



<input type="checkbox"/> SEGURO NOVO	<input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO À APÓLICE Nº (*)
Assíne com X a resposta	(*) Indicar Nº Apólice, Nome e os elementos a alterar
CÓDIGO MEDIADOR	AGÊNCIA
NOME MEDIADOR	ENTIDADE COBRADORA

1. TOMADOR DO SEGURO (*) Campos de preenchimento obrigatório

NOME COMPLETO							
MORADA (*)							
CÓDIGO POSTAL (*)	LOCALIDADE (*)						
TELEFONE	TELEMÓVEL	E-MAIL					
DATA DE NASCIMENTO (*)	Ano	Mês	Dia	SEXO: (*)	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	PROFISSÃO/ACTIVIDADE (*)	C.A.E. (Cód. Actividade Económica)
Nº BILHETE DE IDENTIDADE (*)	Nº CONTRIBUINTE (*)						

2. PESSOA SEGURA (Preencher se diferente do Tomador do Seguro) (*) Campos de preenchimento obrigatório

NOME COMPLETO						
MORADA (*)						
CÓDIGO POSTAL (*)	LOCALIDADE (*)					
TELEFONE	TELEMÓVEL	E-MAIL				
DATA DE NASCIMENTO (*)	Ano	Mês	Dia	SEXO: (*)	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	PROFISSÃO ACTUAL (*)
Nº BILHETE DE IDENTIDADE (*)	Nº CONTRIBUINTE (*)					
TEM SEGUROS DE VIDA EM VIGOR NO SEGURADOR?	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM	CAPITAL TOTAL SEGURO	, 0 0 €			

3. DADOS DO CONTRATO

DATA INÍCIO DO CONTRATO:	Ano	Mês	Dia	(após aceitação pelo Segurador)	DURAÇÃO	anos
CAPITAL SEGURO:						
EM CASO DE MORTE, INVALIDEZ TOTAL E PERMANENTE OU DOENÇA GRAVE: <input type="checkbox"/> 25.000 € <input type="checkbox"/> 50.000 € <input type="checkbox"/> 75.000 €						
EM CASO DE VIDA DA PESSOA SEGURA NO TERMO DO CONTRATO: <input type="checkbox"/> 10% do Capital Seguro em caso de morte <input type="checkbox"/> 20% do Capital Seguro em caso de morte						
PERIODICIDADE DE PAGAMENTO: <input type="checkbox"/> ANUAL <input type="checkbox"/> SEMESTRAL <input type="checkbox"/> TRIMESTRAL <input type="checkbox"/> MENSAL						
FORMA DE PAGAMENTO: <input type="checkbox"/> AGÊNCIA / CTT / MB <input type="checkbox"/> AGENTE <input type="checkbox"/> DÉBITO EM CONTA ⁽¹⁾ NIB: Banco Balcão Nº de Conta						
FORMA DE PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURO EM CASO DE MORTE: <input type="checkbox"/> CAPITAL <input type="checkbox"/> RENDA PRAZO PAG. RENDA: <input type="checkbox"/> 3 ANOS <input type="checkbox"/> 5 ANOS <input type="checkbox"/> 10 ANOS						

⁽¹⁾ Preenchimento obrigatório da Autorização de Débito em Conta, na página seguinte.



TOMADOR DO SEGURO

NOME _____
 N.º CONTRIBUINTE _____
 (Preenchimento Obrigatório)

BENEFICIÁRIO(S) EM CASO DE MORTE

(Se a Pessoa Segura for distinta do Tomador do Seguro é necessário a autorização da Pessoa Segura para a alteração da posição de beneficiário)

Preencher se diferente de Herdeiros Legais. Campos de preenchimento obrigatório caso pretenda designar nominativamente os beneficiários em caso de morte.

