

Novo Alteração *

N.º Apólice Agente/Mediador

Data de início Gestor de Rede

Singular Empresa Venda Cruzada Enquadramento Comercial

* Em caso de alteração, preencher o n.º de apólice e os campos a alterar

1 TOMADOR DO SEGURO**1.1 Dados Obrigatórios**

N.º Cliente

Nome

Morada

N.º Andar Código Postal -

Localidade País Morada

Email

Telefone País Contacto Telefónico N.º Contribuinte

1.2 Cliente Individual

Data Nascimento - - Sexo: M F

B. Identidade/C. Cidadão Data de Validade - -

Nacionalidade País Naturalidade

Dupla Nacionalidade: Não Sim Qual?

Ent. Patronal N.º Contribuinte (Ent. Patronal)

Profissão

Obrigações ou Residência Fiscal noutro(s) país(es) Não Sim N.º Contribuinte Estrangeiro

Se sim, indique Residência Fiscal

Código Postal - País

Ligações aos EUA: Tem nacionalidade ou é cidadão dos EUA, é ou foi detentor de Green Card, tem residência fiscal nos EUA ou residiu neste país por mais de 182 dias nos últimos 3 anos. Não Sim

ALTOS CARGOS PÚBLICOS (PEP)

Exerce ou exerceu, durante o último ano, um alto cargo de natureza política ou pública? Não Sim

Em caso afirmativo, identifique o cargo

Possui relações de parentesco próximo (cônjuge, pais ou filhos e respetivos cônjuges, ou unidos de facto) com uma pessoa titular de um alto cargo de natureza política ou pública? Não Sim

Em caso afirmativo, identifique o cargo do familiar em causa

Possui relações de natureza comercial ou societária, com uma pessoa titular de um alto cargo de natureza política ou pública? Não Sim

Em caso afirmativo, identifique a relação existente

1.3 Cliente Coletivo

Nome/Designação

CAE Objeto Social

Sede Social Sucursal País da Sede Social País de Constituição

Morada Sede Social

N.º Andar Código Postal -

Localidade País Residência Fiscal

N.º Empregados: 1 a 4 5 a 9 10 a 19 20 a 49 50 a 199 + de 200 Ano Início Atividade

Volume de Faturação (milhares de €): Até 149 De 150 a 499 De 500 a 2.499 Mais de 2.500

Forma Jurídica: Emp. Nome Individual Emp. Pública Soc. Unipessoal Soc. por Quotas Soc. Anónima Outra, qual?

PARA EFEITOS DO REGIME FATCA/CRS/IFR O CLIENTE É CONSIDERADO:Empresa constituída ao abrigo da lei dos EUA ou com relação com os EUA sendo considerados US Person (Pessoa dos EUA)? Não Sim Entidade Não Financeira Ativa (Active NFFE) Entidade Não Financeira Passiva (Passive NFFE) Instituição Financeira Caso a empresa seja Instituição Financeira, indique o GIIN (Global Intermediary Identification Number) **Identificação dos Sócios ou Acionistas (com Participação no Capital ou Direitos de Voto Igual ou Superior a 5%)**Nome Data Nascimento - - NIF Participação %B. Identidade/C.Cidadão Data de Validade - - Nacionalidade Morada Nome Data Nascimento - - NIF Participação %B. Identidade/C.Cidadão Data de Validade - - Nacionalidade Morada Nome Data Nascimento - - NIF Participação %B. Identidade/C.Cidadão Data de Validade - - Nacionalidade Morada Nome Data Nascimento - - NIF Participação %B. Identidade/C.Cidadão Data de Validade - - Nacionalidade Morada **Identificação dos Titulares dos Órgãos de Gestão da Pessoa Coletiva (Órgãos de Administração ou Equivalente)**Nome Data Nascimento - - NIF Nacionalidade B. Identidade/C.Cidadão Data de Validade - - Morada Nome Data Nascimento - - NIF Nacionalidade B. Identidade/C.Cidadão Data de Validade - - Morada Nome Data Nascimento - - NIF Nacionalidade B. Identidade/C.Cidadão Data de Validade - - Morada **Preencher obrigatoriamente:**

Auto-Certificação FATCA/CRS (modelo 3500-V887), se:

- Tiver respondido "Sim" à questão "Ligações aos EUA" da página 1
- Algum dos campos assinalados for E.U.A., Samoa Americana, Guam, Ilhas Marianas do Norte, Porto Rico ou Ilhas Virgens Americanas
- O Cliente for uma Entidade Não Financeira Passiva (Passive NFFE)

