graves - Antecipação do Capital Seguro (i) (cobertura complementar opcional)	○	○	○
Confirmação de Diagnóstico (ii) (cobertura complementar)	✓	✓	✓

TNI - Tabela Nacional de Incapacidades por Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais

(i) Antecipação de 50% ou 100% do Capital Seguro contratado na cobertura principal, em função da doença acionada

(ii) Concede, em caso de doença diagnosticada da Pessoa Segura, acesso à opinião de médicos especialistas

Legenda:

✓ Cobertura Incluída no Contrato

○ Cobertura Opcional

Coberturas	Opções de Escolha (iii)		
Subsídio Diário Por Internamento Hospitalar (cobertura complementar)	35€	70€	100€

(iii) O Tomador do Seguro, na cobertura de Subsídio Diário Por Internamento Hospitalar, deverá escolher o valor que melhor se adequa à sua preferência, sendo que, em caso de omissão, será considerado o valor de 35€.

2.2. A QUEM SE DESTINA (MERCADO-ALVO)

Destina-se a clientes particulares, maiores de idade ou emancipados, que pretendam salvaguardar a estabilidade financeira do respetivo agregado familiar, face à ocorrência de situações imprevistas graves.

O Seguro não pode ser subscrito por Tomadores pessoas singulares com residência habitual no estrangeiro.

2.3. LIMITES E CONDIÇÕES DE SUBSCRIÇÃO

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

Coberturas	Subscrição		Termo
	Idade Mínima	Idade Máxima	Idade Máxima (1)
Morte por Doença ou Acidente	18 anos	75 anos	80 anos
Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível por Doença ou Acidente - 60% TNI	18 anos	66 anos	67 anos
Doenças Graves	18 anos	66 anos	67 anos
Confirmação de Diagnóstico	18 anos	75 anos	80 anos
Subsídio Diário Por Internamento Hospitalar	18 anos	75 anos	76 anos

(1) As coberturas terminam no termo da anuidade em que a Pessoa Segura perfaz a idade máxima

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

A aceitação do seguro pelo Segurador pode depender da prévia realização de exames médicos pelo candidato a Pessoa Segura. Neste caso, a Pessoa Segura pode aceder aos respetivos dados nos termos legais em vigor.

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.

2.4. ÂMBITO DAS COBERTURAS

2.4.1. DEFINIÇÕES

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

Acidente Vascular Cerebral: Um incidente ou acidente vascular cerebral que está associado a um enfarte do tecido cerebral e que resulta num défice neurológico permanente que determine, 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. Incidente vascular cerebral inclui enfarte do tecido cerebral, trombose vascular cerebral, hemorragia cerebrovascular, embolia (cerebral ou subaracnoide ou intracraniana) a partir de uma fonte externa. O diagnóstico deve ser suportado por novas alterações detetadas em tomografia computadorizada ou ressonância magnética.

Cancro Invasivo: Tumor maligno que se caracteriza pelo crescimento descontrolado e por disseminação de células malignas com invasão e destruição de tecido normal, devendo o seu diagnóstico ser confirmado com um relatório da histologia da peça operatória e um relatório de um oncologista ou patologista clínico.

Cancro Não Invasivo (Carcinoma In-Situ): Tumor não invasivo que tem de envolver toda a espessura do canal ou do epitélio, mas não atravessar a membrana celular basal e não invadir o tecido circundante. Devem ser descritas histologicamente como TisN0M0 ou Estágio 0. O diagnóstico deve ser confirmado com um relatório da histologia da peça operatória e um relatório de um oncologista ou patologista clínico.

Doença Coronária que exija cirurgia: Cirurgia em duas ou mais artérias coronárias a fim de corrigir estreitamento ou bloqueio exclusivamente através de bypass realizados quando existam sintomas de angina incapacitante. O diagnóstico deve ser efetuado por coronariografia e a indicação cirúrgica deve ser considerada medicamente necessária por um cardiologista.

Doença preexistente: Qualquer doença, lesão ou condição de que a Pessoa Segura tivesse ou devesse ter conhecimento, pela evidência dos sinais e sintomas, ou por ter recebido aviso médico, diagnóstico ou tratamento antes da data da celebração do contrato de seguro.