1. Nome Completo _____

Morada _____

Código Postal _____ Localidade _____ N.º Contribuinte _____

Data de Nascimento _____ Ano _____ Mês _____ Dia _____ Sexo: F M N.º B.I. _____

2. Nome Completo _____

Morada _____

Código Postal _____ Localidade _____ N.º Contribuinte _____

Data de Nascimento _____ Ano _____ Mês _____ Dia _____ Sexo: F M N.º B.I. _____

Caso pretenda designar genericamente os beneficiários em caso de morte, e estes sejam diferentes de Herdeiros Legais, indique-o(s) abaixo:

No caso de impossibilidade comprovada de contacto, durante um ano seguido, com o Tomador do Seguro e com a Pessoa Segura, no caso de serem pessoas distintas, autoriza que se contacte(m) o(s) beneficiário(s) em caso de morte, alertando-os para esse facto, nos termos e para efeitos previstos no art. 5.º do Decreto-Lei 384/2007, de 19 de Novembro? Sim Não

DADOS PESSOAIS E DECLARAÇÕES

DADOS PESSOAIS

Os dados pessoais constantes deste documento serão processados e armazenados informaticamente pelo Segurador e destinam-se ao seu uso exclusivo, no âmbito das relações pré-contratuais ou decorrentes do contrato ou operação celebrados com os seus clientes, incluindo as suas renovações. Os dados serão conservados de forma a permitir a identificação dos titulares até que tenham cessado definitivamente essas relações.
 O titular terá livre acesso aos seus dados pessoais, com uma periodicidade não inferior a um ano desde a recolha ou primeiro acesso, desde que o solicite por escrito, podendo rectificar os dados incorrectamente recolhidos, nos termos da lei.
 Os dados poderão ser fornecidos às autoridades judiciais ou administrativas, desde que em cumprimento de obrigação legal a cargo do Segurador.
 O titular dos dados autoriza o Segurador, salvo declaração expressa em contrário no quadro de observações, a:
 a) fornecer os seus dados a empresas do Grupo do qual o Segurador faz parte, sendo assegurada a sua confidencialidade, utilização em função do objecto social dessas empresas e compatibilidade com os fins de recolha;
 b) proceder à recolha de dados pessoais complementares junto de Organismos Públicos, empresas especializadas e outras entidades privadas, tendo em vista a confirmação ou complemento dos elementos recolhidos necessários à gestão da relação contratual;
 c) efectuar, se assim o entender, o registo magnético das chamadas telefónicas que forem realizadas, no âmbito da relação contratual ora proposta, quer na fase de formação do contrato, quer durante a vigência do mesmo, e bem assim a proceder à sua utilização para quaisquer fins lícitos, nomeadamente, para execução dos serviços contratados, para melhoramento e controlo dos mesmos e como meio de prova.
 Aquela que designa o(s) beneficiário(s) em caso de morte autoriza o Segurador a integrar, nos termos legais e regulamentares em vigor, os dados pessoais relativos ao(s) beneficiário(s) em caso de morte, que não tenham sido designado(s) de forma confidencial, na base de dados que integra o Registo Central de Contratos de Seguros de Vida, de Acidentes Pessoais e de Operações de Capitalização, sob gestão do Instituto de Seguros de Portugal.

Observações _____

DECLARAÇÕES

- Declaro que me foram prestadas as informações pré-contratuais legalmente previstas, tendo-me sido entregue, para o efeito, o documento respectivo, para delas tomar integral conhecimento, e bem assim que me foram prestados todos os esclarecimentos de que necessitava para a compreensão do contrato, nomeadamente sobre as garantias e exclusões, sobre cujo âmbito e conteúdo fiquei esclarecido.
- Declaro, ainda, ter sido informado pelo segurador do dever de lhe comunicar com exactidão todas as circunstâncias que conheça e razoavelmente deva ter por significativas para a apreciação do risco, bem como das consequências do incumprimento de tal dever.
- Declaro, igualmente, ter sido informado pelo Segurador de que a inexistência ou a incorrecção dos elementos de identificação do(s) beneficiário(s) 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, e bem assim aos relativos à inclusão dos dados respeitantes ao(s) beneficiário(s) em caso de morte na base de dados que integra o Registo Central de Contratos de Seguros de Vida, de Acidentes Pessoais e de Operações de Capitalização, sob gestão do Instituto de Seguros de Portugal, base de dados esta relativamente à qual assumo a exclusiva responsabilidade no que respeita à informação relativa ao(s) beneficiário(s) em caso de morte do presente contrato nela constante e para o efeito prestada ao Segurador, sobre o qual não recai qualquer responsabilidade referente a erros ou omissões na referida informação, excepto quando resultem de tarefas de processamento e disponibilização da informação por si executadas.
- Declaro, também, que dou o meu acordo a que as Condições Gerais e Especiais, se as houver, aplicáveis ao contrato me sejam entregues no sítio da Internet indicado nas Condições Particulares.