Nome Data Nascimento - - NIF Nacionalidade B. Identidade/C.Cidadão Data de Validade - - Morada Nome Data Nascimento - - NIF Nacionalidade B. Identidade/C.Cidadão Data de Validade - - Morada **2 SEGURADO/PESSOA SEGURA (Preencher se for diferente do Tomador do Seguro)****2.1 Dados Obrigatórios**N.º Cliente Nome Morada N.º Andar Código Postal - Localidade País Morada Email Telefone País Contacto Telefónico N.º Contribuinte Data Nascimento - - Sexo: M F B. Identidade/C.Cidadão Data de Validade - - Nacionalidade País Naturalidade Dupla Nacionalidade: Não Sim Qual? Ent. Patronal N.º Contribuinte (Ent. Patronal) Profissão **OUTROS DADOS PARA EFEITOS FISCAIS? (Também obrigatórios no âmbito do regime RCIF/FATCA)**Obrigações ou Residência Fiscal noutro(s) país(es) Não Sim N.º Contribuinte Estrangeiro Se sim, indique Residência Fiscal Código Postal - País Ligações aos EUA: Tem nacionalidade ou é cidadão dos EUA, é ou foi detentor de Green Card, tem residência fiscal nos EUA ou residiu neste país por mais de 182 dias nos últimos 3 anos. Não Sim **ALTOS CARGOS PÚBLICOS (PEP)**Exerce ou exerceu, durante o último ano, um alto cargo de natureza política ou pública? Não Sim Em caso afirmativo, identifique o cargo Possui relações de parentesco próximo (cônjuge, pais ou filhos e respetivos cônjuges, ou unidos de facto) com uma pessoa titular de um alto cargo de natureza política ou pública? Não Sim Em caso afirmativo, identifique o cargo do familiar em causa Possui relações de natureza comercial ou societária, com uma pessoa titular de um alto cargo de natureza política ou pública? Não Sim Em caso afirmativo, identifique a relação existente **Preencher obrigatoriamente:**

Auto-Certificação FATCA/CRS (modelo 3500-V887), se:

- Tiver respondido "Sim" à questão "Ligações aos EUA"

- Algum dos campos assinalados for E.U.A., Samoa Americana, Guam, Ilhas Marianas do Norte, Porto Rico ou Ilhas Virgens Americanas

- O Cliente for uma Entidade Não Financeira Passiva (Passive NFFE)

3 PESSOA QUE ATUA EM NOME DO TOMADOR DO SEGURO (preencher se aplicável)**3.1 Dados Obrigatórios**

Nome

Morada

N.º Andar Código Postal -

Localidade País Morada

Nacionalidade Profissão

Data Nascimento - - Sexo: M F N.º Contribuinte

B. Identidade/Cidadão Data de Validade - -

Relação de parentesco entre o Cliente e Pessoa que atua em seu nome:

Cônjuge Filho(a) Mãe Pai Neto(a) Outro Dependente Avô(ó) Outro Adulto

Outra relação Tipo de Entidade Legal (se aplicável)

OUTROS DADOS PARA EFEITOS FISCAIS? (Também obrigatórios no âmbito do regime RCIF/FATCA)

Obrigações ou Residência Fiscal noutro(s) país(es) Não Sim N.º Contribuinte Estrangeiro

Se sim, indique Residência Fiscal

Código Postal - País

Ligações aos EUA: Tem nacionalidade ou é cidadão dos EUA, é ou foi detentor de Green Card, tem residência fiscal nos EUA ou residiu neste país por mais de 182 dias nos últimos 3 anos. Não Sim

ALTOS CARGOS PÚBLICOS (PEP)

Exerce ou exerceu, durante o último ano, um alto cargo de natureza política ou pública? Não Sim

Em caso afirmativo, identifique o cargo

Possui relações de parentesco próximo (cônjuge, pais ou filhos e respetivos cônjuges, ou unidos de facto) com uma pessoa titular de um alto cargo de natureza política ou pública? Não Sim

Em caso afirmativo, identifique o cargo do familiar em causa

Possui relações de natureza comercial ou societária, com uma pessoa titular de um alto cargo de natureza política ou pública? Não Sim

Em caso afirmativo, identifique a relação existente

Preencher obrigatoriamente:

Auto-Certificação FATCA/CRS (modelo 3500-V887), se:

- Tiver respondido "Sim" à questão "Ligações aos EUA"

- Algum dos campos assinalados for E.U.A., Samoa Americana, Guam, Ilhas Marianas do Norte, Porto Rico ou Ilhas Virgens Americanas

- O Cliente for uma Entidade Não Financeira Passiva (Passive NFFE)

4 DURAÇÃO DO SEGURO

Prazo Fixo: 8 anos e 1 dia

5 COBERTURAS, CAPITAL SEGURO E PRÊMIO
5.1 Coberturas Obrigatórias
 Opções de Investimento (Carteiras)

O valor investido é aplicado em partes iguais em 2 componentes: 50% na Componente Garantida e 50% na Componente Variável Protegida. A Componente Garantida tem uma garantia de 100% e a Componente Variável Protegida tem um nível de proteção de 80% do valor mais alto alcançado pelo fundo associado.

	% do Prémio
<input type="checkbox"/> Componente Garantida	50%
<input type="checkbox"/> Componente Variável Protegida	50%
Total: 100%	

O valor do investimento é indicado pelo Tomador do Seguro e será utilizado para a constituição do Saldo que será dividido entre as duas carteiras de investimento.