Enfarte do Miocárdio: A primeira ocorrência de enfarte agudo do miocárdio ou ataque cardíaco, que origine a incapacidade funcional irreversível, o que significa a morte de parte do músculo do coração, resultante de interrupção aguda do fornecimento sanguíneo para o miocárdio (obstrução aguda da artéria coronária). O diagnóstico deve ser baseado num histórico de dor típica no peito, alterações eletrocardiográficas que evidenciem a ocorrência de enfarte, e elevação significativa de enzimas cardíacas.

Insuficiência Renal crónica e irreversível da função de ambos os rins que determine a realização de diálise permanente ou transplante renal.

Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível - 60% TNI: A limitação funcional permanente e sem possibilidade clínica de melhoria em que estejam cumulativamente preenchidos os seguintes requisitos:

- a) 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;
- b) 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:
 - 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 evidente 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 feito 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.
- 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.

Transplante de Órgãos Vitais: Cirurgia de transplante de coração, pulmão, fígado, rim, pâncreas ou medula óssea. O transplante deve ser medicamente necessário e baseado na confirmação objetiva da deterioração da função do órgão.

2.4.2. COBERTURAS

2.4.2.1. 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 cobertura. Equipara-se à morte o estado de coma profundo e irreversível que se prolongue ininterruptamente por 360 dias, desde que não tenha sido acionada a cobertura de invalidez.

O QUE NÃO ESTÁ SEGURO:

Suicídio ocorrido até 2 anos após o início da adesão ou da sua reposição em vigor ou do aumento de capital, caso este aumento não esteja previamente previsto em Condições Particulares.

Se o suicídio ocorrer após o prazo de 2 anos desde o início da adesão, mas durante os 2 anos seguintes à reposição em vigor ou ao referido aumento de capital, o seguro apenas não garante o acréscimo de cobertura relacionado com as referidas circunstâncias, salvo convenção em contrário constante das Condições Particulares.

2.4.2.2. INVALIDEZ DEFINITIVA PARA A PROFISSÃO OU ATIVIDADE COMPATÍVEL POR DOENÇA OU ACIENTE - 60% TNI (COBERTURA COMPLEMENTAR):

O QUE ESTÁ SEGURO:

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

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.

2.4.2.3. DOENÇAS GRAVES (COBERTURA COMPLEMENTAR OPCIONAL):

O QUE ESTÁ SEGURO:

Pagamento antecipado de até 100% do Capital Seguro da cobertura principal, conforme expresso nas Condições Particulares, em função da doença em causa, caso a Pessoa Segura venha a contrair, durante a vigência da cobertura e após os primeiros três meses de vigência desta, qualquer uma das seguintes doenças graves:

a) **Cancro Ou Neoplasia - Não Invasivo**

Em caso de carcinoma in-situ (não invasivo) feminino - mama, colo do útero, útero, ovários, trompas de Falópio, vagina, vulva, nos termos constantes em «Definições» a apólice garante o pagamento antecipado de 50% do Capital Seguro para a cobertura de Morte. Após este pagamento, caso sejam acionadas a cobertura principal de morte e coberturas complementares de invalidez ou doenças graves, apenas serão pagos os restantes 50% do capital.

A cobertura apenas garante a antecipação de capital na primeira ocorrência de cancro ou neoplasia não invasivo.

b) **Cancro Ou Neoplasia - Invasivo**

Caso tenha sido acionada anteriormente a cobertura de Doença Grave para a ocorrência de Cancro ou Neoplasia - Não Invasivo, e da qual tenha resultado a antecipação do pagamento de 50% do Capital Seguro, apenas serão pagos os restantes 50% de acordo com o indicado acima na alínea a), cessando de seguida o contrato.

Caso não tenha ocorrido anteriormente uma doença grave Cancro Ou Neoplasia - Não Invasivo:

Em caso de cancro (invasivo), nos termos constantes em «Definições», incluindo leucemia, linfoma maligno, doença de Hodgkin, doenças malignas da medula óssea e cancro de pele metastático - a apólice garante o pagamento antecipado de 100% do Capital Seguro para a cobertura de Morte, cessando de seguida o contrato.

c) **Acidente Vascular Cerebral**

Em caso de acidente vascular cerebral, nos termos constantes em «Definições», a apólice garante o pagamento antecipado de 100% do Capital Seguro para a cobertura de Morte, cessando de seguida o contrato.

d) **Enfarte do Miocárdio**

Em caso de enfarte do miocárdio, nos termos constantes em «Definições», a apólice garante o pagamento antecipado de 100% do Capital Seguro para a cobertura de Morte, cessando de seguida o contrato.

