



<input type="checkbox"/> SEGURO NOVO	<input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO À APÓLICE Nº (*)
Assinale 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 (*) SEXO: (*) F 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 (*) SEXO: (*) F M PROFISSÃO ACTUAL (*)
Nº BILHETE DE IDENTIDADE (*) Nº CONTRIBUINTE (*)
TEM SEGUROS DE VIDA EM VIGOR NO SEGURADOR? NÃO SIM CAPITAL TOTAL SEGURO , 0 0 €

3. DADOS DO CONTRATO

DATA INÍCIO DO CONTRATO: Ano Mês Dia (após aceitação pelo Segurador)					
COBERTURAS	MORTE	25.000,00 €	50.000,00 €	75.000,00 €	100.000,00 €
	DOENÇA GRAVE	12.500,00 €	25.000,00 €	37.500,00 €	50.000,00 €
	SEGUNDA OPINIÃO MÉDICA	✓	✓	✓	✓
	CAPITAL SEGURO	<input type="checkbox"/> 25.000,00 €	<input type="checkbox"/> 50.000,00 €	<input type="checkbox"/> 75.000,00 €	<input type="checkbox"/> 100.000,00 €
PERIODICIDADE DE PAGAMENTO (1):	<input type="checkbox"/> ANUAL	<input type="checkbox"/> SEMESTRAL	<input type="checkbox"/> TRIMESTRAL	<input type="checkbox"/> MENSAL (2)	
FORMA DE PAGAMENTO:	<input type="checkbox"/> AGÊNCIA / CTT / MB	<input type="checkbox"/> AGENTE	<input type="checkbox"/> DÉBITO EM CONTA (3)	NIB:	Banco Balcão Nº de Conta

(1) Sujeito ao prémio ou fracção mínima.

(2) Pagamento mensal só disponível por Débito em Conta.

(3) Preenchimento obrigatório da Autorização de Débito em Conta.

TOMADOR DO SEGURO

NOME												
Nº CONTRIBUINTE (Preenchimento Obrigatório)												

BENEFICIÁRIO(S)

EM CASO DE DOENÇA GRAVE E SEGUNDA OPINIÃO MÉDICA: PESSOA SEGURA

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													Nº Contribuinte																																																		
Data de Nascimento													Ano										Mês												Dia											Sexo:	<input type="checkbox"/>	F	<input type="checkbox"/>	M	Nº B.I.												

2. Nome Completo																																																													
Morada																																																													
Código Postal													Nº Contribuinte																																																
Data de Nascimento													Ano										Mês											Dia											Sexo:	<input type="checkbox"/>	F	<input type="checkbox"/>	M	Nº 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:

- 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;
- 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;
- 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.

Aquele 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 tenha(m) 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:	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	Data de marcação:										
			Ano						Mês			
												Dia

AUTORIZAÇÃO DE DÉBITO EM CONTA

Banco												Balcão																																
Nome do Titular																																												
NIB													Banco										Balcão											Nº 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>Tumores benignos ou malignos <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>Doença ginecológica (doença do ovário, doença do útero, alterações na citologia do colo, hemorragias anormais e outras) <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>Doença mamária (nódulos, doença fibroquística, microcalcificações, e outras) <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			
<p>Análises sangue <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>Análise urina <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>Endoscopias <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p>	<p>Radiografias <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>Ecografias <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>Biopsias <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p>	<p>TAC <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>Ressonância Magnética <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>Teste SIDA <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p>	<p>Electrocardiogramas <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>Ecocardiogramas <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>Outros <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p>
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 de 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, para candidatas com idade igual ou superior a 45 anos:

- Electrocardiograma com prova de esforço (ECGe) e Mamografia bilateral

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. ÂMBITO DO SEGURO
2.1. O que é:

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

O contrato garante as seguintes coberturas:

- Morte
- Doenças Graves
- Segunda Opinião Médica.

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

2.2. Quem pode subscrever:

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

Subscrição		Idade Máxima no Termo ⁽¹⁾
Idade Mínima	Idade Máxima	
20 anos	50 anos	60 anos

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

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 respectivos dados através de um médico por si designado.

As propostas de subscrição consideram-se aceites decorridos 14 dias após a sua recepção no Segurador, a menos que, entretanto, o candidato a Pessoa Segura seja notificado da recusa ou da sua antecipada aprovação ou da necessidade de recolher esclarecimentos adicionais para a avaliação do risco, ficando a aceitação, neste caso, dependente da entrega e análise dos elementos solicitados.