Local e Data _____ O Tomador do Seguro _____
 _____ A Pessoa Segura _____
 (se diferente do Tomador do Seguro)

Reservado aos Serviços (A preencher pela Agência)

ATENÇÃO - QUESTIONÁRIO CLÍNICO na página seguinte

Tipo de exames médicos solicitados: A B Data de marcação: _____ Ano _____ Mês _____ Dia _____

AUTORIZAÇÃO DE DÉBITO EM CONTA

Banco _____ Balcão _____

Nome do Titular _____

NIB _____ Banco _____ Balcão _____ N.º de Conta _____

Informo V. Exas. que autorizo o débito automático, na minha Conta Bancária acima mencionada, dos recibos que venham a ser apresentados pela Companhia de Seguros Fidelidade-Mundial, S.A. relativos à Apólice abaixo indicada:

Apólice _____ Produto _____ Pessoa a Segurar _____

Nome do Tomador do Seguro _____

Local e Data _____ Assinatura do titular da conta (igual à que consta no banco) _____

Nome do Candidato	
Nº CONTRIBUINTE (Preenchimento Obrigatório)	
1. Declaração de Estado de Saúde	
<p>1 - Tem ou teve períodos de baixa por doença ou acidente superiores a 15 dias? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>Se Sim, indique quando e porquê:</p> <p>2 - É portador de qualquer incapacidade ou defeito físico? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>Se Sim, indique qual:</p> <p>3 - Sofreu alguma intervenção cirúrgica? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>Se Sim, indique qual e quando:</p> <p>4 - Está a aguardar alguma hospitalização ou cirurgia? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>Se Sim, indique os motivos:</p> <p>5 - Está a aguardar o resultado de testes laboratoriais ou outros exames auxiliares de diagnóstico? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>Se Sim, indique quais e porquê:</p>	<p>6 - É reformado por velhice ou invalidez? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>Se Sim, indique qual a modalidade da reforma:</p> <p>7 - Tem em curso algum processo para atribuição de reforma por velhice ou invalidez? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>Se Sim, indique qual a modalidade:</p> <p>8 - Indique os valores de:</p> <p>8.1 - Peso actual Kg.</p> <p>Teve alteração de peso nos últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>Se Sim, indique qual e porquê:</p> <p>8.2 - Altura Mts.</p> <p>8.3 - Tem valores alterados de Tensão Arterial? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>Se Sim, indique: Máx. Min. </p>
2. Antecedentes Pessoais <small>Sofre ou sofreu de qualquer das seguintes perturbações ou doenças?</small>	
<p>Doença dos ouvidos, nariz, faringe <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>Doenças respiratórias (tuberculose, bronquite crónica, asma e outras) <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>Diabetes, Bócio <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>Doenças do coração (angina de peito, colesterol elevado, enfarte do miocárdio, arritmia e outras) <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>Hipertensão arterial <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>Doenças do estômago (úlceras, hemorragias digestivas e outras) <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>Doenças dos intestinos (diarreias frequentes, colite e outras) <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>Doenças do fígado (cirrose, hepatite, fígado gordo e outras) <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>Doenças do sangue (anemia, linfoma, leucemia e outras) <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>Sida ou portador do vírus <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>Doença dos olhos (se miopia, indique dioptrias) <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p>	<p>Doenças reumatológicas e das articulações (artrite reumatóide, gota, lúpus, fibromialgia, artroses e outras) <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>Doenças da coluna (espondilose, escoliose, hérnia discal e outras) <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>Doenças do rim e bexiga (nefrite, pedra no rim, sangue e/ou proteína na urina, insuficiência renal e outras) <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>Doenças neurológicas (epilepsia, AVC, acidente isquémico transitório, paralisias, esclerose múltipla, doenças musculares e outras) <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>Doenças psíquicas (neuroses, psicoses, tentativas de suicídio, depressão e outras) <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>Doenças da pele (psoríase, cancro da pele e outras) <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>Doenças vasculares (varizes, flebotromboses, claudicação e outras) <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>Doença ginecológica ou da mama (incluindo alterações da citologia do colo e alterações na mamografia e outras) <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>Tumores benignos ou malignos <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>Doenças da próstata <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>Outras não especificadas <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p>
Se respondeu Sim a alguma das questões, refira qual a doença e os tratamentos efectuados: _____	