Doença Coronária Que Exija Cirurgia

Em caso de doença coronária que exija cirurgia, nos termos constantes em «Definições», a apólice garante o pagamento antecipado de 100% do Capital Seguro para a cobertura de Morte, cessando de seguida o contrato.

Insuficiência Renal

Em caso de Insuficiência Renal, nos termos constantes em «Definições», a apólice garante o pagamento antecipado de 100% do Capital Seguro para a cobertura de Morte, cessando o contrato.

Transplante de Órgãos Vitais

Em caso de transplante de órgãos vitais, nos termos constantes em «Definições», a apólice garante o pagamento antecipado de 100% do Capital Seguro para a cobertura de Morte, cessando o contrato.

O QUE NÃO ESTÁ SEGURO:

- a) Doença grave diagnosticada durante os 3 primeiros meses de vigência desta cobertura. Neste caso serão devolvidos os prémios pagos respeitantes a esta garantia, a qual se extingue, mantendo-se, contudo, o seguro em vigor para as restantes coberturas;
- b) Doença grave nos casos em que a sobrevivência da Pessoa Segura seja inferior a 30 dias após o diagnóstico da doença;
- c) Angina de Peito;
- d) Micro enfartes com elevação menor de troponina-T e sem anomalias ECG diagnosticadas ou sinais clínicos;
- e) Cicatriz de enfarte evidenciada através de eletrocardiograma;
- f) Cirurgia de desobstrução coronária por cateterismo, laser ou angioplastia por balão;
- g) Acidente Vascular Cerebral que resulte de traumatismo externo ou Acidentes Isquémicos Transitórios (A.I.T.) e outros de maior duração mas com recuperação completa sem sequelas num prazo máximo de 15 dias;
- h) Lesões intra-epiteliais e do colo (CIN), Mola Hidatidiforme, CIN I, CIN II e CIN III e todos os tumores ou lesões considerados benignos, pré-malignos e/ou neoplasias não invasivas localizadas ou qualquer grau de displasia;
- i) Estágio inicial de Cancro da próstata T1 (segundo classificação TNM) incluindo T1a e T1b ou outra classificação equivalente;
- j) Melanomas de pele estágio 1A (menor ou igual 1mm, nível II ou III, sem ulceração) de acordo com a nova classificação da AJCC de 2002;
- k) Hiperqueratose ou carcinomas de células basais da pele;
- l) Carcinomas de células escamosas da pele, salvo se existir metástases;
- m) Sarcoma de Kaposi e todo o tumor em presença de infeção por HIV, salvo se adquirido medicamente e/ou em ocasião do trabalho como resultado de uma picada acidental por agulha durante o desempenho do exercício profissional como médico, dentista, enfermeiro, paramédico, bombeiro ou polícia. Qualquer situação de acidente que ocorra durante a vigência da apólice, deve ser comunicada ao Segurador dentro dos oito (8) dias seguintes e deve ser apresentado um teste de anticorpos HIV negativo realizado depois do acidente. A seroconversão à infeção HIV deve produzir-se dentro dos seis (6) meses posteriores ao acidente;
- n) Lesões intra-epiteliais e do colo (CIN);
- o) Displasia cervical, cancro de cérvix CIN I, II e III e todas as situações de cancros não invasivos (exceto cancro in-situ feminino);
- p) Insuficiência renal reversível ou temporária que se resolva com tratamento;
- q) Todas as doenças secundárias da síndrome de imunodeficiência humana adquiridas ou com ela correlacionadas;
- r) Doenças resultantes do uso de drogas ou de estupefacientes fora de prescrição médica;
- s) Todos os tumores ou lesões considerados benignos ou pré-malignos.

2.4.2.4. CONFIRMAÇÃO DE DIAGNÓSTICO (COBERTURA COMPLEMENTAR):

O QUE ESTÁ SEGURO:

A cobertura Confirmação de Diagnóstico permite, através de pedido online ou telefónico, em caso de doença diagnosticada da Pessoa Segura, ter acesso à opinião de especialistas médicos. Com esta cobertura a Pessoa Segura obterá, num breve período de tempo, um relatório escrito que inclui a opinião de um ou vários especialistas, com base na informação médica anteriormente facultada, a qual será imprescindível para acionar esta cobertura.