Uma vez por ano, no segundo dia útil de janeiro e com base na cotação a 31 de dezembro do ano imediatamente anterior, caso o saldo da Componente Variável Protegida seja superior ao saldo da Componente Garantida, será feita uma redistribuição automática do saldo acumulado da Apólice, **de forma a assegurar que é mantida a distribuição de 50% para cada uma das componentes.**

Valor do Investimento: _____

 Periodicidade de pagamento: Único

5.2 Cobertura Opcional
 Cobertura Morte (Escolha a opção de capital pretendida conforme a idade da Pessoa Segura)

Idade Pessoa Segura	Valores de Capital Seguro disponíveis (1)				
	5.000€	10.000€	15.000€	20.000€	25.000€
Até 50 anos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51 a 60 anos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	n.a	n.a
61 a 65 anos	<input type="checkbox"/>	n.a	n.a	n.a	n.a

Prémio anual (2): _____

(1) O Capital Seguro da cobertura corresponde a um valor fixo ao longo da vigência do contrato. As opções disponíveis dependem da idade atuarial da Pessoa Segura no momento da subscrição. Em caso de morte da Pessoa Segura antes do fim do contrato, o valor pago ao(s) Beneficiário(s) corresponderá à soma do Saldo da Componente Garantida e da Componente Variável Protegida, no dia em que o Segurador tenha conhecimento do falecimento, acrescida deste valor de capital.

(2) O valor do prémio é calculado de acordo com a idade atuarial do Segurado/Pessoa Segura e Capital Seguro selecionado. Na primeira anuidade, o custo será acrescido ao valor do investimento feito. A partir da segunda anuidade, será debitado todos os anos ao saldo da apólice na data da renovação do contrato, numa proporção 50/50.

6 MODALIDADE DE PAGAMENTO

Autorização de Débito Direto SEPA
SEPA Direct Debit Mandate

Referência da autorização (ADD) a completar pelo Credor.
Mandate reference – to be completed by the creditor.

Ao subscrever esta autorização, está a autorizar o CREDOR a enviar instruções ao seu BANCO para debitar a sua conta e, simultaneamente, a autorizar o seu BANCO a debitar a sua conta, de acordo com as instruções do CREDOR.
 Os seus direitos incluem a possibilidade de exigir do seu BANCO o reembolso do montante debitado, nos termos e condições acordados com o seu BANCO. O reembolso deve ser solicitado até um prazo de oito semanas, a contar da data do débito na sua conta. Preencha por favor todos os campos assinalados com *.

By signing this mandate form, you authorise the CREDITOR to send instructions to your BANK to debit your account and authorise your BANK as well to debit your account in accordance with the instructions from CREDITOR.
 As part of your rights, you are entitled to a refund from your BANK under the terms and conditions of your agreement with your BANK. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited. Please complete all the fields marked *.

Identificação do Devedor

Debtor identification

Nome do(s) Devedor(es) /
Name of the debtor(s)*

Nome de rua e número /
Street name and number*

Código Postal / Postal code* - Cidade / City*

Pais / Country*

Número de conta - IBAN /
Account number - IBAN*

BIC SWIFT /
SWIFT BIC

Identificação do Credor

Creditor identification

Nome do Credor /
Creditor name GENERALI SEGUROS, S. A.

Identificação do Credor /
Creditor identifier PT39102631

Nome de rua e número /
Street name and number A.V. DA LIBERDADE, 242

Código Postal / Postal code 1250 - 149 Cidade / City LISBOA

Pais / Country PORTUGAL

Tipos de pagamento

Type of payments

Pagamento recorrente / Recurrent payment

Local onde está a assinar

Location in which you are signing

Localidade / Location Data / Date - -

Assinar aqui por favor:

Please sign here

Assinatura(s) / Signature(s)*

Os seus direitos, referentes à autorização acima referida, são explicados em declaração que pode obter no seu Banco.
Your rights regarding the above mandate are explained in a statement that you can obtain from your bank.

Pessoa em representação
da qual o pagamento é
efetuado (Tomador do
Seguro)

Person on whose behalf
payment is made (Policy
Holder)

Nome do Devedor representado: se realizar um pagamento no âmbito de um acordo entre o CREDOR e outra pessoa (p.e. quando está a liquidar uma fatura de uma terceira entidade), escreva aqui por favor o nome da outra pessoa. Se está a pagar diretamente por sua conta, não preencha este campo.
Name of the Debtor Reference Party: If you are making a payment in respect of an arrangement between CREDITOR and another person (e.g. where you are paying the other person's bill) please write the other person's name here. If you are paying on your own behalf, leave blank.

Código de identificação do Devedor representado.
Identification code of the Debtor Reference Party.

Relativamente ao Contrato:

In respect of the contract:

Número de Identificação do contrato subjacente.
Identification number of the underlying contract.

Descrição do Contrato.
Description of contract.

Observações

7 BENEFICIÁRIOS

Morte: Herdeiros legais do Segurado/Pessoa Segura Outros *
Vida: Segurado/Pessoa Segura Outros *

* Preencher a Minuta de Beneficiários (modelo 9000-V752)

8 DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Necessária apenas quando selecionada a Cobertura Complementar de Morte.

