

A - SEGURADOR

Fidelidade - Companhia de Seguros, S.A. ("Segurador") é uma empresa de seguros registada junto da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões, sob o número 1011, podendo os seus dados de registo ser pesquisados em www.asf.com.pt.

O Segurador não dá aconselhamento para os efeitos previstos no regime jurídico da distribuição de seguros e de resseguros, sem prejuízo de prestar as informações contratuais e pré-contratuais legalmente obrigatórias e os esclarecimentos que lhe sejam solicitados para que o potencial cliente tome uma decisão informada.

A comercialização deste produto pelos trabalhadores do Segurador não origina qualquer remuneração direta aos mesmos, mas poderá refletir-se, de uma forma global, no prémio de produtividade anual.

B - PRODUTO

Seguro de Saúde PME Multicare.

C - COBERTURA

1. O contrato garante à Pessoa Segura, em caso de sinistro ocorrido durante a sua vigência, um conjunto de coberturas no domínio da saúde que pode integrar prestações na rede, prestações por reembolso e serviços de assistência.
2. O contrato de seguro pode garantir, nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Especiais e Particulares, as seguintes coberturas desde que contratadas:
 - 1 Internamento Hospitalar;
 - 2 Apoio Familiar no Internamento Hospitalar;
 - 3 Transporte de Urgência;
 - 4 Parto Normal, Cesariana e Interrupção Involuntária da Gravidez;
 - 5 Ambulatório (Consultas, Exames e Tratamentos);
 - 6 Consultas;
 - 7 Acesso à Rede de Ambulatório (Consultas, Exames e Tratamentos);
 - 8 Assistência Médica Domiciliária;
 - 9 Estomatologia;
 - 10 Acesso à Rede de Estomatologia;
 - 11 Acesso à Rede de Terapêuticas Não Convencionais;
 - 12 Próteses e Ortóteses;
 - 13 Acesso à Rede de Óticas;
 - 14 Assistência Clínica em Viagem;
 - 15 Extensão ao Estrangeiro;
 - 16 Doenças Graves;
 - 17 Medicina Preventiva (Check-up);
 - 18 Medicina Online.
3. As coberturas contratadas constam das Condições Particulares e no Certificado Individual de Seguro.

4. O Seguro de Saúde Multicare é comercializado em módulos de coberturas, capitais, franquias e copagamentos nos seguintes termos:

COBERTURAS	MULTICARE 1	MULTICARE 2	MULTICARE 3	FRANQUIAS E COPAGAMENTOS	
				REDE	REEMBOLSO
INTERNAMENTO HOSPITALAR CIRURGIA EM AMBIENTE HOSPITALAR SEM INTERNAMENTO	25.000 € ou 50.000 € ¹	50.000 €	100.000 €	250 € 150 €	50%, COM VALOR MÁXIMO DE K DE 6,75 € ^{2,3}
APOIO FAMILIAR NO INTERNAMENTO HOSPITALAR	✓	✓	✓	SEM FRANQUIA	EXCLUSIVO DE REDE
TRANSPORTE DE URGÊNCIA	✓	✓	✓	SEM FRANQUIA	EXCLUSIVO DE REDE
PARTO NORMAL, CESARIANA E INTERRUPÇÃO INVOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ ⁴	■	■ / ✓ ⁵	✓	500 € ⁶	50%, COM VALOR MÁXIMO DE K DE 6,75 € ^{2,3}
AMBULATÓRIO (CONSULTAS, EXAMES E TRATAMENTOS) TAXAS MODERADORAS CONSULTAS CONSULTÓRIO DOMICILIÁRIAS SERVIÇO ATENDIMENTO PERMANENTE EXAMES AUXILIARES DIAGNÓSTICO (EADS) ANÁLISES CLÍNICAS ANATOMIA PATOLÓGICA RAIO X ECOGRAFIA TAC RESSONÂNCIA MAGNÉTICA OUTROS EADS MEDICINA FÍSICA E DE REABILITAÇÃO TERAPIA DA FALA OUTROS TRATAMENTOS	■	1.000 € ¹ ou 8 ⁷ 250 €	2.500 € ou 5.000 € ¹ 250 € ou 500 € ⁸	 15,00 € 25,00 € 40,00 € 10%, COM MÍN. DE 1,50 € 7,50 € 7,50 € 12,50 € 27,50 € 65,00 € 10 % 50 % 15,00 € 10%	50 % SEM FRANQUIA
ACESSO À REDE DE AMBULATÓRIO (CONSULTAS, EXAMES E TRATAMENTOS)	✓	✓	✓	PREÇOS MULTICARE ⁹	EXCLUSIVO DE REDE
ASSISTÊNCIA MÉDICA DOMICILIÁRIA	■	■ / ✓ ⁵	✓	25,00 €	EXCLUSIVO DE REDE
ESTOMATOLOGIA - OPCIONAL	■	■	1.000 €	30%	50% ²
ACESSO À REDE DE ESTOMATOLOGIA	✓	✓	✓ ¹⁰	PREÇOS MULTICARE ⁹	EXCLUSIVO DE REDE
ACESSO À REDE DE TERAPÊUTICAS NÃO CONVENCIONAIS	✓	✓	✓	PREÇOS MULTICARE ⁹	EXCLUSIVO DE REDE
PRÓTESES E ORTÓTESES - OPCIONAL ORTÓTESES OFTALMOLÓGICAS	■	■	500 €	50%	50% EXCLUSIVO DE REDE
ACESSO À REDE DE ÓTICAS	✓	✓	✓ ¹⁰	PREÇOS MULTICARE ⁹	EXCLUSIVO DE REDE
ASSISTÊNCIA CLÍNICA EM VIAGEM	■	✓	✓	SEM FRANQUIA	EXCLUSIVO DE REDE
EXTENSÃO AO ESTRANGEIRO	✓	✓	✓	EXCLUSIVO DE REEMBOLSO	CONFORME COBERTURA
DOENÇAS GRAVES - OPCIONAL DESPESAS COM VIAGEM DE AVIÃO DESPESAS COM ESTADIA REPATRIAMENTO	1.000.000 € 3.000 € 4.000 € 10.000 €	1.000.000 € 3.000 € 4.000 € 10.000 €	1.000.000 € 3.000 € 4.000 € 10.000 €	SEM FRANQUIA	EXCLUSIVO DE REDE
MEDICINA PREVENTIVA (CHECK-UP)	✓	✓	✓	SEM FRANQUIA	EXCLUSIVO DE REDE
MEDICINA ONLINE	✓	✓	✓	SEM FRANQUIA	EXCLUSIVO DE REDE

✓ COBERTURA INCLUÍDA ■ COBERTURA NÃO INCLUÍDA

¹ CONFORME OPÇÃO SELECIONADA NA PROPOSTA.
² ATOS QUE CARECEM DE AMBIENTE HOSPITALAR: SE O MÉDICO NÃO PERTENCER À REDE MULTICARE, TODAS AS DESPESAS GARANTIDAS POR ESTAS COBERTURAS, SERÃO CONSIDERADAS NO REGIME DE PRESTAÇÕES POR REEMBOLSO, AINDA QUE OCORRAM EM UNIDADE DE SAÚDE DA REDE MULTICARE.
³ OS HONORÁRIOS MÉDICOS FICAM LIMITADOS AO VALOR MÁXIMO DE K DE 6,75€.
⁴ CAPITAL INCLUÍDO EM INTERNAMENTO HOSPITALAR.
⁵ COBERTURA APENAS INCLUÍDA QUANDO SELECIONADA A COBERTURA DE AMBULATÓRIO COM 1.000 € DE CAPITAL.
⁶ FRANQUIA ANUAL.
⁷ SE SELECIONADA ESTA COBERTURA, CONSULTAS DOMICILIÁRIAS, SERVIÇO DE ATENDIMENTO PERMANENTE , EXAMES E TRATAMENTOS REALIZAM-SE NO REGIME DE ACESSO À REDE.
⁸ SE SELECIONADO O CAPITAL DE AMBULATÓRIO (CONSULTAS, EXAMES E TRATAMENTOS) DE 2.500€, O SUBLIMITE DE MEDICINA FÍSICA E DE REABILITAÇÃO É 250€. SE SELECIONADO O CAPITAL DE 5.000€, O SUBLIMITE É 500€.
⁹ PREÇOS NEGOCIADOS PELA MULTICARE COM CADA PRESTADOR, QUE PODEM VARIAR DE PRESTADOR PARA PRESTADOR.
¹⁰ CASO TENHA OPTADO POR NÃO CONTRATAR AS COBERTURAS DE ESTOMATOLOGIA OU PRÓTESES E ORTÓTESES, TERÁ RESPECTIVAMENTE ACESSO À REDE MULTICARE DE ESTOMATOLOGIA E À REDE DE ÓTICAS.

5. O contrato não garante quaisquer despesas médicas ou medicamentosas reclamadas pelo Serviço Nacional de Saúde ou por outro qualquer seguro ou subsistema de saúde de que a Pessoa Segura seja beneficiária.
6. Sem prejuízo do disposto no número anterior, e desde que acordado e mencionado na Apólice, poderá ser garantido o reembolso das seguintes despesas médicas ou de medicamentos:
- a) Taxas moderadoras;
 - b) Parte remanescente e não comparticipada pelas entidades referidas no número 5, não podendo, em caso algum, este valor ser superior ao montante global da despesa incorrida, ou a incorrer, pela Pessoa Segura.