Esta cobertura é prestada através de comunicações telefónicas e eletrónicas. A responsabilidade desta cobertura fica, pois, limitada à responsabilidade decorrente deste tipo de ato médico nas circunstâncias não presenciais em que é praticado.

A cobertura inclui a assistência por um médico que ajudará a Pessoa Segura na elaboração da história clínica. Após o pedido, a equipa médica entra em contacto com a Pessoa Segura, para explicar o processo e enviar-lhe um formulário que a Pessoa Segura deverá assinar e devolver.

Esta cobertura, sequencialmente, engloba o seguinte:

i. Recolha da Informação:

A partir do momento em que a Pessoa Segura dá acordo e o serviço é autorizado, a equipa médica inicia os trâmites para reunir toda a informação clínica necessária sobre o caso.

ii. Revisão de Relatórios Médicos:

Um Comité Clínico realizará a análise inicial dos relatórios médicos e das evidências que foram disponibilizadas pelo paciente.

iii. Seleção dos Médicos Especialistas:

O Comité Clínico iniciará o processo de seleção dos médicos especialistas com sólida experiência na patologia a nível internacional.

iv. Avaliação do Caso:

A Equipa Médica enviará o caso aos especialistas selecionados e manterá contacto telefónico para comentar as particularidades do caso com a Pessoa Segura.

v. Elaboração do Relatório Médico:

A Equipa Médica realizará o relatório final, incluindo a opinião dos especialistas que foram consultados.

vi. Apresentação do Relatório:

A Equipa Médica enviará o relatório à Pessoa Segura e entrará em contacto com a mesma, para explicar o conteúdo do relatório médico, dar resposta às questões e às dúvidas que a Pessoa Segura ou o seu Médico assistente possam apresentar.

O QUE NÃO ESTÁ SEGURO:

- Eventuais danos por atrasos ou dificuldades no acesso a este serviço, em consequência de anomalias nas redes de telecomunicações.
- Eventuais consequências de atraso ou negligência imputáveis à Pessoa Segura no recurso à assistência médica, bem como as consequências de informação deficiente, incorreta ou inexacta por ela prestada ou por terceiros sob as suas instruções;
- Eventuais consequências do não cumprimento, por parte da Pessoa Segura, das indicações fornecidas através do serviço.

2.4.2.5. SUBSÍDIO DIÁRIO POR INTERNAMENTO HOSPITALAR (COBERTURA COMPLEMENTAR):

O QUE ESTÁ SEGURO:

A cobertura garante o pagamento do montante diário fixado nas Condições Particulares, em caso de Incapacidade temporária que obrigue a internamento hospitalar da Pessoa Segura por um período superior a 3 dias, sendo nessa situação pago desde o primeiro dia, em consequência de doença ou acidente ocorrido durante a vigência do contrato.

Quando o motivo do internamento hospitalar da Pessoa Segura for doença infetocontagiosa reconhecida pelas autoridades competentes como epidemia ou pandemia (por ex. Covid-19), garante o pagamento diário daquele montante a partir do primeiro dia de internamento, independentemente do período de duração do internamento, até ao limite previsto na apólice.

Consideram-se como internamento único, os internamentos consecutivos relacionados com a mesma causa, independentemente do intervalo de tempo que mediar entre eles.

O período máximo de internamento garantido por anuidade e por sinistro é de 90 dias.

O pagamento de montantes ao abrigo desta cobertura não provoca a cessação do contrato.

O QUE NÃO ESTÁ SEGURO:

- Internamento devido a:
 - Tratamentos ou estadas em termas, sanatórios, lares, casas de repouso e outros estabelecimentos não classificados como Unidades Hospitalares;
 - Curas de repouso, exames de rotina e check-up;
 - Tratamentos não reconhecidos oficialmente pela medicina convencional;
 - Tratamentos e cirurgia do foro estético ou plástico, que não resultem de acidente coberto pelo contrato e não sejam considerados clinicamente necessários ao restabelecimento da função do órgão ou órgãos afetados;
 - Tratamentos ou cirurgia de rejuvenescimento ou de regularização do peso;
 - Doença pré-existente ou acidente que tenham dado origem a tratamento médico no ano imediatamente anterior à data em que as garantias desta cobertura entraram em vigor;
 - Doenças profissionais e acidentes de trabalho;
 - Parto ou interrupção da gravidez.
- Internamento após o termo da anuidade em que a Pessoa Segura atinja a idade definida nas Condições Particulares.