Neste caso o Segurado/Pessoa Segura deverá responder com rigor, precisão e cuidado a seguinte Declaração de Saúde:

Tem ou já alguma vez teve restrições na sua capacidade de ganho ou interrupções na sua atividade profissional por doença ou acidente, por um período superior a cinco (5) dias? (se for Mulher, exclui o motivo de gravidez) Não Sim

Tem conhecimento de ter alguma doença, deficiência física ou ter contraído uma doença infeto-contagiosa? Não Sim

Já sofreu algum acidente, foi submetido ou está a aguardar a realização de uma intervenção cirúrgica ou internamento hospitalar? Não Sim

Está a aguardar o resultado de testes laboratoriais ou outros exames auxiliares de diagnóstico? Não Sim

Lido e Aprovado: _____, _____ / _____ / _____

Assinatura Conforme BI/C.Cidadão do
Segurado/Pessoa Segura

9 DECLARAÇÕES / DADOS PESSOAIS**10.1 Declarações**

O Tomador do Seguro e o Segurado/Pessoa Segura GARANTE(M) a exatidão e completude das declarações prestadas na presente Proposta e Declaração de Saúde, quando houver lugar ao preenchimento da mesma, sob pena de incorrer nas consequências previstas nos artigos 25º e 26º do Regime Jurídico do Contrato de Seguro (DL n.º 72/2008, de 16 de abril). Nesta conformidade, caso se trate de uma inexactidão ou omissão dolosa, o contrato será anulado e os sinistros recusados. Em caso de inexactidão ou omissão negligente, o contrato será alterado e os sinistros garantidos na proporção da diferença entre o prémio pago e o prémio que seria devido se o facto inexacto ou omitido fosse conhecido, sem prejuízo da possibilidade de o Segurador poder anular o contrato caso se prove que em caso algum o teria celebrado se tivesse conhecido o facto omitido ou inexacto, salvo se entretanto ocorrer a incontestabilidade do contrato.

DECLARA(M) terem-lhe sido prestadas todas as informações relevantes para a subscrição do presente Contrato, nomeadamente as suas principais características, âmbito das garantias e exclusões e demais esclarecimentos exigíveis nos termos previstos no artigo 18º e 185º do DL n.º 72/2008, de 16 de abril, bem como ter recebido a "Nota Informativa" (Páginas 9 a 12 da Presente Proposta) com um resumo das Condições Gerais e Especiais aplicáveis ao contrato e ainda o Documento de Informação Fundamental.

DECLARA(M) ter tomado conhecimento de que o Segurador deve informar o Beneficiário (no caso de ter sido nomeado pelo Tomador do Seguro) da existência deste contrato e do seu direito ao Capital Seguro exceto nos casos em que a designação beneficiária seja confidencial ou nos casos em que não tenham sido facultados os elementos suficientes para dar cumprimento aos deveres de informação e comunicação previstos na lei.

DECLARA(M) ainda terem-lhe sido explicadas e colocadas à disposição, no ato da celebração do contrato, as Condições Gerais aplicáveis à Apólice de Seguro, que, para sua maior comodidade, se encontram disponíveis, a todo o tempo, para consulta ou impressão no site do Segurador.

DECLARA(M) ter sido informado que todas as condições ao abrigo deste Contrato só terão efeito após aceitação por parte do Segurador, emissão das condições particulares da apólice e pagamento do primeiro recibo de prémio.

DECLARA(M) ainda ter tomado conhecimento que o presente Contrato será afeto à carteira de seguros do seu Mediador, competindo a este último assegurar a prestação de quaisquer esclarecimentos relacionados com os deveres de informação.

Declaração autónoma de cedência de autorização de recolha de elementos clínicos

O titular consente expressamente que o Segurador, a AdvanceCare - Gestão de Serviços de Saúde, S.A., ou outros subcontratantes procedam ao tratamento de dados de saúde complementares, em regime de absoluta confidencialidade, recolhidos junto de organismos públicos e empresas especializadas, e autoriza que estas prestem ao médico designado pelo Segurador, as informações e documentos que lhes sejam por estes solicitados no âmbito da autorização agora conferida, mesmo depois de constatado o óbito, tendo em vista a confirmação ou o complemento dos elementos recolhidos necessários à gestão da relação contratual. O titular consente igualmente, de forma expressa, que o Segurador faculte cópia de documento de identificação, quando solicitado.

Lido e Aprovado: _____, _____ / _____ / _____

Assinaturas: _____

Assinatura Conforme BI/C.Cidadão do
Tomador do Seguro

Assinaturas: _____

Assinatura Conforme BI/C.Cidadão do
Segurado/Pessoa Segura

10 INFORMAÇÕES DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO POR PARTE DO AGENTE

Confirmando ter validado os dados indicados na presente Proposta pelo Tomador do Seguro/Segurado, mediante a exibição/cópia dos respetivos documentos comprovativos, conforme instruções recebidas pelo Segurador.