Funcionam exclusivamente em regime de Prestação na Rede as seguintes garantias:

- Apoio Familiar no Internamento Hospitalar;
- Transporte de Urgência;
- Consultas Domiciliárias (Assistência Médica Domiciliária) e Serviço de Atendimento Permanente;
- Consultas;
- Ortóteses Oftalmológicas;
- Assistência Clínica em Viagem;
- Doenças Graves;
- Medicina Preventiva (Check-up);
- Medicina Online.

Para alguns atos médicos poderá ser necessária Autorização prévia do Segurador, conforme previsto contratualmente.

Funcionam exclusivamente em regime de Prestação por Reembolso (fora da rede) as seguintes garantias:

- Próteses e Ortóteses (exceto nas Ortóteses Oftalmológicas);
- Extensão ao Estrangeiro.

Funcionam exclusivamente em regime de Acesso à Rede, suportando a Pessoa Segura a totalidade dos custos, as seguintes garantias:

- Acesso à Rede de Ambulatório (Consultas, Exames e Tratamentos);
- Acesso à Rede de Estomatologia;
- Acesso à Rede de Terapêuticas Não Convencionais;
- Acesso à Rede de Óticas.

Todos os restantes Serviços funcionam no regime de Prestação na Rede e no regime de Prestação por Reembolso (fora da rede), conforme opção do Cliente e de acordo com as Coberturas e Garantias disponíveis.

D - EXCLUSÕES APLICÁVEIS A TODAS AS COBERTURAS

Salvo convenção expressa em contrário, constante das Condições Particulares ou das Condições Especiais efetivamente contratadas, ficam excluídas do âmbito da cobertura do seguro as despesas decorrentes de:

1. Atos realizados ou prescritos por Médicos e outros profissionais de saúde que sejam cônjuge, pais, filhos ou irmãos da Pessoa Segura, bem como pela Pessoa Segura a si própria enquanto Médico ou profissional de saúde;
2. Consequências de atraso injustificado ou negligência imputáveis ao prestador de cuidados de saúde ou à Pessoa Segura no recurso a assistência médica, ou da recusa ou inobservância de tratamentos que lhe tenham sido prescritos;
3. Consultas ou exames médicos que sejam necessários para a emissão de atestados, declarações, certificados ou informação de qualquer tipo de documento que não tenha fins assistenciais ou terapêuticos;
4. Assistência hospitalar por razões de caráter meramente social;
5. Correção de Doenças ou Malformações Congénitas, exceto para recém-nascidos cuja inclusão for efetuada nos termos da alínea a) do n.º 2 da Cláusula 9ª das Condições Gerais;
6. Doenças, Lesões ou deformações Preexistentes à data da celebração do contrato do seguro;
7. Utilização abusiva de medicamentos;
8. Alcoolismo e Doenças resultantes do consumo de bebidas alcoólicas;
9. Utilização de estupefacientes e narcóticos quando não prescritos por Médico;
10. Tratamentos relacionados com a toxicodependência;
11. Patologias ou tratamentos relacionados, direta ou indiretamente, com infeção por vírus de imunodeficiência humana (HIV);
12. Tratamentos relacionados, direta ou indiretamente, com infeção por vírus da hepatite, excetuando os resultantes da hepatite A;
13. Acidentes ou Doenças provenientes de tentativa de suicídio ou automutilação, de participação em apostas ou desafios, intervenção em duelos e rixas ou da prática de atos dolosos ou gravemente culposos ou ilícitos por parte da Pessoa Segura;
14. Perturbações do foro da saúde mental, consequentes ou não de outra Doença, psicomotricidade, sessões de psicologia, psicanálise, psicoterapia, hipnose e terapia do sono;
15. Disfunções sexuais, exceto em consequência de Doença garantida pela Apólice;
16. Tratamentos e/ou cirurgia para mudança de sexo;
17. Infertilidade e atos médicos praticados no âmbito da reprodução medicamente assistida nomeada, mas não exclusivamente, consultas, testes, tratamentos de infertilidade, métodos de fecundação artificial, fertilização in vitro ou procedimentos de transferência embrionária, bem como as consequências da aplicação dos mesmos;
18. Métodos anticoncecionais e de planeamento familiar bem como despesas efetuadas para reverter os efeitos de uma cirurgia de esterilização voluntariamente realizada;
19. Interrupção voluntária da gravidez, incluindo situações clínicas dela decorrentes;
20. Consultas, tratamentos e/ou cirurgia de regularização do peso, assim como situações clínicas destes decorrentes, qualquer que seja o diagnóstico que origine a indicação para estas intervenções terapêuticas, nomeada, mas não exclusivamente, a obesidade, qualquer que seja a sua classificação, síndrome metabólico ou patologias associadas a transtornos alimentares;
21. Tratamentos ou cirurgias do foro estético, plástico ou reconstrutivo, bem como as situações clínicas destes decorrentes, desde que não tenham origem em Acidente coberto pelo seguro ou não decorram de Doença manifestada durante a vigência do contrato que os justifiquem;
22. Tratamentos de hemodiálise para patologia crónica;
23. Tratamentos cirúrgicos ou laser para correção de erros de refração da visão, bem como as situações clínicas destes decorrentes, nomeada, mas não exclusivamente, em caso de miopia, astigmatismo e hipermetropia;
24. Intervenções cirúrgicas para correção da roncopatia, exceto em caso de apneia;
25. Transplantes e implantes incluindo todos os atos clínicos, atos laboratoriais e materiais necessários;
26. Consultas e tratamentos em áreas não reconhecidas pela Ordem dos Médicos, assim como em áreas não enquadradas na Legislação sobre Terapêuticas Não Convencionais;
27. Tratamentos experimentais ou que necessitem de comprovação médica;
28. Acidentes e doenças com cobertura em seguros obrigatórios;
29. Acidentes de trabalho, acidentes em serviço e doenças profissionais;
30. Doenças infetocontagiosas, quando em situação de epidemia declarada pelas autoridades competentes;
31. Doenças ou sequelas resultantes de radioatividade não terapêutica, incluindo as consequências da utilização de armas bacteriológicas e/ou de agentes químicos;
32. Acidentes emergentes de:
 - a. Participação em competições desportivas e respetivos treinos, quer como profissional quer como amador;
 - b. Prática de desportos terrestres motorizados; BTT; Artes marciais, luta e boxe; Paraquedismo, incluindo a prática de queda livre, parapente e asa delta, voo utilizando fatos planadores, com ou sem paraquedas (wingsuit); Saltos ou saltos invertidos com mecanismo de suspensão corporal (bungee jumping), salto de penhascos, rochedos, montanhas, precipícios, prédios, torres, antenas, barragens, pontes ou outras plataformas físicas, com ou

- sem paraquedas (base jumping); Tauromaquia e largadas de touros ou reses; Caça de animais ferozes ou que reconhecidamente sejam considerados perigosos; Hipismo; Motonáutica, esqui aquático e quaisquer desportos aquáticos em que o praticante é impulsionado por meio motorizado, paraquedas ou papagaio (kitesurf); Desportos náuticos praticados sobre prancha; Descida de torrentes ou correntes originadas por desníveis nos cursos de água; Prática desportiva de mergulho; Caça submarina; Desportos praticados sobre a neve e o gelo; Alpinismo, alta montanha, escalada, corrida em penhascos, serra ou montanha (skyrunning, coastrunning); slide e rappel; espeleologia;
- c. Cataclismos da natureza, atos de guerra, declarada ou não, de terrorismo, de sabotagem e de perturbações da ordem pública;
33. Tratamentos de enfermagem privados e/ou prestados no domicílio, bem como a realização domiciliária de quaisquer exames ou tratamentos (incluindo a fisioterapia);
34. Tratamentos termais e estadias em termas, sanatórios, lares, residências assistidas, casas de repouso, convalescença e cuidados continuados, centros de tratamento de toxicodependência e/ou alcoolismo e outros estabelecimentos similares;
35. Ginástica, natação, massagens e outros similares, ainda que prescritos pelo médico, exceto os que resultem de doença ou acidente enquadráveis nas garantias do contrato;
36. Tratamentos realizados em estabelecimentos não autorizados a prestar cuidados de saúde;
37. Tratamentos realizados em ginásios, centros de beleza e bem-estar e outros estabelecimentos semelhantes;
38. Estadia de acompanhantes da Pessoa Segura, exceto em caso de internamento hospitalar de menores até aos catorze anos de idade ou de cidadãos portadores de deficiência congénita ou adquirida;
39. Deslocações e/ou alojamento;
40. Serviços que não sejam clinicamente necessários, face ao quadro clínico da Pessoa Segura e de acordo com os protocolos e padrões reconhecidos pela comunidade médica.

E - PERÍODOS DE CARÊNCIA

O Período de Carência é contado a partir da data de início do seguro de cada Pessoa Segura.

Em caso de acidente ou doença súbita que implique tratamento hospitalar urgente em regime de internamento ou ambatório, não são aplicáveis os períodos de carência.