2.4.3. ÂMBITO TERRITORIAL

Salvo convenção em contrário constante das Condições Particulares, os riscos estão cobertos em qualquer parte do Mundo, exceto nos Países, Áreas ou Regiões Não Seguráveis constantes em Lista disponível em qualquer agência da Fidelidade, suscetível de ser obtida através da linha de apoio ao cliente (217 94 87 901 - chamada para a rede fixa nacional) ou em <http://www.fidelidade.pt> em secção relativa a Informações Legais / 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 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 ou sobreprémios, exclusões de cobertura ou, inclusive, ser recusado o risco.

2.4.4. EXCLUSÕES APLICÁVEIS

2.4.4.1. Estão sempre excluídas do âmbito de todas as coberturas do seguro as seguintes situações, salvo convenção em contrário constante das Condições Particulares:

- Nos sinistros causados por Doença ou por Acidente, ações ou omissões dolosas ou grosseiramente negligentes praticadas pela Pessoa Segura, Tomador do Seguro ou Beneficiários, bem como por aqueles pelos quais sejam civilmente responsáveis;
- 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.

2.4.4.2. Estão também excluídas de todas as coberturas do seguro, salvo convenção em contrário constante das Condições Particulares, as seguintes situações:

- Guerra, invasão, ato de inimigo estrangeiro, hostilidades ou operações bélicas, guerra civil, insurreição, rebelião e revolução;
- Atos de terrorismo, como tal considerados pela legislação penal portuguesa vigente, em que tenha havido utilização de armas químicas, biológicas ou nucleares;
- Greves, distúrbios laborais, tumultos, alterações de ordem pública, desde que a Pessoa Segura neles participe voluntariamente;
- 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;
- Operações de campanha, fazendo a Pessoa Segura parte das Forças Armadas ou Militarizadas;
- Pilotagem e utilização de aeronaves, exceto de linha aérea regular;
- Corridas de velocidade organizadas para veículos de qualquer natureza, motorizados ou não, e respetivos treinos;
- Prática das seguintes atividades:
 - Alpinismo, escalada, montanhismo e espeleologia;
 - 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*);
 - Descida em *rappel* ou *slide*; descida de correntes originadas por desníveis nos cursos de água (*rafting*, *canyoning*, canoagem); *parkour*;
 - Prática de caça de animais ferozes; caça submarina; imersões submarinas com auxiliares de respiração; tauromaquia.

2.4.4.3. Estão excluídos apenas das coberturas complementares do seguro, salvo convenção em contrário constante das Condições Particulares, os sinistros devidos a:

- Doenças ou incapacidades pré-existentes à data de aceitação ao contrato de seguro;
- Suicídio ou tentativa de suicídio;
- Bobsleigh e saltos de esqui;
- Artes marciais e desporto de combate.

3. PRÉMIO

3.1. CÁLCULO

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, das coberturas e capitais contratados.

A análise do risco de saúde e dos riscos profissional, ocupacional e desportivo, bem como a cobertura do risco de estadia nos países ou regiões que obrigam a declaração, pode determinar agravamento do prémio e/ou exclusões.

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.

Está definido um prémio mínimo por fracionamento de 5€.

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, sem que se apliquem encargos de fracionamento.

O prémio mensal é pago exclusivamente por Débito em Conta.

3.2. ALTERAÇÃO DOS PRÉMIOS

Os prémios relativos às coberturas de morte e às complementares de risco serão alterados durante a sua vigência quando se verifique alteração dos riscos cobertos ou Capitais Seguros ou na data de renovação do contrato quando exista alteração das tarifas ou idades atuariais.

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

Não haverá agravamento do prémio das coberturas de invalidez e de Doenças Graves (se contratada) quando resulte de agravamento do estado de saúde.

