

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 Activcare Dental.

C - COBERTURA

- O contrato garante à Pessoa Segura, em caso de sinistro ocorrido durante a sua vigência, um conjunto de coberturas no domínio dos cuidados de saúde que pode integrar acesso à rede, serviços de assistência e capital diário, conforme definido nas Condições Gerais, nas Condições Especiais e nas Condições Particulares efetivamente contratadas.
- 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:
 - Capital Diário por Internamento Hospitalar;
 - Acesso à Rede de Estomatologia.
- As coberturas contratadas constam das Condições Particulares e no Certificado Individual de Seguro.
- O Seguro de Saúde Activcare Dental tem as seguintes coberturas:

COBERTURAS	ACTIVCARE DENTAL	FRANQUIAS E COPAGAMENTOS	
		REDE	REEMBOLSO
CAPITAL DIÁRIO POR INTERNAMENTO HOSPITALAR ¹	25 €	EXCLUSIVO DE REEMBOLSO	7 DIAS
ACESSO À REDE DE ESTOMATOLOGIA	✓	PREÇOS MULTICARE	EXCLUSIVO DE REDE

✓ COBERTURA INCLUÍDA

¹ Máximo de 40 dias por ano, com período de carência de 90 dias e uma franquia de 7 dias por sinistro. Capital diário de 50€, se internamento ocorrer em Unidade de Cuidados Intensivos.

D - EXCLUSÕES

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:

- 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;
- 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;
- 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;
- Assistência hospitalar por razões de caráter meramente social;
- 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;
- Doenças, lesões ou deformações preexistentes à data da celebração do contrato do seguro;
- Utilização abusiva de medicamentos;
- Alcoolismo e doenças resultantes do consumo de bebidas alcoólicas;
- Utilização de estupefacientes e narcóticos quando não prescritos por médico;
- Tratamentos relacionados com a toxicod dependência;
- Patologias ou tratamentos relacionados, direta ou indiretamente, com infeção por vírus de imunodeficiência humana (HIV);
- Tratamentos relacionados, direta ou indiretamente, com infeção por vírus da hepatite, excetuando os resultantes da hepatite A;
- 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;
- Perturbações do foro da saúde mental, consequentes ou não de outra doença que careça de internamento, sessões de psicologia, psicanálise, psicoterapia, hipnose e terapia do sono;
- Disfunções sexuais, exceto em consequência de doença garantida pela apólice;
- Tratamentos e/ou cirurgia para mudança de sexo;
- 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 anticoncepcionais 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 metabólica 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 toxicoddependência 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 - ÂMBITO DAS COBERTURAS

1. CAPITAL DIÁRIO POR INTERNAMENTO HOSPITALAR

ÂMBITO

Esta cobertura garante, nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Particulares, o pagamento de um capital em caso de internamento da Pessoa Segura em unidade hospitalar sita em Portugal, resultante de doença ou acidente que ocorram durante a vigência do contrato.

EXCLUSÕES

Para além das exclusões gerais, não estão contempladas as hospitalizações em consequência de tratamentos não reconhecidos oficialmente pela medicina convencional.

2. 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 originem despesas efetuadas com:

- a) Honorários médicos;
- b) Exames auxiliares de diagnóstico;
- c) Próteses estomatológicas;
- d) Ortodontia;
- e) 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.

F - 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.

G - 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.
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.

H - 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, 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.
3. O exercício do direito de livre resolução determina a cessação do contrato, extinguindo todas as obrigações dele decorrentes, com efeitos a partir da celebração do mesmo, tendo o segurador 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.

I - 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.

J - PRÉMIO

1. O prémio a pagar ao Segurador será calculado por aplicação das taxas de tarifa ou de referência do Segurador à modalidade indicada na proposta pelo Tomador do Seguro.
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 prémio ou fração inicial é devido na data da celebração do contrato, pelo que a eficácia deste depende do pagamento respetivo.
4. Os prémios ou frações seguintes são devidos na data indicada no aviso para pagamento respetivo.
5. 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.
6. 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.
7. 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 renova. 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.
8. 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.

K - 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.

L - 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 do capital, em moeda euro, até ao limite contratado, em cada período de vigência do contrato.
3. Salvo convenção em contrário, nas situações de acerto de vencimento, os valores garantidos são proporcionais ao tempo em risco.

M - 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.

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

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

N - 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 à arbitragem.

A informação geral relativa à gestão de reclamações encontra-se disponível em www.fidelidade.pt.

O - AUTORIDADE DE SUPERVISÃO

Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões.

P - LEI APLICÁVEL

O Segurador propõe a aplicação da lei portuguesa ao contrato. As partes podem, no entanto, acordar expressamente aplicar lei diferente da lei portuguesa, desde que motivadas por um interesse sério e a lei escolhida esteja em conexão com algum dos elementos do contrato.

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

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 Activcare Dental

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?

- ✓ Capital Diário por Internamento Hospitalar – capital 25€ por dia (ou 50€ em caso de internamento em unidade de cuidados intensivos) e máximo de 40 dias por ano;
- ✓ Acesso à Rede de Estomatologia, mediante pagamento dos preços convencionados e sem aplicação das exclusões gerais do contrato.



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;
- ✗ Transplantes e 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 A;
- ✗ Tratamentos de hemodiálise;
- ✗ Cirurgias para correção de roncopia;
- ✗ 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;
- ✗ 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.



Há alguma restrição da cobertura?

- ! As decorrentes de terem existido omissões ou inexatidões dolosas ou negligentes do Tomador do Seguro ou da Pessoa Segura na declaração inicial do risco;
- ! As resultantes dos limites de capital seguro que sejam aplicáveis;
- ! A cobertura de Capital Diário por Internamento Hospitalar só pode ser acionada após período de carência de 90 dias e tem uma franquia de 7 dias;
- ! 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.



Onde estou coberto?

- ✓ Em Portugal.



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 imediatos ao termo do contrato, salvo justo impedimento, de qualquer doença então existente;
- Em caso de extravio do Cartão Multicare, comunicá-lo no prazo máximo de 48 horas.
- Comunicar à Fidelidade alterações importantes, tais como, composição do agregado familiar, morada, contactos.

Em caso de sinistro devo:

- Tomar medidas para evitar o agravamento do estado de saúde da pessoa segura;
- Fazer a participação ao Segurador nos 8 dias subsequentes a acidente ou doença suscetível de acionar as garantias do contrato;
- Informar o Segurador de todos os factos sobre o sinistro e permitir o seu acesso à informação clínica;
- Realizar, sempre que solicitados, pelo Segurador, os exames por ele suportados, em Médicos por ele designados, cessando a responsabilidade do mesmo se a pessoa segura o não fizer;
- Atuar com boa-fé na utilização dos serviços em rede e não fazer uma utilização abusiva do contrato para obter um benefício ilegítimo.



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 é pago por débito em conta.



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.

O seguro Activcare Dental não tem qualquer limite de idade de subscrição e funciona sem idade limite de permanência.



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.