2.3. O que garante:

O pagamento do capital seguro em caso de morte, bem como a antecipação do pagamento de 50% deste capital, em caso de diagnóstico de certos tipos de cancro. O contrato garante ainda, em caso de diagnóstico de certas doenças graves, o acesso a uma Segunda Opinião Médica, prestada por um serviço médico especializado.

2.4. Âmbito das coberturas
2.4.1. COBERTURAS
2.4.1.1. MORTE

O que está seguro:

Pagamento do capital seguro previsto nas Condições Particulares em caso de morte ocorrida durante a vigência do contrato.

Equipara-se à morte o estado de coma profundo e irreversível que se prolongue ininterruptamente por 360 dias.

O que não está seguro:

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

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

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

O que está seguro:

Em caso de cancro da mama, do útero, ovários ou trompas de falópio, diagnosticado à Pessoa Segura após os primeiros 3 meses de vigência do contrato, o pagamento antecipado de 50% do capital seguro para a cobertura de Morte, mantendo-se o seguro em vigor, com este capital seguro reduzido do montante pago antecipadamente.

O que não está seguro:

- a) Cancro da mama, do útero, ovários ou trompas de falópio diagnosticado durante os 3 primeiros meses de vigência do contrato. Neste caso, serão devolvidos os prémios pagos respeitantes a esta garantia, a qual se extingue mantendo-se, contudo, o seguro em vigor;
- b) Todos os tumores ou lesões considerados benignos, pré-malignos e/ou neoplasias não invasivas localizadas ou qualquer grau de displasia;
- c) Carcinoma in situ;
- d) Lesões intra-epiteliais e do colo (CIN);
- e) Mola Hidatidiforme.

2.4.1.3. SEGUNDA OPINIÃO MÉDICA

O que está seguro:

Caso seja diagnosticada na vigência do contrato alguma das doenças abaixo enumeradas, o Segurador garante o acesso a um serviço médico especializado, prestado pela organização Best Doctors, para obtenção de segunda opinião médica.

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

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

Esta garantia abrange exclusivamente as seguintes doenças:

- CANCRO OU NEOPLASIA
- ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL
Que provoque sequelas neurológicas permanentes que determinem, por si só, uma incapacidade funcional igual ou superior a 25% de acordo com a Tabela Nacional de Incapacidades por Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais, sem aplicação dos factores correctivos nela estabelecidos para o cálculo das desvalorizações finais em função da possibilidade de reconversão para o posto de trabalho ou profissão.
- ENFARTE DO MIOCARDIO
Que origine incapacidade funcional irreversível.
- DOENÇA CORONÁRIA QUE EXIJA CIRURGIA em duas ou mais artérias coronárias a fim de corrigir estreitamento ou bloqueio exclusivamente através de enxertos de by-pass realizados quando existam sintomas de angina incapacitante.
- INSUFICIÊNCIA RENAL CRÓNICA E IRREVERSÍVEL
Que determine diálise permanente ou transplante de rins.
- TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS VITAIS
Cirurgia de transplante de coração, coração e pulmão, fígado, pâncreas e medula óssea.

O que não está seguro:

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

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

2.4.2. ÂMBITO TERRITORIAL

Os riscos estão cobertos em qualquer parte do Mundo, salvo convenção em contrário.

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.

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.

2.5. Exclusões aplicáveis a todas as coberturas

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

- a) Acções ou omissões dolosas ou grosseiramente negligentes praticadas pela Pessoa Segura, Tomador do Seguro ou Beneficiários, bem como por aqueles pelos quais sejam civilmente responsáveis;
- b) Acções 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 detectado um grau de alcoolémia no sangue superior a 0,5 gramas por litro.

2.5.2. Estão também excluídas de todas as coberturas do seguro, salvo convenção em contrário, as seguintes situações:

- a) Guerra, invasão, acto de inimigo estrangeiro, hostilidades ou operações bélicas, guerra civil, insurreição, rebelião e revolução;
- b) Actos de terrorismo, como tal considerados pela legislação penal portuguesa vigente;
- c) Greves, distúrbios laborais, tumultos, alterações de ordem pública;
- d) Explosão, libertação de calor e irradiações provenientes de cisão de átomos ou radioactividade 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, excepto como passageiro de linha aérea regular;
- g) Corridas de velocidade organizadas para veículos de qualquer natureza, motorizados ou não, e respectivos treinos;
- h) Prática das seguintes actividades:
 - 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; taumaquia;
 - h5) Prática desportiva em competições, estágios e respectivos treinos.