3. Hábitos	
Tabágicos: Número de cigarros por dia	há quantos anos
Alcoólicos: Tipo de bebida	dcl./dia
Drogas: Tipo e quantidade	há quantos anos

4. Exames Complementares de Diagnóstico			
Análises sangue <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Radiografias <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	TAC <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Electrocardiogramas <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Análise urina <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Ecografias <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Ressonância Magnética <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Ecocardiogramas <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Endoscopias <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Biopsias <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Teste SIDA <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Outros <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Quais, quando, porquê e resultados: _____			

5. Terapêuticas	
Já tomou medicamentos para o coração, hipertensão, anticoagulantes, insulina, antidepressivos, tranquilizantes, corticóides ou outros?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Se sim, quais:	
Toma outros medicamentos regularmente?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Se sim, indique quais e porquê:	
Já foi submetido a:	Desintoxicação <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Quimioterapia <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Radioterapia <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim

6. Outros Elementos Essenciais à Análise de Risco	
Viaja, ou pretende viajar para países fora da União Europeia, que não sejam a Suíça, Noruega, EUA, Canadá, Argentina, Brasil, Japão, Austrália e Nova Zelândia?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Em caso afirmativo, indique: Qual o País: _____ Motivo: <input type="checkbox"/> Profissional <input type="checkbox"/> Lazer	
Pratica desporto habitualmente?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Em caso afirmativo, indique: Qual o Desporto: _____ <input type="checkbox"/> Profissional <input type="checkbox"/> Amador	
Pretende indicar mais alguma informação (não relacionada com o estado de saúde) que considere relevante para a análise do risco?	

7. Seguros Anteriores	
Tem seguros de vida aceites com agravamentos, ou foi-lhe alguma vez recusada a celebração de um seguro de vida, de doença ou acidentes pessoais?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Se sim, em que Companhia e quais os motivos:	

Declarações e Autorizações	
Declaro que tomei conhecimento de que está excluída da garantia do seguro qualquer incapacidade física pré-existente. Declaro, igualmente, autorizar o médico designado pelo Segurador a solicitar a qualquer outro médico ou profissional de saúde, as informações e documentos, nomeadamente, relatórios clínicos, relatórios de internamento e resultados de exames auxiliares de diagnóstico, relativos à minha saúde que julgue necessários para analisar o risco ora proposto ou para determinar as causas e consequências de qualquer sinistro que seja participado ao Segurador, por mim, pelos beneficiários ou pelos meus herdeiros, autorizando também os referidos médicos e profissionais de saúde a prestarem ao médico designado pelo Segurador, mesmo depois da minha morte, as informações e documentos que lhes sejam por este solicitados no âmbito da autorização que agora lhe conferi. Tomei conhecimento de que a recusa de consentimento nos termos e para os efeitos acima referidos poderá determinar, no caso de existirem indícios que evidenciem ter havido omissões ou 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 do sinistro que vier a ser participado ao abrigo do contrato de seguro.	

GRELHA DE SELECÇÃO MÉDICA

Seguros de Vida Individual

		IDADE	
		< = 35	> = 36
Capitais (em euros)	Até 100.000	QC	
	De 100.001 a 200.000	QC	A
	A partir de 200.001	B	

LEGENDA:

QC Questionário Clínico

A Exame Médico + Análise de Urina II + Análises de Sangue (Glicémia, Colesterol Total e Fracção HDL e Triglicéridos)

B Exame Médico + Análise de Urina II + Análises de Sangue (Hemograma completo, Creatinina, Glicémia, Transaminases, Gamma GT, Colesterol Total e Fracção HDL, Triglicéridos, HIV I e II, HBs Ag e HCV Ac)

À alínea B acrescem os exames adicionais abaixo indicados nas seguintes situações:

- Candidatos do sexo feminino com idade igual ou superior a 45 anos: Electrocardiograma com prova de esforço (ECGe) e Mamografia bilateral
- Candidatos do sexo masculino com idade igual ou superior a 45 anos: Electrocardiograma com prova de esforço (ECGe) e PSA

O Segurador reserva-se o direito de solicitar exames complementares ou informação económico-financeira, não incluídos na grelha de selecção, sempre que os mesmos sejam considerados necessários para melhor apreciação do risco proposto.