Os períodos de carência aplicáveis a este contrato constam do seguinte quadro:

PERÍODOS DE CARÊNCIA	DIAS
INTERNAMENTO HOSPITALAR	180
PARTO NORMAL, CESARIANA E INTERRUPÇÃO INVOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ	500
AMBULATÓRIO (CONSULTAS, EXAMES E TRATAMENTOS)	60 ¹
ASSISTÊNCIA MÉDICA DOMICILIÁRIA	60
PRÓTESES E ORTÓTESES	60
EXTENSÃO AO ESTRANGEIRO	CONFORME COBERTURA ACIONADA
DOENÇAS GRAVES	180
MEDICINA PREVENTIVA (CHECK-UP)	60

¹ MULTICARE 2, SE SELECIONADA A OPÇÃO DAS 8 CONSULTAS NÃO É APLICADO PERÍODO DE CARÊNCIA.

Para além dos períodos de carência acima indicados, são ainda aplicáveis os seguintes períodos de carência por terapêutica:

- 180 dias: Excisão cirúrgica de lesões benignas na pele.
- 360 dias: Facoemulsificação, cirurgia de varizes, adenoidectomia com ou sem amigdalectomia e/ou miringotomia, artrotomia e/ou artroscopia, septoplastia e/ou microcirurgia endonasal, menisctomia, extirpação de hérnia discal e laserterapia de lesões benignas da pele.

F - ÂMBITO DAS COBERTURAS

1. INTERNAMENTO HOSPITALAR

ÂMBITO

Esta cobertura garante, nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Particulares, o pagamento de despesas efetuadas, adiante indicadas, com os atos de diagnóstico ou terapêutica, cuja realização requeira os meios e serviços específicos de ambiente hospitalar.

Ficam abrangidas por esta cobertura as despesas efetuadas com:

- Acomodação e utilização das infraestruturas necessárias para a realização dos atos médicos (diárias, bloco operatório, recobro, unidade de cuidados intensivos e equipamentos), ainda que realizadas em regime de admissão e alta no mesmo dia (cirurgia em ambiente hospitalar sem internamento);
- Honorários médicos e de enfermagem, relacionados com a assistência prestada;
- Medicamentos, materiais e todos os produtos associados aos cuidados prestados;
- Exames auxiliares de diagnóstico, associados aos atos médicos realizados;
- Material de osteossíntese e próteses intracirúrgicas;
- Cirurgias de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilo-Facial, exceto Cirurgias em Ambiente Hospitalar Sem Internamento;
- Tratamentos de Quimioterapia Citostática e Radioterapia, ainda que realizadas em Ambulatório.

EXCLUSÕES ESPECÍFICAS (para além das aplicáveis a todas as coberturas)

A cobertura não garante despesas:

- Decorrentes da realização de pequena cirurgia, qualquer que seja o período de permanência na Unidade Hospitalar;
- Decorrentes de Parto Normal, Cesariana e Interrupção Involuntária da Gravidez;
- Efetuada por acompanhantes da Pessoa Segura, exceto em caso de internamento hospitalar de menores até aos catorze anos de idade ou de cidadãos portadores de deficiência congénita ou adquirida;
- De natureza particular.

2. APOIO FAMILIAR NO INTERNAMENTO HOSPITALAR

ÂMBITO

Esta cobertura garante, nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Particulares, o pagamento das despesas relativas a dormida, efetuadas por um acompanhante da Pessoa Segura em caso de Internamento Hospitalar de menores até aos catorze anos de idade ou de cidadãos portadores de deficiência congénita ou adquirida, garantido pela cobertura "Internamento Hospitalar". Esta Garantia tem como limite máximo três dormidas, por sinistro e por anuidade.

3. TRANSPORTE DE URGÊNCIA

ÂMBITO

Esta cobertura confere à Pessoa Segura, sempre que o seu estado de saúde o justifique, o direito a:

- Transporte de urgência em ambulância até à unidade hospitalar mais próxima;
- Vigilância por parte de equipa médica do Segurador, em colaboração com o Médico Assistente da Pessoa Segura, para determinação das medidas convenientes ao melhor tratamento a seguir e do meio mais adequado a utilizar, numa eventual transferência para outra unidade hospitalar mais apropriada ou até ao seu domicílio;
- Transporte desde a unidade hospitalar em que se encontre internada para outra unidade hospitalar que lhe seja indicada, nos termos da alínea anterior;
- Transporte de regresso ao seu domicílio habitual, após alta médica.

4. PARTO NORMAL, CESARIANA E INTERRUPÇÃO INVOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ

ÂMBITO

Esta cobertura garante, nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Particulares, o pagamento das despesas efetuadas com os atos de diagnóstico ou terapêutica, inerentes a Parto Normal, Cesariana e Interrupção Involuntária da Gravidez, que requeiram os meios e serviços específicos de ambiente hospitalar.

Ficam abrangidas por esta cobertura as despesas efetuadas com:

- Acomodação e utilização das infraestruturas necessárias para a realização dos atos médicos (diárias, bloco operatório, recobro e equipamentos);
- Honorários médicos e de enfermagem relacionados com a assistência prestada;
- Materiais e todos os produtos associados aos cuidados prestados;
- Exames auxiliares de diagnóstico da Pessoa Segura efetuados durante o período de internamento;
- Medicamentos ministrados à Pessoa Segura durante o internamento hospitalar.

As despesas necessárias para com o recém-nascido, após alta da mãe, só ficam garantidas se o Tomador do Seguro solicitar ao Segurador a pré-adesão até à 20ª semana de gravidez, complementada com uma adesão definitiva até 30 dias após o respetivo nascimento. Neste caso, aceite a inclusão do recém-nascido como Pessoa Segura, será devido o correspondente prémio a partir do seu nascimento.

EXCLUSÕES ESPECÍFICAS (para além das aplicáveis a todas as coberturas)

Esta cobertura não garante:

- Despesas de natureza particular;
- Despesas com acompanhantes.

5. AMBULATÓRIO (CONSULTAS, EXAMES E TRATAMENTOS)

ÂMBITO

Esta cobertura garante, nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Particulares, o pagamento de despesas efetuadas com os atos de diagnóstico ou terapêutica, que não requeiram os meios e serviços específicos de ambiente hospitalar, mesmo que nele sejam realizados.

Ficam abrangidas por esta cobertura as despesas efetuadas com:

- Honorários de consultas médicas;
- Honorários médicos e de enfermagem relativos a outros atos médicos realizados em regime Ambulatório, incluindo a Pequena Cirurgia;
- Materiais e produtos associados aos atos médicos realizados em regime Ambulatório;
- Exames Auxiliares de Diagnóstico;
- Tratamentos do foro da Medicina Física e de Reabilitação, incluindo terapia da fala, desde que prescritos por médico.

EXCLUSÕES ESPECÍFICAS (para além das aplicáveis a todas as coberturas)

Esta cobertura não garante:

- Despesas decorrentes de cirurgia realizada em ambiente hospitalar, conforme definido na cobertura "Internamento Hospitalar";
- Consultas, tratamentos, cirurgia e próteses e ortóteses do foro estomatológico;
- Exercícios de Ortopédica, exceto se prescrito por médico da especialidade;
- Próteses e Ortopédicas;
- Medicamentos.

6. CONSULTAS

ÂMBITO

Esta cobertura garante, nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Particulares, o pagamento de despesas efetuadas com Honorários de consultas médicas.

Esgotado o número de consultas previsto nas Condições Particulares a cobertura passa a funcionar em regime de acesso à rede também para consultas.

EXCLUSÕES

Para além das exclusões previstas nas Condições Gerais, a cobertura não garante:

- Honorários médicos e de enfermagem relativos a outros atos médicos realizados em regime Ambulatório, incluindo a Pequena Cirurgia;
- Materiais e produtos associados aos atos médicos realizados em regime Ambulatório;
- Exames Auxiliares de Diagnóstico;
- Tratamentos do foro da Medicina Física e de Reabilitação, incluindo terapia da fala, ainda que prescritos por médico.
- Despesas decorrentes de cirurgia realizada em ambiente hospitalar;
- Consultas, tratamentos, cirurgia e próteses e ortóteses do foro estomatológico;
- Exercícios de Ortopédica;
- Consultas domiciliárias e consultas de urgência.

7. ACESSO À REDE DE AMBULATÓRIO (CONSULTAS, EXAMES E TRATAMENTOS)

ÂMBITO

Esta cobertura garante, nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Particulares, o direito de acesso a atos de diagnóstico ou terapêutica, que não requeiram os meios e serviços específicos de ambiente hospitalar, mesmo que nele sejam realizados, suportando a Pessoa Segura a totalidade do respetivo custo.

Fica abrangido por esta cobertura o direito de acesso aos atos acima referidos que originem despesas efetuadas com:

- Honorários de consultas médicas;
- Honorários médicos e de enfermagem relativos a outros atos médicos realizados em regime Ambulatório;
- Materiais e produtos associados aos atos médicos realizados em regime Ambulatório;
- Exames Auxiliares de Diagnóstico;
- Tratamentos do foro da Medicina Física e de Reabilitação;
- Terapia da Fala.

EXCLUSÕES

Para efeitos desta cobertura, não são aplicáveis as exclusões constantes da cláusula 4ª das Condições Gerais.

8. ASSISTÊNCIA MÉDICA DOMICILIÁRIA

ÂMBITO

Esta cobertura garante, sempre que o estado de saúde da Pessoa Segura o justifique, confirmado através do Serviço de Apoio ao Cliente Multicare, e nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Particulares, o serviço de assistência médica a realizar no domicílio da Pessoa Segura.