Confirmando ainda ter validado o meio de pagamento utilizado pelo Tomador do Seguro, bem como a titularidade da conta bancária associada ao mesmo:

- Meio de Pagamento: Débito em Conta

- Titular da conta associada ao meio de pagamento: Tomador do Seguro

N.º de Agente:

(Assinatura Agente)

11 DOCUMENTOS COMPROVATIVOS

- Comprovativo de titularidade do IBAN indicado na Autorização de Débito Direto SEPA.
- Cópia do Cartão de Cidadão ou Bilhete de Identidade, ou outro documento equivalente no qual conste a filiação.
- Cópia da carta de condução ou outro documento em que conste a morada completa (por exemplo recibo de Água, Gás ou Eletricidade).
- Cópia da cédula ou cartão profissional ou recibo de remuneração (artigo 3.1.1 da Norma Regulamentar n.º 10/2005-R do Instituto da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões (ASF)).
- Quando o Tomador for uma Pessoa Coletiva, o documento comprovativo da identidade do titular do Órgão de Gestão da Pessoa Coletiva, bem como do Titular da Participação no capital e dos direitos da Pessoa Coletiva, se valor for igual ou superior a 25%, caso exista.
- Consentimento do titular dos Dados Pessoais (preencher o modelo 5500-433).
- Quando o Tomador for uma Pessoa Coletiva, Minuta de Beneficiários com identificação dos Beneficiários Efetivos (preencher o modelo 9000-V752).
- Avaliação de Idoneidade - Perfil de Investidor (preencher o modelo 9000-V981D).
- Em caso de relações de negócios de risco elevado, preencher Declaração de Proveniência e Justificação de Fundos (preencher o modelo 3500-V023).

Responsável pela Identificação

Assinatura
(obrigatória)

12 GLOSSÁRIO

RCIF: Regime de comunicação de Informações Financeiras

FATCA: Foreign Account Tax Compliance Act (sistema de comunicação de informações, aprovado pela Lei n.º 82-B/2014, de 31/12, que visa prevenção da evasão fiscal)

PEP (Pessoas Expostas Politicamente): Pessoas singulares que desempenham, ou desempenharam até há um ano, altos cargos de natureza política ou pública, bem como os membros próximos da sua família e pessoas que reconhecidamente tenham com elas estreitas relações de natureza societária ou comercial (exemplos: membros de órgãos de soberania, membros de órgão de natureza executiva da Administração central, regional e local, etc.)

BENEFICIÁRIO EFETIVO: Pessoa física que controla, através da propriedade das participações sociais ou de outros meios, definidos na Lei 83/2017, de 18 de agosto, uma empresa, associação, fundação, entidade empresarial, sociedade civil, cooperativa, fundo ou trust. Exemplos de indicadores de controlo de entidade: Detenção de 25% do capital social, de forma direta (propriedade) ou indireta (direitos de voto); Direitos especiais que permitem controlar a entidade. Em casos especiais, a direção de topo (gerente, administrador, diretor, etc.)

CRS: O CRS (Norma Comum de comunicação ou Common Reporting Standard) resulta da Diretiva comunitária 2014/107/EU do Conselho Europeu. Visa a prevenção da evasão fiscal e assegura o reporte fiscal

IFR: Informação Financeira de Residentes, que se encontra regulamentada pela Lei n.º 17/2019, de 14 de fevereiro, que estabelece o regime de comunicação obrigatória de informações financeiras.

NOTA INFORMATIVA**Tranquilidade Investimento Protegido**

A presente Nota Informativa não substitui a leitura das Condições Gerais e Especiais aplicáveis ao presente Contrato, constituindo apenas um resumo das mesmas.

Para sua maior comodidade, o Segurador disponibiliza ainda, a todo o tempo, no seu site, as Condições Gerais aplicáveis ao seu contrato para consulta ou impressão.

O Contrato

O Seguro de vida financeiro ligado a fundos de investimento, classificado como Produto de Investimento com base em Seguros ou IBIP (*Insurance Based Investment Product*) com prazo fixo e designado comercialmente **Tranquilidade Investimento Protegido**, tem como objetivo o pagamento do Saldo da Apólice no fim do prazo do Contrato em caso de vida do Segurado/Pessoa Segura.

Em caso de morte do Segurado/Pessoa Segura antes do fim do prazo do Contrato, o seguro garante o pagamento do Saldo da Apólice ao(s) Beneficiário(s) designado(s), sem a aplicação do encargo de resgate, ao qual soma o capital da Cobertura Complementar, quando contratada, conforme indicado nas Condições Particulares.

Quais são as garantias?**I) Coberturas Principais:**

O contrato garante a constituição de um Saldo que será distribuído entre as seguintes carteiras:

A) COMPONENTE GARANTIDA

50% do prêmio investido será alocado a uma componente financeira de capital garantido, que assegura que o montante aqui aplicado não sofre risco de desvalorização. Sobre a carteira é aplicada uma taxa anual garantida definida anualmente, nos primeiros quinze (15) dias do ano civil.