Para mais informações

Para obter qualquer esclarecimento sobre os exames médicos, tem ao seu dispor a **Linha de Apoio ao Cliente**

Telefone: 707 103 103 (dias úteis das 08.30H às 19.00H)

Sobre o seguro, poderá contactar o **Contact Center**

Telefone: 808 29 39 49

1. SEGURADOR						
Companhia de Seguros Fidelidade-Mundial, S.A.						
2. PRODUTO						
Seguro de vida misto que tem como objectivo assegurar a educação dos filhos/dependentes, face à ocorrência de morte, invalidez ou doença grave da Pessoa Segura durante o prazo do contrato. Se nenhuma destas circunstâncias ocorrer, no termo do contrato, o Segurador pagará uma percentagem do capital seguro por morte.						
3. COBERTURAS						
<p>3.1 PLANO</p> <p>Durante a sua vigência, o contrato garante as seguintes coberturas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Morte - Invalidez Total e Permanente de grau igual ou superior a 66,6% - Doenças Graves. <p>Em caso de vida no termo do contrato:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plano A - 10% do capital seguro por Morte; • Plano B - 20% do capital seguro por Morte. <p><i>Invalidez Total e Permanente é a limitação funcional permanente e sem possibilidade clínica de melhoria em que, cumulativamente, estejam preenchidos os seguintes requisitos:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> a) A Pessoa Segura fique completa e definitivamente incapacitada de exercer a sua profissão ou qualquer outra actividade remunerada compatível com os seus conhecimentos e aptidões. b) Corresponda a um grau de desvalorização igual ou superior a 66,6%, 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 entrando para o seu cálculo quaisquer incapacidades ou patologias preexistentes; c) Seja reconhecida previamente pela Instituição de Segurança Social pela qual a Pessoa Segura se encontra abrangida ou pelo Tribunal do Trabalho ou, caso a Pessoa Segura não se encontre abrangida por nenhum regime ou Instituição de Segurança Social, por Junta Médica. <p>3.2. ÂMBITO DAS COBERTURAS</p> <p>Se qualquer uma destas garantias for accionada e houver lugar ao pagamento da respectiva indemnização, o contrato cessa.</p> <p>No final do prazo do contrato, em caso de vida da Pessoa Segura, há lugar ao pagamento de uma percentagem do capital seguro, de acordo com o plano contratado:</p> <table border="1" data-bbox="146 907 1484 1081"> <thead> <tr> <th>Coberturas</th> <th>Âmbito</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Morte</td> <td>Em caso de Morte, o contrato garante o pagamento do capital seguro. O pagamento deste capital poderá ser efectuado sob a forma de renda anual durante um período de 3, 5 ou 10 anos.</td> </tr> <tr> <td>Invalidez Total e Permanente ou Doença Grave</td> <td>Em caso de Invalidez Total e Permanente ou Doença Grave da Pessoa Segura, durante a vigência da presente garantia, o Segurador garante a antecipação do capital seguro.</td> </tr> </tbody> </table> <p>3.2.1. ÂMBITO TERRITORIAL</p> <p>Os riscos estão cobertos em qualquer parte do Mundo, salvo convenção em contrário.</p> <p>No entanto, na proposta de subscrição ou em momento posterior, deverão ser declaradas previamente ao Segurador, estadias e respectivos motivos em locais de risco fora dos seguintes países ou regiões: União Europeia, Suíça, Noruega, E.U.A., Canadá, Argentina, Brasil, Japão, Austrália e Nova Zelândia.</p> <p>A cobertura dos riscos nos países ou regiões que obrigam a declaração pode ser sujeita a agravamento do prémio e/ou a exclusões, dependendo da análise aos locais de risco e respectivos motivos.</p>	Coberturas	Âmbito	Morte	Em caso de Morte, o contrato garante o pagamento do capital seguro. O pagamento deste capital poderá ser efectuado sob a forma de renda anual durante um período de 3, 5 ou 10 anos.	Invalidez Total e Permanente ou Doença Grave	Em caso de Invalidez Total e Permanente ou Doença Grave da Pessoa Segura, durante a vigência da presente garantia, o Segurador garante a antecipação do capital seguro.