9. ESTOMATOLOGIA

ÂMBITO

Esta cobertura garante, nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Particulares, o pagamento de despesas efetuadas com os atos de diagnóstico ou terapêutica, do foro estomatológico.

Ficam abrangidas por esta cobertura as despesas efetuadas com:

- Honorários médicos;
- Exames auxiliares de diagnóstico;
- Próteses estomatológicas, excetuando próteses sobre implantes;
- Materiais e todos os produtos associados aos atos médicos realizados;
- Cirurgias em Ambiente Hospitalar Sem Internamento - utilização das infraestruturas necessárias para a realização dos atos médicos realizados em ambiente hospitalar (bloco operatório, recobro e equipamentos);
- Medicamentos ministrados durante a cirurgia referida na alínea anterior.

EXCLUSÕES ESPECÍFICAS (para além das aplicáveis a todas as coberturas)

Esta cobertura não garante:

- Aparelhos de ortodontia e respetivos moldes e estudos (incluindo imagiologia específica) e consultas de controlo;
- Tratamentos efetuados com utilização de metais preciosos;
- Reabilitação de dentes em falta ou reabilitados com prótese à data da celebração do contrato;
- Implantes do foro estomatológico, incluindo todos os atos clínicos e laboratoriais necessários, nomeadamente a fase de regeneração óssea pré-protética, a fase cirúrgica (colocação de implante dentário e implante dentário "per si") e fase protética (coroa sobre implante) incluindo sistema de conexão (magnético, cimentado ou aparafusado).

A primeira consulta desta especialidade efetuada na Rede Médica inclui um registo da situação clínica por cada Pessoa Segura, resultando do mesmo a elaboração de uma ficha de observação para arquivo do Segurador.

10. ACESSO À REDE DE ESTOMATOLOGIA

ÂMBITO

Esta cobertura garante, nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Particulares, o direito de acesso a atos de diagnóstico ou terapêutica do foro estomatológico, suportando a Pessoa Segura a totalidade do respetivo custo.

Fica abrangido por esta cobertura o direito de acesso aos atos suprarreferidos que origemem despesas efetuadas com:

- Honorários médicos;
- Exames auxiliares de diagnóstico;
- Próteses estomatológicas;
- Ortodontia;
- Materiais e todos os produtos associados aos atos médicos realizados.

EXCLUSÕES

Para efeitos desta cobertura, não são aplicáveis as exclusões constantes da cláusula 4ª das Condições Gerais.

11. ACESSO À REDE DE TERAPÊUTICAS NÃO CONVENCIONAIS

ÂMBITO

Esta cobertura garante à Pessoa Segura, nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Particulares, o direito de acesso à Rede de Terapêuticas Não Convencionais em Portugal, suportando a Pessoa Segura a totalidade dos custos, nos seguintes serviços:

- Acupuntura;
- Homeopatia;
- Osteopatia;
- Naturopatia;
- Fitoterapia;
- Quiropraxia.

EXCLUSÕES

Para efeitos desta cobertura, não são aplicáveis as exclusões constantes da cláusula 4ª das Condições Gerais.

12. PRÓTESES E ORTÓTESES

ÂMBITO

Esta cobertura garante, nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Particulares, o pagamento de despesas efetuadas com Próteses ou Ortóteses, desde que prescritas por um Médico da especialidade, Optometrista ou Técnico de Ortóptica.

EXCLUSÕES ESPECÍFICAS (para além das aplicáveis a todas as coberturas)

Esta cobertura não garante:

- Próteses do foro estomatológico;
- Testes optométricos;
- Cintas medicinais, meias elásticas e colchões ortopédicos;
- Aquisição ou aluguer de equipamentos;
- Calçado ortopédico;
- Aquisição de ortóteses oculares fora da Rede de Óticas;
- Aquisição isolada de aros oculares;
- Extravio, furto, roubo ou quebra de ortóteses oculares.

Relativamente a ortóteses de foro oftalmológico, as despesas garantidas pela presente cobertura, são aceites pelo Segurador mediante a aplicação dos procedimentos a seguir indicados:

- Na primeira apresentação de despesa de lentes, a mesma só será comparticipada quando acompanhada da respetiva prescrição efetuada por Médico, Optometrista ou Técnico de Ortóptica. Nas apresentações seguintes, a comparticipação de despesas só será efetuada quando se verificar a existência de alteração da correção relativamente à prescrição anterior;

- b) Os aros oculares só são comparticipáveis quando adquiridos em conjunto com as lentes oculares, desde que estas sejam também comparticipáveis;
- c) Considera-se como vida útil para os aros e lentes o prazo de três anos, findo o qual estes passam a ser comparticipáveis, mesmo que não se verifique a existência de alteração da correção relativamente à prescrição anterior. Este prazo de vida útil não é aplicável a lentes de contacto descartáveis;
- d) No caso de menores de 16 anos, os aros e lentes poderão ser comparticipáveis sem que se verifique a referida alteração, desde que na prescrição médica seja explícita a necessidade de trocar de óculos em consequência do seu crescimento;
- e) Não serão nunca consideradas as situações de furto, roubo, extravio ou quebra de óculos ou lentes, exceto quando consequente de acidente garantido pelo contrato, desde que a respetiva participação de sinistro seja acompanhada de documento comprovativo das lesões físicas provocadas na Pessoa Segura, elaborado pelo Médico, ou unidade hospitalar que prestou assistência.

13. ACESSO À REDE DE ÓTICAS

ÂMBITO

Esta cobertura garante à Pessoa Segura, nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Particulares, o direito de acesso à Rede de Óticas, suportando a Pessoa Segura a totalidade dos custos, nas despesas efetuadas no âmbito dos modelos contratados para Aros e Lentes.

EXCLUSÕES

Para efeitos desta cobertura, não são aplicáveis as exclusões constantes da cláusula 4ª das Condições Gerais.

14. ASSISTÊNCIA CLÍNICA EM VIAGEM

ÂMBITO

Esta cobertura garante à Pessoa Segura, quando em viagem em Portugal ou deslocação no estrangeiro não superior a 60 dias, o direito a um Serviço de Assistência, nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Particulares, com os seguintes serviços:

- a) Admissão - Em caso de doença ou acidente que implique a necessidade de internamento ou tratamento da Pessoa Segura, devidamente justificado, em hospital ou clínica, o Segurador tratará dos procedimentos necessários à admissão da Pessoa Segura na unidade hospitalar escolhida pela Pessoa Segura.
- b) Transporte - No caso de a Pessoa Segura necessitar de transporte para a unidade onde será internada ou tratada e esteja fisicamente impossibilitada de utilizar um meio de transporte normal, o Segurador garantirá o seu transporte em ambulância, veículo sanitário ligeiro ou outro meio de transporte que a gravidade da situação justifique, até à unidade de internamento ou tratamento indicada pela Pessoa Segura. Por solicitação da Pessoa Segura, o Segurador organizará idêntico serviço para um acompanhante, seja médico, familiar ou outro.
Após alta médica, o Segurador garantirá o transporte de regresso, em meio de transporte adequado, para a Pessoa Segura, bem como para o acompanhante.
O Segurador obriga-se somente a transportar a Pessoa Segura sujeita a internamento numa unidade hospitalar fora do território nacional, quando esta já se encontre no estrangeiro à data do evento ocorrido de modo súbito ou desde que não exista em Portugal qualquer unidade onde o tratamento possa ser desenvolvido. O serviço é ainda garantido, quando não haja possibilidade de internamento em tempo útil em unidade de saúde no território nacional, estando em risco de vida a Pessoa Segura.
Se a Pessoa Segura for portadora de doença contagiosa, a utilização do transporte de avião de linha fica condicionada à autorização da companhia aérea transportadora. No caso de não ser concedida autorização, a Pessoa Segura, se o desejar, poderá optar por qualquer meio de transporte, previamente acordado entre o seu Médico Assistente e os serviços clínicos do Segurador.
- c) Despesas de Funeral e Repatriamento - Se a Pessoa Segura falecer no estrangeiro, durante o período de Internamento Hospitalar, o Segurador suportará eventuais despesas relacionadas com as formalidades legais a cumprir no local do falecimento, bem como com as decorrentes do transporte do corpo em urna desde o local do evento até ao do funeral em Portugal, assim como as despesas de funeral, até ao valor máximo de 2.500,00€.
- d) Alta sob Vigilância Clínica - Se para efeitos de consulta ou após alta médica, em consequência de Internamento Hospitalar, a Pessoa Segura necessitar de ficar alojada fora da sua residência habitual para vigilância médica, o Segurador garante o alojamento por ela escolhido, suportando a respetiva despesa até ao valor máximo de 100,00€/dia, no máximo de 7 (sete) dias por sinistro e por anuidade.
- e) Saída da Unidade de Saúde - Após a alta médica em consequência de Internamento Hospitalar, o Segurador encarregar-se-á de todos os procedimentos administrativos necessários à saída da Pessoa Segura, junto da unidade hospitalar, garantindo-se igual serviço em caso de morte da Pessoa Segura durante o Internamento.
- f) Envio de Medicamentos - No caso de o Médico Assistente haver prescrito à Pessoa Segura medicamentos, o Segurador garantirá a sua procura e envio, se os mesmos não estiverem disponíveis no local onde a Pessoa Segura se encontra.
O custo de aquisição desses medicamentos será suportado pela Pessoa Segura.