B) COMPONENTE VARIÁVEL PROTEGIDA

50% do prêmio investido será alocado a uma componente de capital investido protegido a 80% do valor mais alto alcançado pelo fundo desde o início da vigência do mesmo, com o objetivo de obter valorização do capital em função dos mercados, durante o prazo do contrato.

Em qualquer momento, o Saldo da Apólice é igual ao total da soma do valor da poupança na Componente Garantida com o investimento na Componente Variável Protegida, refletindo os valores investidos e desinvestidos pelo Tomador do Seguro no prazo do contrato.

II) Cobertura Complementar:

Para além das Coberturas Principais, poderá ainda ficar garantida a Cobertura Complementar de Morte, se subscrita:

MORTE

Acresce ao pagamento antecipado do Saldo da Apólice o pagamento do capital seguro ao(s) Beneficiário(s) designado(s) em caso de morte do Segurado/Pessoa Segura por doença ou acidente.

Valorização do contrato

O Saldo alocado às Coberturas Principais do contrato é investido em Fundos Autónomos, onde as importâncias investidas são convertidas em Unidades de Participação.

COMPONENTE GARANTIDA

O capital da Componente Garantida é calculado ao dia da seguinte forma:

- A 31 de dezembro de cada ano, o capital constituído corresponde ao total do capital garantido, capitalizado à taxa definida do ano, líquido de encargos e de eventuais resgates;
- Nos restantes dias do ano, o capital constituído coincide com o capital garantido, capitalizado à quota-parte da taxa definida do ano, líquido de encargos e de eventuais resgates.

COMPONENTE VARIÁVEL PROTEGIDA

Em qualquer momento, o valor do capital é igual ao número de Unidades de Participação existentes no contrato multiplicado pelo respetivo Valor Unitário da Unidade de Participação naquela data. O Valor Unitário da Unidade de Participação é variável no tempo, em função da evolução do valor de mercado dos ativos que integram o Fundo, sendo garantido pelo Segurador o Nível de Proteção (80% do valor mais alto alcançado pelo fundo, desde o início da vigência do mesmo).

A alteração do Valor Unitário da Unidade de Participação será refletida no Saldo da Componente Variável Protegida, podendo o seu valor oscilar de forma positiva ou negativa.

No momento da subscrição, o Tomador do Seguro e o Segurado/Pessoa Segura tomam conhecimento de que, pelas características desta aplicação, existe o risco de desvalorização de capital.

Rebalanceamento

Uma vez por ano, no segundo (2º) dia útil de cada ano e com base na cotação a 31 de dezembro do ano imediatamente anterior, poderá ou não haver rebalanceamento, em função do saldo de cada uma das componentes do contrato.

- Haverá rebalanceamento se o saldo da Componente Variável Protegida for superior ao saldo da Componente Garantida. Será feita uma redistribuição automática do saldo acumulado da Apólice, de forma a assegurar a distribuição do saldo em 50% para cada uma das componentes;
- Se o saldo da Componente Variável Protegida for inferior ao saldo da Componente Garantida, não será feita qualquer redistribuição do saldo.

Quais as opções de capital para subscrever?

Coberturas Principais

As componentes das Cobertura Principais, Garantida e Variável Protegida, não têm quaisquer limites máximos de idade de Subscrição ou de Permanência.

- Prémio Único mínimo: 1.000 €
- Prémio Extraordinário mínimo: 250 €
- Saldo da Apólice mínimo: 1.000 €

Cobertura Complementar de Morte

Idade de Subscrição	Capital Seguro				
	5.000 €	10.000 €	15.000 €	20.000 €	25.000 €
18 a 50 anos	disponível	disponível	disponível	disponível	disponível
51 a 60 anos	disponível	disponível	disponível	-	-
61 a 65 anos	disponível	-	-	-	-
Idade Máxima de Permanência	70 anos				

Prazo

O prazo da Apólice é fixo, sendo oito (8) anos e um (1) dia.

Cálculo do prémio e encargos

Nas Coberturas Principais, o prémio é único e escolhido pelo Tomador do Seguro. Na data de constituição do investimento os prémios são alocados às Coberturas Principais com a seguinte distribuição (definida em percentagem do prémio):

- a) 50% na Componente Garantida;
- b) 50% na Componente Variável Protegida.

Durante o período do contrato, com pré-aviso ao Segurador, o Tomador do Seguro poderá:

- a) Reforçar o seu investimento com a entrega de prémios extraordinários;
- b) Diminuir o valor do Saldo da Apólice através de resgates parciais.

Encargos

- Sobre os prémios não incidirá nenhum encargo/comissão de subscrição.
- Como encargos de gestão dos Fundos Autónomos será debitado anualmente o seguinte valor a cada uma das componentes:
 - a) Componente Garantida: 1% do valor do fundo subjacente;
 - b) Componente Variável Protegida: 1,55% do valor do fundo subjacente.As rentabilidades divulgadas já estão líquidas destes custos.
- A operação de rebalanceamento não tem nenhum custo associado.