3.3. CONSEQUÊNCIAS DA FALTA DE PAGAMENTO:

O prémio ou fração inicial é devido na data da 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 ou do Plano Anual de Pagamentos.

A falta de pagamento do prémio na data de vencimento, confere ao Segurador o direito de anular o contrato, sem prejuízo dos direitos que assistam ao Beneficiário Aceitante. A anulação será efetuada por escrito ou por outro meio do qual fique registo duradouro para o domicílio ou outro endereço do Tomador do Seguro que faça parte da Apólice.

A resolução do contrato não exonera o Tomador do Seguro e/ou a Pessoa Segura da obrigação de pagar os prémios em dívida correspondentes ao período de tempo em que o seguro esteve em vigor, acrescidos de juros de mora legais.

O Tomador do Seguro e a Pessoa Segura podem, no prazo máximo de 180 dias a contar da data da anulação, 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 à taxa legal.

3.4. AGRAVAMENTO DO RISCO

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

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

Caso se verifique um agravamento, 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 dispõe de 30 dias para aceitar ou recusar a modificação proposta, a qual se considera aceite no fim deste prazo;
- Fazer cessar a Componente de Risco 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.

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

- Cobre o risco** se o agravamento tiver sido corretamente comunicado antes do sinistro ou antes do fim do prazo de 14 dias supra referido, exceto se demonstrar que não celebra contratos que cubram riscos com as características resultantes desse agravamento;
- Cobre parcialmente o risco**, reduzindo-se a indemnização na proporção entre o prémio pago e aquele que seria devido em função das reais circunstâncias do risco, se o agravamento não tiver sido corretamente comunicado antes do sinistro, exceto se demonstrar que não celebra contratos que cubram riscos com as características resultantes desse agravamento;
- Recusará a cobertura** se o Tomador do Seguro ou a Pessoa Segura tiverem agido com dolo com o propósito de obter uma vantagem, mantendo, contudo, o direito aos prémios vencidos.

4. BENEFICIÁRIOS

Os designados pelo Tomador do Seguro na proposta de seguro, que os pode alterar durante o prazo do contrato, nos termos neste previsto, salvo tratando-se de designação beneficiária irrevogável na proposta de seguro.

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.

Não havendo no contrato designação de Beneficiário, será beneficiário, em caso de invalidez ou doença grave (caso esta cobertura opcional tenha sido contratada) a própria Pessoa Segura e, em caso de morte, serão Beneficiários os herdeiros da Pessoa Segura.

FALTA OU INCORREÇÃO NA INDICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO:

- Na falta de designação de Beneficiário do contrato em caso de morte, o Segurador pagará o Capital Seguro aos herdeiros da Pessoa Segura;
- A inexistência ou incorreção dos elementos de identificação do Beneficiário em caso de morte pode impossibilitar o Segurador de dar cumprimento aos deveres de informação e comunicação previstos na lei, com vista ao pagamento do Capital Seguro.

5. DEVER DE DECLARAÇÃO INICIAL DO RISCO

Antes da celebração do contrato, o Tomador do Seguro e a Pessoa Segura estão obrigados a declarar com exatidão no questionário fornecido pelo Segurador 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 naquele questionário.

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

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

6. DURAÇÃO, RENOVAÇÃO E DENÚNCIA DO CONTRATO

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

O contrato é celebrado por um ano, prorrogando-se automaticamente por novos períodos sucessivos de um ano, até ao termo da anuidade em que a Pessoa Segura perfaz 80 anos de idade, salvo se for denunciado por qualquer das partes contratantes com uma antecedência mínima de trinta dias face à data de prorrogação do contrato ou se não for pago nenhum prémio.

7. DIREITO DE LIVRE RESOLUÇÃO

- O Tomador do Seguro que seja pessoa singular dispõe de um prazo de trinta (30) dias, a contar da data da receção da apólice, para resolver o contrato sem necessidade de invocar justa causa. A comunicação da resolução deve ser efetuada por escrito, em suporte de papel ou outro meio duradouro disponível e acessível ao Segurador.