15. EXTENSÃO AO ESTRANGEIRO

ÂMBITO

Esta extensão de cobertura garante à Pessoa Segura, nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Particulares e nas coberturas respetivas, o reembolso de despesas com cuidados de saúde fora do território nacional.

EXCLUSÕES ESPECÍFICAS (para além das aplicáveis a todas as coberturas)

Esta cobertura não garante despesas de deslocação e estadia.

16. DOENÇAS GRAVES

ÂMBITO

Esta cobertura garante, quando tal seja recomendado no quadro dos serviços de Confirmação de Diagnóstico a que se reporta a cobertura Medicina Online, o pagamento, nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Particulares, de despesas efetuadas pela Pessoa Segura no âmbito da Rede Médica Internacional, com diagnósticos, tratamentos, serviços, provisões ou prescrições médicas consideradas clinicamente necessárias, sempre que as mesmas resultem ou sejam consequência de qualquer uma das Doenças Graves ou condições clínicas a seguir indicadas e cujos primeiros sintomas e primeiro diagnóstico tenham ocorrido durante o período de vigência da cobertura.

Para efeitos da cobertura garantida, são consideradas as Doenças Graves e os procedimentos terapêuticos a seguir indicados:

- a) Doença Oncológica - Tumor maligno caracterizado por não estar encapsulado e pelo crescimento e dispersão descontrolada de células malignas e pela invasão dos tecidos;
- b) Neurocirurgia - intervenção cirúrgica ao crânio ou outra estrutura intracraniana. No caso de cirurgias a tumores cranianos consideram-se os tumores benignos ou malignos com origem em tecido cerebral, meninges ou nervos cranianos. O tumor deverá ser tratado, através de um dos procedimentos terapêuticos seguintes:
 - craniotomia com ressecção completa ou incompleta do tumor;
 - radiocirurgia estereotáctica.Em qualquer dos casos o diagnóstico deve ser confirmado pelo Neuro-Oncologista ou Neurocirurgião e suportado por exames imagiológicos;
- c) "By-pass" das artérias coronárias - Tratamento cirúrgico envolvendo cirurgia de coração aberto e utilização de "by-pass" para corrigir a estenose de pelo menos duas artérias coronárias. Neste caso, a autorização depende da evidência angiográfica da doença;
- d) Procedimentos cirúrgicos para substituição de válvulas do coração - a substituição total de uma ou mais válvulas do coração. A autorização depende da evidência angiográfica da doença;
- e) Cirurgia da aorta torácica - a cirurgia, incluindo procedimentos minimamente invasivos, para tratamento de coartação, estenose, aneurisma ou dissecção da aorta torácica. A cirurgia deve ser proposta por um cirurgião da especialidade e suportada por exames de imagem;

f) Transplante de órgãos – o transplante cirúrgico de coração, pulmão, fígado, rim, pâncreas ou medula óssea resultante da perda total e irreversível da respetiva função orgânica. O órgão ou medula óssea deverá ser substituído por outro do mesmo tipo e proveniente de outro ser humano identificado como dador.

1. Despesas Cobertas

Verificada qualquer uma das Doenças Graves ou condições clínicas acima referidas, o Segurador garante o pagamento das seguintes despesas:

1.1. Despesas de Internamento Hospitalar:

- Despesas de assistência com enfermagem durante o internamento num quarto, sala ou pavilhão, ou unidade de vigilância ou cuidado intensivo;
- Outros serviços hospitalares, incluindo os serviços prestados no departamento de consulta externa de um hospital;
- Diárias da Pessoa Segura;
- Despesas correspondentes ao custo de uma cama adicional ou de acompanhante, se o hospital disponibilizar esse serviço.

1.2. Despesas realizadas em centros de cirurgia ambulatória ou independente, desde que o tratamento, cirurgia ou prescrição esteja no âmbito de garantia da presente cobertura.

1.3. Honorários médicos relativos a consultas, tratamentos, cuidados médicos ou cirurgias.

1.4. Honorários de consultas médicas efetuadas à Pessoa Segura, enquanto estiver internada num hospital.

1.5. Despesas suportadas com os seguintes serviços, tratamentos ou prescrições médicas e cirúrgicas:

- Anestesia e respetiva aplicação, sempre que tenha sido proporcionada por um médico anestesista;
- Exames de laboratório e patologia, radiografias, exames auxiliares de diagnóstico e meios terapêuticos (radioterapia, isótopos radioativos, quimioterapia, eletrocardiogramas, ecocardiografias, mielogramas, eletroencefalogramas, angiografias, tomografias computadorizadas e outros exames e tratamentos similares), requeridos para o diagnóstico e tratamento de uma doença coberta, sempre que tenham sido prescritos por um Médico, ou realizados com a supervisão de um Médico;
- Transfusões de sangue, aplicação de plasma e soros;
- Aplicação de oxigénio e de produtos injetáveis.

1.6. Despesas com produtos farmacêuticos ou medicamentos aplicados por prescrição médica enquanto a Pessoa Segura estiver hospitalizada, ou pelo período máximo de 30 dias após alta médica, desde que os produtos em causa sejam prescritos no âmbito de processos pós-operatórios.

1.7. Despesas com deslocações e transportes em ambulâncias terrestres e aéreas quando a sua utilização for indicada e prescrita por um Médico.

1.8. Despesas com uma viagem de ida e volta em linha aérea regular (classe económica) para a Pessoa Segura e um acompanhante, com o limite de 3.000,00€ por anuidade.

1.9. Despesas de alojamento da Pessoa Segura e de um acompanhante, com o limite de 200,00€ por dia e de 4.000,00€ por anuidade.

1.10. Em caso de falecimento da Pessoa Segura durante o tratamento, o Segurador suportará as despesas relacionadas com as formalidades legais a cumprir no local do falecimento, bem como as decorrentes do transporte do corpo em urna para o local do funeral em Portugal, com o limite de 10.000,00€ por anuidade.

EXCLUSÕES ESPECÍFICAS (para além das aplicáveis a todas as coberturas)

1. Gerais

Esta cobertura não garante o pagamento das despesas incorridas ou motivadas por qualquer diagnóstico, tratamento, serviço, provisão ou prescrição médica, de qualquer forma relacionadas com, ou resultante de:

- Qualquer doença grave ou situação clínica que não esteja prevista no nº 1 da cobertura;
- Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA), qualquer doença dele resultante ou consequência do seu tratamento, incluindo o "Sarcoma de Kaposi";
- Despesas incorridas por serviços de custódia, cuidados de saúde domiciliários ou serviços proporcionados num centro ou instituição de convalescença, asilo ou lar de idosos, mesmo quando esses serviços sejam requeridos ou necessários como consequência de uma doença coberta;
- Qualquer despesa realizada fora do âmbito de prestadores médicos internacionais recomendados pelo Segurador;
- Qualquer tipo de próteses, aparelhos ortopédicos, cintas, ligaduras, muletas, membros ou órgãos artificiais, perucas (mesmo quando o seu uso for considerado necessário durante o tratamento de quimioterapia), sapatos ortopédicos, fundas herniárias e outros equipamentos ou artigos similares, com a exceção da prótese mamária;
- Todo o tipo de produtos farmacêuticos e medicamentos que não tenham sido dispensados por um farmacêutico licenciado, ou cuja obtenção não requeira receita ou prescrição de um Médico;
- Despesas incorridas pela utilização de terapêuticas não convencionais, mesmo quando tenham sido prescritas de forma específica por um Médico;
- Despesas com a compra ou aluguer de cadeiras de rodas, camas especiais, aparelhos de ar condicionado, purificadores de ar, e quaisquer outros artigos ou equipamentos similares;
- Despesas que não sejam de índole médica, realizadas pela Pessoa Segura ou pelos seus acompanhantes, com a exceção das expressamente garantidas ao abrigo da presente cobertura.

2. Por cobertura

Às coberturas garantidas, aplicam-se ainda as seguintes exclusões:

2.1. Doença Oncológica - Não são garantidos os tratamentos de:

- Qualquer tumor histologicamente descrito como pré-maligno ou que apenas mostre as primeiras alterações malignas;
- Tumores malignos não invasivos;
- Tumores relacionados com o vírus de Imunodeficiência Humana Adquirida (HIV);
- Cancros da pele à exceção do melanoma maligno;
- Cancro papilar da bexiga.

2.2. Neurocirurgia - Não estão garantidos:

- a craniotomia quando a patologia for consequência de lesão traumática;
- o diagnóstico ou tratamento de quistos, granulomas, hamartomas, malformações vasculares intracranianas e tumores da hipófise.

2.3. "By-pass" das artérias coronárias - Não estão garantidas as cirurgias derivadas de lesões traumáticas ou alterações congénitas das coronárias aórticas.

2.4. Procedimentos cirúrgicos para substituição de válvulas do coração - Não estão garantidos quaisquer procedimentos cirúrgicos corretivos de alterações congénitas das válvulas cardíacas.

2.5. Cirurgia da aorta torácica - Não estão garantidas as cirurgias:

- a quaisquer ramos da aorta torácica e cirurgia a aorta abdominal, incluindo bypass aorto-femoral ou aorto-ilíaco;
- decorrentes de doenças hereditárias do tecido conjuntivo (e.g. Síndrome de Marfan, Ehlers-Danlos);
- na sequência de traumatismo com lesão da aorta.