Na Cobertura Complementar de Morte, os prémios serão calculados de acordo com o capital seguro e a idade atuarial do Segurado/Pessoa Segura no momento da subscrição, mantendo-se inalterados ao longo do contrato. Aos prémios acrescem os encargos legais.

Pagamento dos prémios

O prémio investido nas Coberturas Principais é único e pago antecipadamente por débito em conta bancária do Tomador do Seguro. O prémio da Cobertura Complementar de Morte é anual. Na primeira anuidade, o valor do prémio da cobertura de risco será somado ao valor do prémio investido, e pago antecipadamente por débito em conta. A partir da segunda anuidade, anualmente, na data de renovação do contrato, o valor do prémio da Cobertura Complementar será subtraído ao Saldo da Apólice, numa proporção de 50% à Componente Garantida e 50% à Componente Variável Protegida.

Quais as exclusões?

1. Exclusões da Cobertura Complementar de Morte

- a) Ato doloso de que o Tomador do Seguro, Segurado/Pessoa Segura ou Beneficiário sejam autores materiais ou morais ou de que tenham sido cúmplices e que se traduzam na ativação das coberturas contratadas;
- b) Suicídio do Segurado/Pessoa Segura, sempre que este se verifique no decorrer do primeiro (1º) ano de adesão à Apólice ou no primeiro (1º) ano imediatamente seguinte à data de qualquer aumento do capital seguro ou subscrição de novas garantias;
- c) Participação, como passageiro ou condutor, em corridas de velocidade, para veículos de qualquer natureza, providos ou não de motor e respetivos treinos;
- d) Riscos de aerostação ou de aviação, salvo quando o Segurado/Pessoa Segura for passageiro de avião de carreira comercial de transporte de passageiros, devidamente autorizada pela Comissão Europeia;
- e) Riscos políticos e riscos de guerra, insurreição, motins, rixas, terrorismo ou sabotagem;

Quais as exclusões? (continuação)

- f) Prática de desportos a nível profissional ou integrado em campeonatos oficiais e respetivos treinos;
- g) Prática dos seguintes desportos:
 - Alpinismo, escalada e espeleologia;
 - Desportos aéreos, incluindo paraquedismo, voo livre, voo sem motor, parapente, asa-delta, ultra ligeiro, 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;
 - Prática de caça de animais ferozes, tauromaquia, caça submarina e mergulho;
 - Prática de boxe, artes marciais ou qualquer modalidade de luta livre.
- h) Ocorrência de riscos nucleares;
- i) Quadro clínico resultante, direta ou indiretamente, do consumo reiterado de álcool, drogas tóxicas, estupefacientes ou substâncias psicotrópicas não prescritas clinicamente;
- j) Uso de drogas tóxicas, estupefacientes ou substâncias psicotrópicas não prescritas clinicamente. Considera-se que o Segurado/Pessoa Segura estava sob o efeito de drogas tóxicas, estupefacientes ou substâncias psicotrópicas sempre que seja identificada a presença de qualquer daquelas em circulação no seu organismo ou em qualquer líquido orgânico para os testes de deteção;
- k) Em caso de acidente, o Segurado/Pessoa Segura seja responsável pelo mesmo e tenha acusado uma taxa de alcoolemia superior a 0,50 g/l;
- l) Não se encontram cobertos os riscos devidos a situações pré-existentes à celebração do presente Contrato de seguro, incluindo doença ou sequela de acidente, que tenham sido alvo de investigação clínica e/ou tratamento e que sejam ou que devessem ser do conhecimento do Segurado/Pessoa Segura à data do preenchimento da proposta, bem como as consequências de qualquer lesão provocada por tratamento não relacionado com doença ou acidente coberto por este Contrato, salvo o caso em que tenha havido comunicação formal ao Segurador e aceitação deste, mediante as condições que, para o efeito, tenham sido estabelecidas.

Opções de resgate

O Tomador do Seguro poderá solicitar em qualquer momento, uma vez decorrido o período legal de livre resolução, o resgate total ou parcial do capital investido nos fundos.
O resgate pode ser efetuado sobre a totalidade ou parte do capital das componentes financeiras, conforme se trate de um resgate total ou parcial.

Obrigações do Segurado/Pessoa Segura e/ou Beneficiário em caso de sinistro

Para haver direito ao pagamento das importâncias, deverão ser entregues:

- a) em caso de resgate, fotocópias do Cartão de Cidadão ou Bilhete de Identidade e Cartão de Contribuinte do Tomador do Seguro;
- b) em caso de reembolso por vida no vencimento do Contrato, fotocópias do Cartão de Cidadão ou Bilhete de Identidade e Cartão de Contribuinte do Segurado/Pessoa Segura;
- c) em caso de reembolso por morte, deverão ser entregues fotocópias do Cartão de Cidadão ou Bilhete de Identidade e Cartão de Contribuinte do Beneficiário, documentos comprovativos da qualidade do Beneficiário, bem como cópia do assento de óbito do Segurado/Pessoa Segura e cópia da Habilitação de Herdeiros (quando não haja Beneficiário designado).