2.5.3. Estão igualmente excluídos das coberturas de doenças graves e segunda opinião médica, salvo convenção em contrário constante das Condições Particulares, os sinistros devidos a:

- a) Doenças ou incapacidades pré-existentes à data da aceitação do contrato de seguro;
- b) Todas as doenças secundárias ou tumores associados ao síndrome de imunodeficiência humana adquirida, ou com ele correlacionadas;
- c) Suicídio ou tentativa de suicídio;
- d) Acidentes resultantes da utilização de veículos motorizados de duas ou três rodas ou motoquatro;
- e) Desportos de Inverno, designadamente, *bobsleigh*, saltos de esqui, prática de esqui, *snowboard*, *snowblade*, hóquei sobre gelo;
- f) Artes marciais e desportos de combate.

3. PRÉMIO

3.1. Cálculo

O cálculo do valor do prémio é anual.

O prémio das coberturas de morte e doenças graves é calculado sobre os respectivos montantes do capital seguro, tendo em conta a idade actuarial da Pessoa Segura, as condições de aceitação do risco e as coberturas em vigor.

O valor do prémio da cobertura de Segunda Opinião Médica será de 4,5€.

Ao valor do prémio total acrescerá 2% de INEM.

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 máximos de fraccionamento:

Semestral	1,0%
Trimestral	1,5%

Os prémios podem ser pagos por Débito em Conta, Agências Fidelidade Mundial, Agentes ou Mediadores com poder de cobrança, Cobrança Postal ou Multibanco. O pagamento por Débito em Conta fica isento de encargos de fraccionamento.

O prémio mensal é pago exclusivamente por Débito em Conta.

As taxas de prémio em vigor estão disponíveis para consulta nas agências da Fidelidade Mundial.

3.2. Alteração do prémio

Os prémios relativos às coberturas de morte e doenças graves serão alterados durante a vigência do contrato quando se verifique alteração dos riscos cobertos, capitais seguros, tarifas ou idades actuariais.

Não haverá agravamento do prémio da cobertura de doenças graves quando ocorra de agravamento do estado de saúde.

3.3. Consequências da falta de pagamento

O prémio ou fracção inicial é devido na data da celebração do contrato. Os prémios ou fracções seguintes são devidos nas datas indicadas no contrato.

As datas de vencimento das fracções, os seus montantes e as consequências da falta de pagamento constarão do aviso de pagamento. A falta de pagamento do prémio na data de vencimento confere ao Segurador o direito de resolver o contrato por escrito, no termo do prazo indicado na comunicação enviada.

A resolução do contrato não exonera o Tomador do Seguro da obrigação de pagar os prémios ou 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.

O Tomador do Seguro pode repor em vigor o contrato, nas condições originárias e sem novo exame médico, mediante o pagamento dos respectivos prémios em atraso, acrescidos de juros de mora legais, no prazo máximo de 180 dias a contar da data da resolução.

4. CAPITAL SEGURO

Estão disponíveis quatro opções de capital seguro, cabendo ao cliente escolher a opção pretendida para o conjunto das coberturas:

Coberturas		Capital Seguro			
		A	B	C	D
Morte		25.000€	50.000€	75.000€	100.000€
Doenças Graves		12.500€	25.000€	37.500€	50.000€
Segunda Opinião Médica	Best Doctors	Ilimitado	Ilimitado	Ilimitado	Ilimitado
	Fora da Rede Best Doctors	250€	250€	250€	250€

5. BENEFICIÁRIO

Em caso de morte, os beneficiários serão os designados pelo Tomador do Seguro. Em caso de Doença Grave ou Segunda Opinião Médica, o beneficiário é a Pessoa Segura.

A designação de beneficiário(s) em caso de morte nominativamente identificado(s) carece da indicação dos seguintes elementos obrigatórios relativos ao(s) beneficiário(s):

- Nome ou designação completos;
- Domicílio ou sede;
- Número de identificação civil e fiscal.

FALTA OU INCORRECÇÃO NA INDICAÇÃO DE BENEFICIÁRIO

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

A inexistência ou a 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.

6. DEVER DE DECLARAÇÃO INICIAL DO RISCO

Antes da celebração do contrato, o Tomador do Seguro e a Pessoa Segura estão obrigados a declarar com exactidão todas as circunstâncias que conheçam e razoavelmente devam ter por significativas para a apreciação do risco pelo Segurador, ainda que a respectiva menção não seja solicitada em questionário por este fornecido.