2.6. Transplantes de órgãos - Não estão garantidos quaisquer transplantes de órgãos ou tecidos quando:

- A Pessoa Segura for ela própria uma dadora para um terceiro;
- A necessidade de transplante resultar de patologia congénita;
- A necessidade de transplante resultar de cirrose hepática de etiologia alcoólica;
- O transplante configurar um ato cirúrgico de autotransplante, com exceção de transplante de medula óssea.

3. Limite de capital

O capital seguro anual é de 1.000.000,00€, sendo que, caso o contrato de seguro vigore por um período superior a um ano, o capital seguro aplicável para a totalidade da vigência da apólice é de 2.000.000,00€.

17. MEDICINA PREVENTIVA (CHECK-UP)

ÂMBITO

Esta cobertura garante, nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Particulares, a realização de exames de saúde pela Pessoa Segura, cuja periodicidade e composição poderá consultar em detalhe em www.multicare.pt.

18. MEDICINA ONLINE

ÂMBITO

Esta cobertura garante à Pessoa Segura, através de pedido online ou telefónico, a possibilidade de obter apoio e aconselhamento para adoção de medidas que visem a melhoria da sua saúde.

A resposta poderá ser, conforme opção da Pessoa Segura:

- por contacto telefónico - um especialista entrará em contacto para dar resposta à consulta;
- para o endereço de correio eletrónico;
- através de uma aplicação móvel (APP).

Este serviço é prestado por uma equipa de especialistas (médicos e nutricionistas). O aconselhamento e apoio concedido ao abrigo desta cobertura, visa a identificação dos sinais e sintomas que a Pessoa Segura comunique, cabendo ao serviço de apoio de especialistas sugerir a utilização dos meios mais adequados ao tipo de situação, com indicação da eventualidade de a mesma carecer de cuidados médicos presenciais ou de outro tipo de ações. A responsabilidade desta cobertura fica, pois, limitada à responsabilidade decorrente deste tipo de ato médico nas circunstâncias não presenciais em que é praticado.

Os serviços que integram esta cobertura são os seguintes:

a) CONSULTA POR TELEFONE OU POR E-MAIL

A consulta por telefone ou por e-mail permite à Pessoa Segura consultar uma equipa médica especializada em medicina geral e familiar.

Na consulta por e-mail a pessoa segura poderá fazer o envio de imagens e de exames médicos para que os médicos possam avaliar a respetiva situação clínica.

b) VÍDEO CONSULTA

O serviço visa disponibilizar à Pessoa Segura, através do acesso a uma aplicação móvel (APP), a possibilidade de:

- Agendar previamente, com escolha de dia e hora, um contacto com um médico, por meio remoto (vídeo);
- Fazer o upload de imagens e de exames médicos para que os médicos possam estudar, antes da vídeo consulta, a situação clínica do cliente;
- Ser contactada por um médico por meio remoto (vídeo) na data/hora agendada e obter apoio e aconselhamento clínico para adoção de medidas que visem a melhoria da sua saúde.

c) CONFIRMAÇÃO DE DIAGNÓSTICO

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

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

Este serviço, sequencialmente, engloba o seguinte:

- Recolha da Informação:
A partir do momento em que a Pessoa Segura dá acordo e o serviço é autorizado, a equipa médica inicia os trâmites para reunir toda a informação clínica necessária sobre o caso.
- Revisão de Relatórios Médicos:
Um Comité Clínico realizará a análise inicial dos relatórios médicos e das evidências que foram disponibilizadas pelo paciente.
- Seleção dos Médicos Especialistas:
O Comité Clínico iniciará o processo de seleção dos médicos especialistas com sólida experiência na patologia a nível internacional.
- Avaliação do Caso:
A Equipa Médica enviará o caso aos especialistas selecionados e manterá contacto telefónico para comentar as particularidades do caso com a Pessoa Segura.
- Elaboração do Relatório Médico:
A Equipa Médica realizará o relatório final, incluindo a opinião dos especialistas que foram consultados.
- Apresentação do Relatório:
A Equipa Médica enviará o relatório à Pessoa Segura e entrará em contacto com a mesma, para explicar o conteúdo do relatório médico, dar resposta às questões e às dúvidas que a Pessoa Segura ou o seu Médico assistente possam apresentar.

d) ORIENTAÇÃO NUTRICIONAL

O serviço de orientação nutricional tem por objeto a realização de consultas relacionadas com alimentação ou dieta, efetuadas por uma equipa de especialistas em nutrição e dietética, à qual poderá ser solicitada análise de exames auxiliares de diagnóstico, relatórios médicos, ementas, etc..

e) TESTE DE HÁBITOS SAUDÁVEIS

O serviço de Teste de Hábitos Saudáveis é um teste online que permite à Pessoa Segura obter:

- Relatório sobre o seu estado de saúde com recomendações personalizadas;
- Avaliação do risco cardiovascular;
- Recomendações dietéticas personalizadas sobre o estilo de vida.

O serviço inclui a possibilidade de parecer médico sobre o relatório, quando a Pessoa Segura considere necessário, o qual poderá ser solicitado online ou telefonicamente.

f) PROGRAMA "PÔE-TE EM FORMA"

O Programa "PÔE-TE EM FORMA" disponibiliza à Pessoa Segura que o pretenda, um plano alimentar online, com base numa dieta hipocalórica e equilibrada, combinada com tabelas de exercício físico diário.

Para o efeito:

- i. A Pessoa Segura deve fazer o Teste online, respondendo a todas as perguntas;
- ii. Após a realização do Teste, a Pessoa Segura receberá, por correio eletrónico (e-mail), as recomendações, com menus semanais e tabelas de exercício físico personalizadas. Semanalmente, a Pessoa Segura receberá um e-mail para acompanhamento do Programa, podendo, sempre que necessitar, contactar com os especialistas para esclarecer dúvidas.

g) Outros serviços disponibilizados através do seu sítio da internet ou outros meios disponíveis.

EXCLUSÕES ESPECÍFICAS (para além das aplicáveis a todas as coberturas)

A cobertura não garante:

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

G - DURAÇÃO, RENOVAÇÃO E DENÚNCIA DO CONTRATO

O contrato pode ser celebrado por um período de tempo certo e determinado (seguro temporário) ou por um ano e seguintes, caso em que se renovará sucessivamente no termo de cada anuidade, por períodos anuais, exceto se qualquer das partes o denunciar com a antecedência mínima de, pelo menos, 30 dias em relação ao termo da anuidade.

H - RESPONSABILIDADE DO SEGURADOR EM CASO DE NÃO RENOVAÇÃO DO CONTRATO

1. Em caso de não renovação do contrato ou da cobertura e não estando o risco coberto por um contrato de seguro posterior o Segurador fica, pelo período de 2 anos e até que se mostre esgotado o capital seguro disponível na anuidade em que o contrato cessar a sua vigência, com a obrigação de efetuar as prestações contratualmente devidas, em consequência de doenças manifestadas ou acidentes ocorridos durante o período de vigência da Apólice, desde que cobertos pelo seguro. Tratando-se de Seguro de Grupo, a não renovação da adesão da Pessoa Segura equivale à não renovação do contrato, aplicando-se o regime correspondente.
2. O Segurador deve ser informado da doença nos trinta dias imediatos ao termo do contrato, salvo justo impedimento.
3. Em caso de não renovação do contrato ou da cobertura, as autorizações emitidas e ainda não utilizadas caducam automaticamente na data do termo do mesmo, sem prejuízo do referido nos números anteriores.

I - DIREITO DE LIVRE RESOLUÇÃO DO CONTRATO

1. O Tomador do Seguro que seja pessoa singular dispõe de um prazo de 30 dias, a contar da receção da Apólice, para resolver, nos termos da lei, o contrato, sem necessidade de indicação do motivo, mediante comunicação por escrito, em suporte de papel ou outro meio duradouro disponível e acessível ao Segurador.
2. O prazo referido no nº 1 conta-se a partir da data da celebração do contrato, desde que o Tomador do Seguro nessa data disponha, em papel ou noutro suporte duradouro, de todas as informações relevantes sobre o seguro que tenham de constar da Apólice.
O exercício do direito de livre resolução deve fazer-se através de:
 - Carta dirigida para o seguinte endereço postal:
Multicare - Seguros de Saúde, S.A.
Apartado 24213
EC CAMPO DE OURIQUE (LISBOA)
1251-997 LISBOA
 - E-mail para o seguinte endereço:
atendimento@multicare.pt
3. O exercício do direito de livre resolução extingue as obrigações e direitos decorrentes do contrato, com efeitos a partir da data da sua celebração, estando ambas as partes obrigadas a restituir quaisquer quantias que tenham recebido, no prazo de 30 dias, a contar, respetivamente, da receção da notificação pelo Segurador, ou a contar do seu envio pelo Tomador do Seguro. Porém, no caso do seguro ter início, a pedido do Tomador do Seguro, antes do termo do prazo de livre resolução do contrato, o segurador terá direito:
 - a) Ao valor do Prémio calculado pro rata temporis, na medida em que tenha suportado o risco até à resolução do contrato;
 - b) Ao montante das despesas razoáveis que tenha efetuado com exames médicos sempre que esse valor seja imputado contratualmente ao Tomador do Seguro.