Em caso de verificação de sinistro coberto pela Cobertura Complementar de Morte, o Tomador, Segurado/Pessoa Segura e o(s) Beneficiário(s) devem comunicá-lo ao Segurador no prazo máximo de oito (8) dias a contar da data em que tenham conhecimento do mesmo, esclarecendo as circunstâncias da sua verificação do sinistro, devidamente comprovadas através da documentação relevante, nomeadamente e conforme o caso, certidão de óbito, relatório de autópsia e auto de ocorrência ou outra documentação a que tenham acesso, emitida por autoridades oficiais.

Com a formalização do presente contrato de seguro, o Segurado/Pessoa Segura dá a sua expressa autorização ao Segurador para solicitar junto às autoridades policiais, judiciais ou entidades prestadoras de serviços de saúde a entrega de documentos adicionais elucidativos das causas da morte ou um atestado médico indicando as causas, evolução e circunstâncias da morte.

Liquidação das importâncias seguras pelo segurador

O pagamento das importâncias será efetuado por crédito em conta bancária ou por outro meio considerado adequado e acordado com o Segurador, após a receção de toda a documentação necessária, nos seguintes prazos:

- a) Sete (7) dias úteis para os resgates;
- b) Sete (7) dias úteis para os reembolsos em caso de vida no vencimento do Contrato;
- c) Vinte (20) dias úteis para os reembolsos em caso de morte.

Quando cessa o contrato?

- Por exercício do direito de livre resolução;
- Por resgate total da Apólice a pedido do Tomador do Seguro;
- Por morte do Segurado/Pessoa Segura;
- Na data de vencimento do Contrato;
- Se o Saldo da apólice, após resgate parcial, for inferior ao valor mínimo fixado para manutenção do contrato;
- Nos demais casos previstos na Lei, nomeadamente em caso de nulidade, anulação ou resolução.

Como exercer o direito de livre resolução?

O Tomador do Seguro, que não seja pessoa coletiva, dispõe de um prazo de trinta (30) dias a contar da receção da Apólice para poder resolver o Contrato sem invocar justa causa, sem prejuízo do disposto no ponto seguinte.

O prazo previsto no ponto anterior conta-se a partir da data de celebração do Contrato, desde que o Tomador do Seguro, nessa data, disponha, em papel ou noutro suporte duradouro, de todas as informações relevantes que tenham de constar da Apólice.

A resolução do Contrato, nos termos acima definidos, deve ser comunicada ao Segurador através de carta registada, acompanhada de todos os documentos contratuais enviados pelo Segurador.

O Segurador restituirá o prémio pago pelo Tomador do Seguro no prazo máximo de trinta (30) dias úteis após a receção da carta referida no parágrafo anterior, deduzido dos custos de desinvestimento que comprovadamente tiver suportado. Entende-se por custos de desinvestimento a eventual desvalorização das Unidades de Conta dos Fundos afetos à Apólice, verificada na data em que se afetiva o desinvestimento.

Participação nos resultados

O presente contrato não prevê a atribuição de Participação nos Resultados.

Sustentabilidade Financeira

Os investimentos subjacentes a este produto financeiro não têm em conta os critérios da UE aplicáveis às atividades económicas sustentáveis do ponto de vista ambiental.

Qual o enquadramento fiscal do contrato?

Na subscrição será comunicado ao Tomador do Seguro o regime fiscal em vigor nessa data, em sede de impostos sobre os rendimentos, sucessórios e outros, não recaindo sobre o Segurador qualquer ónus ou comissão em consequência da alteração do mesmo.

A quem solicitar um pedido de esclarecimento?

Quaisquer esclarecimentos ou reclamações deverão ser colocadas por escrito diretamente ao Segurador ou por intermédio do Mediador que assiste o Tomador do Seguro. O Segurador dispõe de uma unidade orgânica responsável pela gestão de reclamações à qual poderão ser dirigidas, por escrito, quaisquer questões relacionadas com o presente Contrato. Em caso de divergência com o Segurador, o Tomador do Seguro e/ou Segurado/Pessoa Segura poderão também apresentar reclamações através do site do Segurador, no livro de reclamações, recorrer ao Provedor do Cliente nos termos regulamentarmente definidos, bem como solicitar a intervenção da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões (ASF), sem prejuízo ainda da possibilidade do recurso à arbitragem ou aos tribunais, de acordo com as disposições legais em vigor.

Para mais informações sobre o processo de gestão de reclamações em vigor no Segurador, nomeadamente, ponto de receção das reclamações, conteúdo mínimo, prazos de resposta e identificação do Provedor do Cliente designado, o Tomador do Seguro e/ou Segurado/Pessoa Segura deverá consultar a Política de Tratamento de Cliente disponibilizada no site do Segurador.

Qual é a lei aplicável do contrato?

De acordo com as disposições previstas no DL 72/2008, de 16 abril relativas à lei aplicável, o Segurador considera que o presente Contrato se rege pela Lei portuguesa.

Ao presente contrato aplica-se o regime fiscal em vigor de acordo com as regras ali estabelecidas.

Autoridade de supervisão

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