Coberturas	Âmbito					
Morte	Em caso de Morte, o contrato garante o pagamento do capital seguro. O pagamento deste capital poderá ser efectuado sob a forma de renda anual durante um período de 3, 5 ou 10 anos.					
Invalidez Total e Permanente ou Doença Grave	Em caso de Invalidez Total e Permanente ou Doença Grave da Pessoa Segura, durante a vigência da presente garantia, o Segurador garante a antecipação do capital seguro.					
4. EXCLUSÕES						
<p>4.1. O presente contrato nunca garante os riscos de morte, invalidez e doença grave quando sejam decorrentes de:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Incapacidade, lesão ou doença preexistentes, bem como suas consequências ou agravamentos, excepto se a situação preexistente for conhecida do Segurador antes da celebração do contrato e por aquele expressamente aceite; b) Actos ou omissões dolosos ou grosseiramente negligentes do Tomador do Seguro, da Pessoa Segura ou dos Beneficiários; c) Actos ou omissões praticados pela Pessoa Segura sobre si própria; d) Suicídio ou tentativa de suicídio da Pessoa Segura ocorrido nos dois primeiros anos de vigência do contrato ou nos dois anos que imediatamente se seguirem à data de aumento de garantias proposto pelo Tomador do Seguro, caso tal aumento não esteja previamente previsto nas Condições Particulares; e) Actos ou omissões da Pessoa Segura quando esta apresente grau de alcoolémia igual ou superior a 0,5 gramas por litro de sangue; f) Actos ou omissões da Pessoa Segura quando esta apresente evidência do uso de drogas ou de estupefacientes fora de prescrição médica; g) Apostas e desafios. <p>4.2. Salvo convenção em contrário constante das Condições Particulares, o presente contrato também não garante a morte decorrente de:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Participação, como passageiro ou condutor, em corridas de velocidade, rallies ou quaisquer outras competições ou treinos com veículos a motor; b) Prática de alpinismo, escalada, descida em <i>slide</i> ou <i>rappel</i>, saltos ou saltos invertidos com mecanismos de suspensão corporal, descida de torrentes ou correntes originadas por desníveis nos cursos de água, espeleologia, judo, artes marciais, luta, caça ou posse de animais predadores ou que reconhecidamente possam ser considerados perigosos, imersões submarinas, desportos praticados sobre a neve ou gelo, motonáutica, sky aquático, paraquedismo, parapente, tauromaquia, participação em largada de touros ou reses; c) Pilotagem de aeronaves; d) Utilização, como passageiro, de aeronaves que não sejam as de carreiras comerciais devidamente autorizadas; e) Tufões, furacões, ciclones, terramotos, maremotos, erupções vulcânicas, inundações; f) Explosão ou quaisquer outros fenómenos, directa ou indirectamente, relacionados com a desintegração ou fusão de núcleos de átomos, bem como os efeitos da contaminação radioactiva; g) Greves, alterações da ordem pública, actos de terrorismo, revolução, guerra civil, invasão e guerra, declarada ou não; <p>4.3. Para além dos riscos mencionados em 4.1, o presente contrato também não garante para as coberturas de invalidez e doença grave os riscos decorrentes de:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Acidente resultante de loucura, epilepsia ou tentativa de suicídio; b) Hérnias, qualquer que seja a sua natureza; c) Os comas de qualquer natureza, grau e intensidade; d) Intervenções cirúrgicas que não sejam necessárias por força de acidente garantido pelo seguro complementar; e) Doenças resultantes do consumo de álcool ou de bebidas alcoólicas. f) Doenças resultantes do uso de drogas ou de estupefacientes fora de prescrição médica; g) Perturbações neurológicas, psíquicas e epiléticas de qualquer natureza. 						