J - DIREITO DE RESOLUÇÃO

1. Para além do estabelecido no ponto anterior, relativo ao direito de livre resolução por iniciativa do Tomador do Seguro, o contrato, pode ainda, ser resolvido, a todo o tempo, por qualquer das partes, com fundamento em justa causa.
2. A resolução por falta de pagamento de Prémios opera nos termos indicados no ponto PRÉMIO infra.
3. A resolução com fundamento em justa causa produz efeitos às 24 horas do próprio dia em que se verifique.

K - DECLARAÇÃO INICIAL DO RISCO

1. O Tomador do Seguro e a Pessoa Segura estão obrigados, antes da celebração do contrato, a declarar com exatidão todas as circunstâncias que conheçam e razoavelmente devam ter por significativas para a apreciação do risco pelo Segurador.
2. O disposto no nº 1 é igualmente aplicável a circunstâncias cuja menção não seja solicitada em questionário fornecido pelo Segurador.
3. O contrato é anulável, nos termos e com as consequências previstas na Lei, em caso de incumprimento doloso do disposto no nº 1.
4. O Segurador pode optar pela cessação ou alteração do contrato, nos termos e com as consequências previstas na Lei, em caso de incumprimento com negligência do disposto no nº 1.

L - PRÉMIO

1. O prémio a pagar ao Segurador será calculado por aplicação das taxas de tarifa ou de referência do Segurador ao módulo de cobertura, indicado na proposta pelo Tomador do Seguro. A taxa de tarifa pode variar em função da idade.
2. Quando acordado entre o Segurador e o Tomador do Seguro, o prémio poderá ser pago fracionadamente, com uma periodicidade mensal, trimestral ou semestral.
3. O pagamento do Prémio é efetuado de acordo com a modalidade escolhida ou disponível na proposta de seguro.
4. O prémio ou fração inicial é devido na data da celebração do contrato, pelo que a eficácia deste depende do pagamento respetivo.
5. Os prémios ou frações seguintes são devidos na data indicada no aviso para pagamento respetivo.
6. Nos termos da lei, na falta de pagamento do prémio ou fração inicial o contrato considera-se resolvido desde o início, não produzindo quaisquer efeitos.
7. Nos termos da lei, o Segurador avisará o Tomador do Seguro, por escrito, até 30 dias antes da data em que os prémios ou frações seguintes são devidos. Se, porém, tiver sido acordado o pagamento do prémio em frações com periodicidade inferior à trimestral, o Segurador pode optar por não enviar o referido aviso, fazendo, nesse caso, constar de documento contratual as datas de vencimento das frações, os seus montantes e as consequências da falta de pagamento.
8. A falta de pagamento do prémio de uma anuidade subsequente ou da 1ª fração deste na data em que é devido impede a prorrogação do contrato, pelo que este não se renovará. A falta de pagamento de qualquer outra fração do prémio na data em que é devida, determina a resolução automática e imediata do contrato nessa mesma data.
9. A falta de pagamento, na data indicada no aviso, de um prémio adicional, desde que este decorra de um pedido do Tomador do Seguro para alteração da garantia que não implique agravamento do risco, determinará que a alteração fique sem efeito, mantendo-se as condições contratuais em vigor anteriormente àquele pedido, a menos que a subsistência do contrato se revele impossível, caso em que se considera resolvido na data do vencimento do prémio não pago.
10. As disposições dos números anteriores são aplicáveis ao pagamento dos Prémios ou frações devidos por cada um dos aderentes ao seguro de grupo que seja contratado, quando este seguro seja contributivo e o Tomador do Seguro e o Segurador hajam estabelecido que o respetivo pagamento seja efetuado ao Segurador pelo aderente.

M - SUB-ROGAÇÃO

O Segurador, uma vez paga a prestação decorrente de um sinistro, fica sub-rogado, até à concorrência do valor da mesma, em todos os direitos da Pessoa Segura contra terceiro responsável pelos prejuízos, obrigando-se aquela a praticar o que necessário for para efetivar esses direitos.

N - RESPONSABILIDADE MÁXIMA DO SEGURADOR EM CADA PERÍODO DE VIGÊNCIA DO CONTRATO

1. Os valores máximos garantidos pelo contrato, assim como as franquias contratadas e os períodos de carência aplicáveis, constam das Condições Particulares e vigoram em cada anuidade do contrato.
2. O Segurador garante à Pessoa Segura o pagamento, em moeda euro, das despesas efetuadas ou capital até ao limite contratado, em cada período de vigência do contrato.
3. Esgotados os capitais seguros ou limites da apólice, quando esteja em curso uma prestação de cuidados de saúde, fica a cargo da Pessoa Segura suportar as despesas remanescentes para evitar a sua interrupção ou descontinuidade.
4. Salvo convenção em contrário, nas situações de acerto de vencimento, os valores garantidos são proporcionais ao tempo em risco.

O - PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

1. Em caso de sinistro coberto pelo presente contrato, o Tomador do Seguro e a Pessoa Segura, sob pena de responderem por perdas e danos, obrigam-se a:
 - a) Tomar as medidas ao seu alcance para evitar o agravamento do sinistro;
 - b) Participar o sinistro ao Segurador, por escrito, nos 8 dias imediatos à sua ocorrência;
 - c) Realizar, sempre que solicitados, exames que serão suportados pelo Segurador em Médicos por ele designados, cessando a responsabilidade do mesmo se o não fizer;
 - d) Autorizar, no âmbito de sinistro que motive um pedido de prestação ou de reembolso por cuidados de saúde ao abrigo do contrato de seguro, os Médicos e outros profissionais ou instituições de saúde a que tenha recorrido, a prestar ao Médico que o Segurador designar, as informações por este solicitadas relativas ao seu estado de saúde e aos serviços clínicos prestados.
2. No regime de prestações por reembolso, o Tomador do Seguro e a Pessoa Segura obrigam-se ainda a apresentar ao Segurador os recibos originais das despesas, no prazo máximo de 120 dias a contar da data da sua realização. Sempre que os originais tenham sido utilizados pela Pessoa Segura para pedido de reembolso de despesas a outra entidade, podem ser apresentadas fotocópias dos mesmos, desde que acompanhadas de declaração emitida pela mesma entidade que faça prova do valor total da despesa e do valor do reembolso; de igual modo, sempre que a Pessoa Segura necessite de apresentar os originais para efeitos de pedido de reembolso posterior a outra entidade, apresentará para o efeito fotocópias dos mesmos, acompanhadas de declaração emitida pelo Segurador, por forma a fazer prova do valor total da despesa e do valor do reembolso.
3. O Segurador procede ao reembolso das prestações, no prazo máximo de 30 dias úteis a contar da data em que foi firmada a sua responsabilidade e efetuado o apuramento das comparticipações a pagar, de acordo com o estipulado nas Condições Particulares. Se decorrido este prazo, o Segurador, na posse de todos os elementos indispensáveis ao reembolso das prestações, não tiver realizado essa obrigação, por causa não justificada ou que lhe seja imputável, incorrerá em mora, vencendo a indemnização juros à taxa legal em vigor.
4. O Segurador não assume a responsabilidade pelas consequências de atraso ou negligência imputáveis à Pessoa Segura no recurso à assistência, o mesmo acontecendo se ela se recusar a seguir os tratamentos prescritos.
5. O Tomador do Seguro e a Pessoa Segura respondem nos termos legais por perdas e danos, nos casos de fraude, simulação e falsidade para justificar despesas de saúde ou em qualquer outro uso de meios dolosos, que visem uma utilização abusiva do contrato para obter um benefício ilegítimo.

P - DADOS PESSOAIS DE SAÚDE

O Segurador poderá ter necessidade, quer para efeitos de aceitação do contrato, quer para efeitos de regularização de sinistro, de aceder a dados pessoais de saúde da pessoa segura.

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

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

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

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

Q - RECLAMAÇÕES

O Segurador dispõe de uma unidade orgânica específica para receber, analisar e dar resposta às reclamações efetuadas, sem prejuízo de poder ser requerida a intervenção da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões e da possibilidade de recurso às instâncias de resolução alternativa de litígios.

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

R - AUTORIDADE DE SUPERVISÃO

Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões.

S - LEI APLICÁVEL

1. A lei aplicável ao contrato é a lei Portuguesa.
2. Nos contratos à distância, as relações estabelecidas pelo Segurador com o consumidor antes da celebração do contrato regem-se pela lei Portuguesa.
3. O foro competente para dirimir os litígios emergentes deste contrato é o fixado na lei civil.

Esta informação não dispensa a leitura atenta das Condições Gerais, Especiais e Particulares do contrato.

Documento de informação sobre o produto de seguros

Companhia: Fidelidade - Companhia de Seguros, S.A., com sede em Portugal, empresa de seguros registada junto da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões sob o número 1011.

Produto: Seguro de Saúde PME Multicare 1|2|3.

A informação pré-contratual e contratual completa relativa ao produto é prestada noutros documentos.

Qual é o tipo de seguro?

Seguro de Saúde (ramo de seguro Doença).



Que riscos são segurados?