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

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

7. DURAÇÃO, RENOVAÇÃO E DENÚNCIA DO CONTRATO

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

O contrato é celebrado por um ano, renovando-se automaticamente por iguais períodos de tempo até ao termo da anuidade em que a Pessoa Segura perfaça 60 anos, salvo se for denunciado por qualquer das partes ou se não for pago o prémio.

Qualquer das partes pode denunciar o contrato com a antecedência mínima de 30 dias em relação ao termo da anuidade. As garantias contratuais entram em vigor no dia e hora indicado nas Condições Particulares, que corresponderá à data de aceitação por parte do Segurador, se esta for posterior, e prorrogam-se sucessivamente por períodos de um ano nas datas de renovação do contrato, salvo se este for denunciado por qualquer das partes ou se não for pago o prémio.

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

8. OBRIGAÇÕES DAS PARTES EM CASO DE SINISTRO

1. Obrigações do Segurador

Pagar as indemnizações até ao 30º dia após o apuramento dos factos relativos à ocorrência do sinistro e das suas causas, circunstâncias e consequências e a entrega dos documentos respectivos.

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

2. Obrigações do Tomador do Seguro, da Pessoa Segura e do Beneficiário

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

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

c) Entregar ao Segurador os documentos comprovativos da identidade e qualidade de Beneficiário ou de herdeiro com direito à indemnização, bem como:

c1) Em caso de morte

- Certificado de óbito;

- Se a morte for consequência de doença, promover o envio a médico designado pelo Segurador de declaração do médico assistente que especifique a causa e circunstâncias da morte, a data de diagnóstico e a duração da doença ou lesão;

- Se a morte for consequência de acidente, promover o envio a médico designado pelo Segurador do relatório da autópsia da Pessoa Segura e auto de ocorrência incluindo os resultados dos testes toxicológicos e de alcoolémia;

c2) Em caso de doença grave:

- Promover o envio a médico designado pelo Segurador de relatório do médico assistente da especialidade adequada, contendo o diagnóstico inequívoco, demonstrável e fundamentado, que mencione e caracterize expressamente a data dos primeiros sintomas, os critérios clínicos e os meios de diagnóstico utilizados, a evolução, situação clínica actual, terapêuticas e prognóstico;

c3) Em caso de opinião médica:

- 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 actual, terapêuticas e prognóstico.

d) A Pessoa Segura está obrigada a cumprir todas as prescrições médicas, sujeitar-se a exame por médico designado pelo Segurador e a autorizar os médicos que a assistiram a prestarem a médico designado pelo Segurador todas as informações solicitadas.

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

A verificação de incorrecção na idade da Pessoa Segura declarada na apólice, determina a redução das importâncias seguras de acordo com os prémios pagos, a idade exacta e as tarifas em vigor, ou a devolução da parte do prémio pago em excesso, sem juros, se dessa incorrecção tiver decorrido o pagamento de prémios, respectivamente, inferiores ou superiores aos que deveriam ter sido estabelecidos, sem prejuízo do disposto nas Condições Gerais da Apólice em matéria de inexactidão da declaração inicial do risco.

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.

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

A recusa de consentimento nos termos e para os efeitos acima referidos poderá determinar, no caso de existirem indícios que evidenciem ter havido omissões ou inexactidões aquando da declaração do risco e ou da participação do sinistro, que o Segurador fique impossibilitado de proceder, enquanto não forem prestadas as informações por ele requeridas, à regularização de sinistro que vier a ser participado ao abrigo do contrato de seguro.

10. PROCEDIMENTOS PARA ACCIONAR A GARANTIA DE SEGUNDA OPINIÃO MÉDICA

A solicitação deste serviço deverá ser efectuada pela Pessoa Segura directamente à Cares, Call Center da Best Doctors em Portugal, através do telefone **808 201 781**, indicando para o efeito: nome, número de apólice e contacto.

Quando contactada, esta entidade assume a responsabilidade pela recolha de todos os elementos clínicos e de diagnóstico facultados pela Pessoa Segura, com vista à elaboração do processo clínico, e efectua o seu encaminhamento para a Best Doctors. Deste envio resultará um parecer, que poderá, ou não, confirmar o diagnóstico, aconselhando ou apresentando tratamentos alternativos por médicos especialistas de renome mundial.

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

11. PARTICIPAÇÃO NOS RESULTADOS

Este contrato não confere Participação nos Resultados.

12. RECLAMAÇÕES

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

13. 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.

14. 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.

15. AUTORIDADE DE SUPERVISÃO

Instituto de Seguros de Portugal.