- h) Todas as doenças secundárias ao síndrome de imunodeficiência humana adquirida, ou com ele correlacionadas;
- i) Cicatriz de enfarte evidenciada através do electrocardiograma;
- j) Cirurgia de desobstrução coronária por cateterismo;
- k) Acidentes isquémicos transitórios (A.I.T.) e outros de maior duração mas com recuperação completa sem sequelas;
- l) Na Doença Grave "Cranco ou Neoplasia": a leucemia linfática crónica, as neoplasias não invasivas localizadas ou 'cancros in situ', os tumores em presença de qualquer vírus de imunodeficiência humana adquirida e qualquer neoplasia da pele que não seja melanoma maligno.

4.4. Salvo convenção em contrário nas Condições Particulares, a garantia de invalidez e doença grave também não abrange os riscos decorrentes da utilização de veículos motorizados de duas rodas.

5. PRÉMIO

5.1. Cálculo

O prémio é calculado no início do contrato sobre os respectivos montantes do capital seguro, tendo em conta a idade actuarial da Pessoa Segura. O prémio será constante durante o prazo do contrato, incluindo o prémio da cobertura complementar.

O prémio mínimo anual comercial bem como o prémio mínimo comercial da fracção são de 15€, ao qual acrescerá 2% de INEM.

5.2. Sobreprémios

Serão devidos sobreprémios designadamente, em caso de cobertura de algum ou alguns dos riscos excluídos, de acordo com as Condições Especiais e Condições Particulares.

O valor dos sobreprémios anuais a aplicar será calculado de acordo com as tabelas indicativas em vigor, em cada momento, no Segurador.

5.3. Pagamento dos prémios

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 fracções semestrais, trimestrais ou mensais, havendo neste caso lugar à aplicação dos seguintes encargos de fraccionamento:

Fraccionamento	Encargo de Fraccionamento
Semestral	1,0%
Trimestral	1,5%
Mensal	2,0%

Os prémios podem ser pagos por transferência bancária, ATM, Estações dos CTT, em qualquer Agência Fidelidade-Mundial ou no Mediador caso este possua poder de cobrança.

Para o fraccionamento mensal apenas é permitido efectuar o pagamento por transferência bancária.

5.4. Consequências da falta de pagamento

- A falta de pagamento do prémio na data de vencimento confere ao Segurador, nos termos legais, o direito de, após pré-aviso efectuado por escrito ou por outro meio do qual fique registo duradouro com, pelo menos, oito (8) dias de antecedência, proceder à resolução do contrato, ou à sua redução, se a modalidade contratada comportar tal direito, sem prejuízo dos direitos que assistam ao Beneficiário Aceitante.
- A resolução não exonera o Tomador do Seguro da obrigação de liquidar os prémios ou fracções 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.
- É conferido ao Tomador do Seguro o direito de repor em vigor o contrato reduzido ou resolvido por falta de pagamento do prémio, nos termos previstos no contrato.

6. CAPITAL SEGURO

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

Coberturas/Garantias	Capital Seguro		
	I	II	III
Durante o prazo do contrato			
Morte	25.000€	50.000€	75.000€
Invalidez Total e Permanente ou Doenças Graves (ITP-DG)	25.000€	50.000€	75.000€
No termo do contrato, em caso de vida da Pessoa Segura			
Plano A - 10% capital	2.500€	5.000€	7.500€
Plano B - 20% capital	5.000€	10.000€	15.000€

7. BENEFICIÁRIO

Os beneficiários em caso de morte ou de invalidez serão os designados pelo Tomador do 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 designação completos;
- Domicílio ou sede;
- Número de identificação civil e fiscal.

O beneficiário em caso de Doença Grave será a Pessoa Segura.

FALTA OU INCORRECÇÃO NA INDICAÇÃO DE BENEFICIÁRIO

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

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

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

A inexistência ou a incorrecção 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.

A inexistência ou a incorrecção dos elementos de identificação do(s) beneficiário(s) em caso de morte pode, ainda, impossibilitar o segurador de dar cumprimento aos deveres relativos à inclusão dos dados respeitantes ao(s) beneficiário(s) em caso de morte na base de dados que integra o Registo Central de Contratos de Seguros de Vida, de Acidentes Pessoais e de Operações de Capitalização, sob gestão do Instituto de Seguros de Portugal, base de dados esta relativamente à qual o designante deve assumir a exclusiva responsabilidade no que respeita à informação, relativa ao(s) beneficiário(s) em caso de morte nomeado(s), nela constante e para o efeito prestada ao Segurador, sobre o qual não recairá qualquer responsabilidade referente a erros ou omissões na referida informação, excepto quando resultem de tarefas de processamento e disponibilização da informação por si executadas.