Coberturas e capitais disponíveis dependendo do seguro escolhido:

- ✓ Internamento Hospitalar, Cirurgias em Ambiente Hospitalar e Parto, Cesariana e Interrupção Involuntária da Gravidez, com os capitais seguintes:
 - ✓ Multicare 1 – 25.000€ ou 50.000€;
 - ✓ Multicare 2 – 50.000€;
 - ✓ Multicare 3 – 100.000€
- ✓ Ambulatório (Consultas, Exames e Tratamentos):
 - ✓ Multicare 1 – Acesso à Rede: serviços disponibilizados em prestadores da Rede Multicare, a preços mais vantajosos (valores convencionados) e sem aplicação das exclusões gerais do contrato;
 - ✓ Multicare 2 – 2 opções:
 - Capital €1.000 ou
 - 8 consultas programadas de consultório, garantidas apenas na rede de prestadores;
 - ✓ Multicare 3 – capitais de 2.500€ ou 5.000€;
- ✓ Acesso à Rede de Estomatologia, de Óticas e de Terapêuticas Não Convencionais, mediante pagamento dos preços convencionados;
- ✓ Check-up sem custos adicionais, nas unidades Luz Saúde ou noutros prestadores indicados pela Multicare (de 2 em 2 anos, a partir dos 16 anos de idade e após período de carência);
- ✓ Medicina Online - serviços de assistência prestados através de telefone ou de canais digitais, incluindo vídeo-consulta;
- ✓ Coberturas de Assistência (pedidas através do Serviço de Apoio ao Cliente):
 - Transporte de Urgência;
 - Apoio Familiar no Internamento Hospitalar e
 - Assistência Médica Domiciliária.
- ✓ No Multicare 2 e 3 - Assistência Clínica em Viagem e Assistência Médica Domiciliária, pedidas através do Serviço de Apoio ao Cliente.



Que riscos não são segurados?

- ✗ Doenças ou lesões preexistentes ou congénitas;
- ✗ Perturbações do foro da saúde mental;
- ✗ Disfunções sexuais, infertilidade e métodos anticoncecionais;
- ✗ Tratamentos para regularização de peso;
- ✗ Cirurgias do foro estético, plástico ou reconstrutivo, exceto em caso de doença ou acidente garantido pela apólice;
- ✗ Implantes;
- ✗ Ortodontia e tratamentos estomatológicos com metais preciosos;
- ✗ Doenças que decorram do consumo de bebidas alcoólicas, da utilização abusiva de medicamentos, da utilização de estupefacientes e de narcóticos não prescritos;
- ✗ Despesas com medicamentos;
- ✗ VIH e Hepatite;
- ✗ Tratamentos de hemodiálise;
- ✗ Cirurgias para correção de roncopatia;
- ✗ Acidentes de viação, de trabalho, em serviço, bem como doenças profissionais;
- ✗ Desportos de alto risco e competições desportivas;
- ✗ Eventos de força maior da natureza, guerra, terrorismo e semelhantes;
- ✗ Serviços que não sejam clinicamente necessários ou que não tenham finalidade terapêutica;
- ✗ Interrupção voluntária da gravidez;
- ✗ Tratamentos cirúrgicos ou laser para correção de erros de refração da visão, nomeadamente em caso de miopia, astigmatismo e hipermetropia;
- ✗ Tratamentos termais, ginástica, natação e massagens;
- ✗ Doenças resultantes de epidemia;
- ✗ Tratamentos experimentais;
- ✗ Transplantes, exceto em Doenças Graves, se a cobertura for contratada;
- ✗ Despesas com acompanhantes, deslocações e alojamento, exceto em Doenças Graves, se a cobertura for contratada;
- ✗ Todos os riscos não enquadráveis nas coberturas contratadas;
- ✗ Todos os riscos excluídos em qualquer das coberturas contratadas.

Coberturas opcionais:

- ✓ Em todos os seguros: Doenças Graves, cujo tratamento é assegurado exclusivamente na Rede Médica Internacional (Doença oncológica, neurocirurgia, by-pass de coronárias e transplante de órgãos) – capital 1.000.000€;
- ✓ No Multicare 3: Estomatologia – capital 1.000€; Próteses e Ortóteses – capital 500€ (óculos e lentes garantidos exclusivamente na rede de óticas).

Capitais seguros

- ✓ Os capitais são por anuidade e pessoa segura, sendo específicos por cobertura em função do seguro escolhido e opções de capitais contratados, conforme informação constante das Informações Pré-Contratuais.



Há alguma restrição da cobertura?

- ! As decorrentes de terem existido omissões ou inexistências dolosas ou negligentes do Tomador do Seguro ou da Pessoa Segura na declaração inicial do risco;
- ! As resultantes dos limites de capital seguro, dos regimes de prestação (Prestação na Rede, Prestação por Reembolso e Acesso à Rede), das franquias, dos copagamentos, do limite de valorização do K (por referência à tabela da Ordem dos Médicos) e dos períodos de carência que sejam aplicáveis;
- ! Em caso de sinistro, se não forem tomadas medidas para evitar o agravamento do estado de saúde, o pagamento de despesas pode ser reduzido ou excluído;
- ! O Parto fica garantido apenas se a cobertura for contratada;
- ! Despesas de natureza particular;
- ! Na cobertura de Doenças Graves excluem-se tumores pré-malignos, tumores não invasivos, cancro da pele, neurocirurgia e by-pass cuja patologia tenha tido origem em lesões traumáticas, transplante em que a Pessoa Segura seja dador para terceiro ou autotransplante, terapêuticas não convencionais, bem como próteses e ortóteses;
- ! Vacinas, artigos sanitários e antissépticos, material de penso, champôs, sabonetes, pastas medicinais, produtos de higiene, dietéticos, de alimentação infantil, homeopáticos ou manipulados, cintas medicinais, meias elásticas e colchões ortopédicos, aquisição ou aluguer de equipamento;
- ! Os óculos e lentes de contacto apenas estão garantidos na Rede de Óticas;
- ! A Pequena Cirurgia é garantida apenas na cobertura de Ambulatório;
- ! Existem atos médicos sujeitos a autorização prévia para serem garantidos pelo seguro no regime de prestações em rede.



Onde estou coberto?

- ✓ Em todo o Mundo. No entanto, algumas garantias só são válidas onde exista a Rede Multicare.



Quais são as minhas obrigações?

- Antes da celebração do contrato, devo declarar com exatidão todas as circunstâncias que conheça e razoavelmente deva ter por significativas para a apreciação do risco pelo Segurador, ainda que não sejam solicitadas em questionário fornecido pelo Segurador;
- Pagar atempadamente o prémio de seguro ou as suas frações para que a apólice se mantenha em vigor;
- Em caso de não renovação do contrato, informar o Segurador, nos trinta dias subsequentes ao termo do contrato, salvo justo impedimento, de qualquer doença então existente para que aquele continue responsável durante dois anos;
- Comunicar ao Segurador alterações importantes, tais como, composição do agregado familiar, morada, contactos;
- Em caso de extravio do Cartão Multicare, comunicá-lo ao Segurador no prazo máximo de 48 horas.

Em caso de sinistro devo:

- Tomar medidas para evitar o agravamento do estado de saúde da pessoa segura;
- Participar ao segurador nos 8 dias subsequentes à ocorrência;

- Informar o Segurador de todos os factos sobre o sinistro e permitir o seu acesso à informação clínica, solicitando autorização, quando necessária, conforme indicado na respetiva cobertura;
- Sempre que solicitados, pelo Segurador, realizar, exames que serão suportados por este, em Médicos por ele designados, cessando a responsabilidade do mesmo se a pessoa segura o não fizer;
- Autorizar, no âmbito de sinistro que motive um pedido de prestação ou de reembolso por cuidados de saúde ao abrigo do contrato de seguro, os Médicos e outros profissionais ou instituições de saúde a que tenha recorrido, a prestar ao Médico que o Segurador designar, as informações por este solicitadas relativas ao seu estado de saúde e aos serviços clínicos prestados;
- Atuar com boa-fé na utilização dos serviços na rede de prestadores e na apresentação de despesas para reembolso;
- Apresentar as despesas para reembolso no prazo máximo de 120 dias após a sua realização;
- Não prejudicar o direito de sub-rogação do Segurador.



Quando e como devo pagar?

O prémio inicial é pago na data da celebração do contrato. Os prémios ou frações subsequentes são devidos na data indicada no aviso para pagamento respetivo. O prémio pode ser pago, dependendo do acordado, em numerário, cheque bancário, débito em conta, vale postal e cartão de débito.



Quando começa e acaba a cobertura?

Sem prejuízo dos períodos de carência que sejam aplicáveis, o contrato produz efeitos a partir do momento do pagamento do prémio inicial e até que um prémio ou fração subsequente deixe de ser pago, a menos que, entretanto, se verifique qualquer outra causa de cessação do contrato.

A idade limite de permanência são 70 anos.



Como posso rescindir o contrato?

O Tomador do Seguro pode: **a) Denunciar** o contrato, mediante comunicação ao Segurador com a antecedência mínima de 30 dias em relação ao termo da anuidade; **b) Resolver** o contrato com justa causa; c) **Resolver livremente** (sem necessidade de indicação do motivo), nos 30 dias imediatos à receção da apólice, quando o Tomador do Seguro seja pessoa singular.

O contrato pode, ainda, cessar por revogação, por acordo com o Segurador, e também por caducidade.

As comunicações devem revestir forma escrita ou ser prestadas por outro meio de que fique registo duradouro.