Esta resolução deve fazer-se através de:

- Carta dirigida ao seguinte endereço postal: Fidelidade - Companhia de Seguros, S.A. Largo do Calhariz, n.º 30 1249-001 Lisboa
- Email dirigido para o seguinte endereço: apoiocliente@fidelidade.pt

- O exercício do direito de livre resolução determina a cessação do contrato de seguro, extinguindo todas as obrigações dele decorrentes com efeito a partir da celebração do mesmo.
- Em caso de resolução efetuada ao abrigo do disposto no número 1, o Segurador tem direito ao reembolso dos custos de desinvestimento que comprovadamente tiver suportado.

8. OBRIGAÇÕES DAS PARTES

8.1. EM CASO DE ALTERAÇÃO DO RISCO

8.1.1. Por Diminuição

O Segurador obriga-se a refletir no prémio a diminuição inequívoca e duradoura do risco com reflexo nas condições do contrato, a partir do momento em que dela tenha conhecimento.

8.1.2. Por Agravamento

O Tomador do Seguro e a Pessoa Segura obrigam-se a comunicar o agravamento do risco ao Segurador, no prazo de 14 dias a partir do conhecimento dos factos.

O Segurador obriga-se a comunicar aos terceiros com direitos ressalvados no contrato e aos Beneficiários do seguro com designação irrevogável, que se encontrem identificados na apólice, as alterações contratuais que os possam prejudicar, apenas nos casos em que a natureza do seguro ou a alteração não se opuser a tal comunicação e não tenha sido estipulado no contrato de seguro o dever de confidencialidade.

8.2. EM CASO DE SINISTRO

8.2.1. 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. Se o Segurador não proceder, ao pagamento das importâncias seguras, por razões que lhe sejam imputáveis, no prazo referido, o Segurador incorrerá em mora, vencendo a indemnização juros de mora à taxa legal em vigor.

8.2.2. OBRIGAÇÕES DO TOMADOR DO SEGURO, PESSOA SEGURA E BENEFICIÁRIO

- Participar o sinistro ao Segurador no prazo máximo de 8 dias a contar daquele em que tenha conhecimento;
- 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 de 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 da ocorrência
 - Em caso de doença grave:
 - Promover o envio a médico designado pelo Segurador de relatório do médico assistente da especialidade adequada, contendo o diagnóstico inequívoco, demonstrável e fundamentado, que mencione e caracterize expressamente a data dos primeiros sintomas, os critérios clínicos e os meios de diagnóstico utilizados, a evolução, situação clínica atual, terapêuticas e prognóstico.
 - No caso de Acidente Vascular cerebral, a deficiência neurológica permanente deve ser demonstrada e avaliada em função da capacidade de desempenho de atividades pessoais e/ou profissionais.
 - No Caso de Enfarte de Miocárdio, consideram-se critérios diagnósticos de enfarte de miocárdio, pelo menos, os seguintes:
 - História de dor precordial típica;
 - Alterações eletrocardiográficas compatíveis, de instalação recente;
 - Elevação das enzimas cardíacas.
 - Consideram-se necessários à fundamentação da evidência e avaliação do compromisso da função cardíaca, os seguintes exames auxiliares de diagnóstico:
 - Eletrocardiograma;
 - Ecocardiograma;
 - Eventual estudo hemodinâmico ou outros.
- 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 nesta alínea d) determina a cessação da responsabilidade do Segurador.

A verificação de incorreção da 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 invalidez definitiva, de doença grave ou de internamento hospitalar, 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

O Contrato não confere direito a Participação nos Resultados.

11. REGIME FICAL - APLICÁVEL AOS BENEFICIÁRIOS RESIDENTES

O contrato fica sujeito ao regime fiscal português 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 e da possibilidade de recurso a instâncias de resolução alternativa de litígios.

A informação geral relativa à gestão de reclamações e às instâncias de resolução alternativa de litígios encontra-se disponível em www.fidelidade.pt.

13. 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.

As relações estabelecidas pelo Segurador com o consumidor antes da celebração do contrato celebrado à distância regem-se pela lei portuguesa.

O foro competente para dirimir os litígios emergentes deste contrato é o fixado na lei civil.

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 Tomador de Seguro, Pessoas Seguras e Beneficiários efetivos, bem como sobre a origem e destino dos respetivos fundos.

15. AUTORIDADE DE SUPERVISÃO

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

16. RELATÓRIO DA 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, consequentemente, das empresas de seguros por esta totalmente detidas, a saber, Via 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:

1. 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.
2. 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.
3. 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.
4. 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 4.525.714.495 €