8. DEVER DE DECLARAÇÃO INICIAL DO RISCO

- O Tomador do Seguro que seja pessoa singular dispõe de um prazo de trinta (30) dias, a contar da data da recepção da apólice, para resolver o contrato sem necessidade de invocar justa causa. A comunicação da resolução deve ser efectuada por escrito, em suporte de papel ou outro meio duradouro disponível e acessível ao Segurador.
- 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 efectuada ao abrigo do disposto no nº1, o Segurador tem direito ao valor do prémio calculado proporcionalmente ao período de tempo em que o contrato esteve em vigor, na medida em que tenha suportado o risco até à resolução do contrato, ao montante das despesas que tenha efectuado com exames médicos sempre que esse valor seja imputado contratualmente ao Tomador do Seguro, e aos custos de desinvestimento que comprovadamente tenha suportado.

9. CONDIÇÕES PARA SUBSCRIÇÃO AO SEGURO

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

	Subscrição		Termo
	Idade mínima	Idade máxima	Idade máxima
Morte	25 anos	50 anos	75 anos
ITP - DG			65 anos

No que respeita ao Beneficiário, encontram-se definidos os seguintes limites etários:

Subscrição		Termo
Idade mínima	Idade máxima	Idade máxima
0 anos	20 anos	25 anos

A fim de avaliar o risco proposto o Segurador poderá solicitar às Pessoas Seguras a realização de exames médicos que considere necessários para a adequada avaliação do risco. O Segurador informará previamente a Pessoa Segura de todos os detalhes desses exames. A Pessoa Segura poderá aceder aos resultados dos exames médicos mediante carta enviada ao Segurador indicando nome, morada e n.º de cédula profissional do seu médico assistente.

10. DURAÇÃO E RENOVAÇÃO

O contrato é celebrado por um prazo certo, o qual não pode ser inferior a cinco (5) anos nem superior a vinte e cinco (25) anos. Contudo, sem prejuízo da duração mínima, a idade da Pessoa Segura e do Beneficiário no termo do contrato não pode exceder, respectivamente, 75 anos e 25 anos.

O presente contrato de seguro extingue-se:

- Na data termo prevista nas Condições Particulares;
- Na data em que se verifique o pagamento do capital seguro, ao abrigo do Seguro Principal ou de qualquer Seguro Complementar;
- Na data em que for exercido o direito de resgate total,
- Sempre que se verifique qualquer causa de denúncia, de caducidade, de resolução ou de invalidade do contrato;

11. RESGATE

É possível efectuar o resgate total do contrato, desde que os prémios referentes aos três primeiros anos de vigência se encontrem totalmente pagos. O valor de resgate é calculado em função da idade da Pessoa Segura e do momento em que ocorre.

O resgate está sujeito a uma penalização entre 5% e 15% do valor da provisão matemática constituída, consoante o número de anos por decorrer até ao termo do período seguro contratado.

12. REDUÇÃO DAS GARANTIAS

Por iniciativa do Tomador de Seguro ou por falta de pagamento de prémios, desde que os prémios referentes aos três primeiros anos de vigência se encontrem totalmente pagos, o contrato continuará em vigor sem pagamento de mais prémios, sendo o capital seguro reduzido de acordo com as bases técnicas em vigor.

13. 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 recepção da apólice, para resolver o contrato sem necessidade de invocar justa causa. A comunicação da resolução deve ser efectuada por escrito, em suporte de papel ou outro meio duradouro disponível e acessível ao Segurador.
- 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 efectuada ao abrigo do disposto no nº 1, o Segurador tem direito ao valor do prémio calculado proporcionalmente ao período de tempo em que o contrato esteve em vigor, na medida em que tenha suportado o risco até à resolução do contrato, ao montante das despesas que tenha efectuado com exames médicos sempre que esse valor seja imputado contratualmente ao Tomador do Seguro, e aos custos de desinvestimento que comprovadamente tenha suportado.

14. 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.

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.

15. PARTICIPAÇÃO NOS RESULTADOS

Este contrato não confere Participação nos Resultados.

16. REGIME FISCAL APLICÁVEL AOS BENEFICIÁRIOS RESIDENTES (VIGENTE EM 2011)

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.

17. RECLAMAÇÕES

O Segurador dispõe de uma unidade orgânica específica para receber, analisar e dar resposta às reclamações efectuadas, sem prejuízo de poder ser requerida a intervenção do Instituto de Seguros de Portugal e da possibilidade de recurso à arbitragem.

18. 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 em conexão com algum dos elementos do contrato.

19. AUTORIDADE DE SUPERVISÃO

I.S.P. - Instituto de Seguros de Portugal.