MULTICARE
FIDELIDADE

Seguro de Saúde Individual 60+ Multicare
Informações Pré-Contratuais
A entregar ao Tomador do Seguro

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 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 / MERCADO-ALVO

Produto: Seguro de Saúde Individual 60+ Multicare

Mercado-Alvo: Clientes que pretendam contratar para si e/ou para o seu cônjuge, um seguro de saúde que lhes disponibilize cuidados de saúde privados.
- 60+ Multicare 1: Para clientes que pretendam uma proteção que inclua um Capital para Internamento Hospitalar e um pacote de consultas (de consultório e de urgência) na Rede Multicare.
- 60+ Multicare 2: Para clientes que pretendam uma proteção mais robusta, através de um Capital de Internamento Hospitalar mais elevado e de Capital para Consultas, Exames e Tratamentos (Ambulatório).

Neste seguro não se podem incluir pessoas com idade inferior a 61 anos.

Condições de Inclusão como Pessoa Segura e Cessação das Garantias: A idade para inclusão como Pessoa Segura é entre os 61 e os 70 anos de idade (inclusive), funcionando as garantias sem idade limite de permanência.

C - COBERTURA

1. O contrato garante à Pessoa Segura, em caso de Doença manifestada ou Acidente 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 mencionados na Apólice, as seguintes coberturas, desde que contratadas:
1 Internamento Hospitalar;
2 Transporte de Urgência;
3 Consultas, Exames e Tratamentos (Ambulatório);
4 Consultas Plus;
5 Medicina Online;
6 Acesso à Rede de Consultas, Exames e Tratamentos (Ambulatório);
7 Assistência Domiciliária;
8 Acesso à Rede de Estomatologia e Medicina Dentária;
9 Acesso à Rede de Terapêuticas Não Convencionais;
10 Acesso à Rede de Óticas;
11 Assistência Clínica em Viagem;
12 Extensão de Coberturas ao Estrangeiro;
13 Medicina Preventiva;
14 Transporte Não Urgente.

3. O contrato de seguro pode, ainda, incluir outras coberturas. As coberturas contratadas constam das Condições Particulares e no Certificado Individual de Seguro.

Fidelidade - Companhia de Seguros, S.A. - NIPC e Matrícula 500 918 880, na CRC Lisboa • Sede: Largo do Calhariz, 30 • 1249-001 Lisboa – Portugal • Capital Social EUR 509.263.524
Apoio ao Cliente: Dias úteis das 9h às 20h. Assistência: Todos os dias 24h/dia • T. 217 94 88 80 Chamada para a rede fixa nacional • E. apoiocliente@multicare.pt • www.multicare.pt

4. O Seguro de Saúde Individual 60+ Multicare é comercializado em módulos de coberturas, Capitais, Franquias e Copagamentos nos seguintes termos:

COBERTURAS	60+ MULTICARE 1	60+ MULTICARE 2	VALORES A CARGO DA PESSOA SEGURA	
			NA MODALIDADE DE REDE	NA MODALIDADE DE REEMBOLSO
INTERNAMENTO HOSPITALAR	50.000 €	200.000 €	1.500 € / 2.000 € [1]	60%, COM LIMITE MÁX. A CARGO DA MULTICARE DE 6,75 € POR K [2]
TRANSPORTE DE URGÊNCIA	✓	✓	0 €	EXCLUSIVO DE REDE
CONSULTAS, EXAMES E TRATAMENTOS (AMBULATÓRIO)	–	2.000 € [3]		60 %
FRANQUIA ANUAL			–	50 €
CONSULTAS				
CONSULTÓRIO			19 €	
SERVIÇO ATENDIMENTO PERMANENTE			50 €	
MEIOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA (MCDT)				
ANÁLISES CLÍNICAS			50% (MÍN. 2 €)	
ANATOMIA PATOLÓGICA			15 €	
RAIO X			10 €	
ECOGRAFIA			20 €	
TAC			50 €	
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA			90 €	
OUTROS MCDT			50 %	
MEDICINA FÍSICA E DE REABILITAÇÃO		250 € [4]	50 %	
TERAPIA DA FALA			17,50 €	
FISIOTERAPIA DIGITAL		✓	10%	
OUTROS TRATAMENTOS			50%	
TAXAS MODERADORAS			EXCLUSIVO DE REEMBOLSO	0 €
CONSULTAS PLUS				
CONSULTÓRIO	8 CONSULTAS [3]	–	19 €	EXCLUSIVO DE REDE
SERVIÇO ATENDIMENTO PERMANENTE	2 CONSULTAS		50 €	
MEDICINA ONLINE	✓	✓	0 €	EXCLUSIVO DE REDE
ACESSO À REDE DE CONSULTAS, EXAMES E TRATAMENTOS (AMBULATÓRIO)	✓	✓	PREÇOS MULTICARE [5]	EXCLUSIVO DE REDE
ASSISTÊNCIA DOMICILIÁRIA				
CONSULTAS MÉDICAS DOMICILIÁRIAS	✓	✓	25 €	EXCLUSIVO DE REDE
ENFERMAGEM DOMICILIÁRIA	●	●	PREÇOS MULTICARE [5]	
EXAMES E ANÁLISES AO DOMICÍLIO	●	●	PREÇOS MULTICARE [5]	
ACESSO À REDE DE ESTOMATOLOGIA E MEDICINA DENTÁRIA – OPCIONAL	✓	✓	PREÇOS MULTICARE [5]	EXCLUSIVO DE REDE
ACESSO À REDE DE TERAPÊUTICAS NÃO CONVENCIONAIS	✓	✓	PREÇOS MULTICARE [5]	EXCLUSIVO DE REDE
ACESSO À REDE DE ÓTICAS	✓	✓	PREÇOS MULTICARE [5]	EXCLUSIVO DE REDE
ASSISTÊNCIA CLÍNICA EM VIAGEM	✓	✓	0 €	EXCLUSIVO DE REDE
EXTENSÃO DE COBERTURAS AO ESTRANGEIRO	✓	✓	EXCLUSIVO DE REEMBOLSO	CONFORME COBERTURA ACIONADA
MEDICINA PREVENTIVA	✓	✓	0 €	EXCLUSIVO DE REDE
TRANSPORTE NÃO URGENTE	●	●	PREÇOS MULTICARE [5]	EXCLUSIVO DE REDE

✓ COBERTURA INCLUÍDA ● ACESSO À REDE MULTICARE – COBERTURA NÃO INCLUIDA

[1] FRANQUIA DE 1.500€ NO 60+ MULTICARE 1; FRANQUIA DE 2.000€ NO 60+ MULTICARE 2.
[2] ATOS QUE CARECEM DE AMBIENTE HOSPITALAR: SE O MÉDICO NÃO PERTENCER À REDE MULTICARE, TODAS AS DESPESAS GARANTIDAS POR ESTA COBERTURA, SERÃO CONSIDERADAS NO REGIME DE PRESTAÇÕES POR REEMBOLSO, AINDA QUE OCORRAM EM UNIDADE DE SAÚDE DA REDE MULTICARE.
[3] LIMITE DE 6 CONSULTAS DE PSIQUIATRIA.
[4] SUBLIMITE, SENDO A UTILIZAÇÃO DEDUZIDA NO CAPITAL DE CONSULTAS, EXAMES E TRATAMENTOS (AMBULATÓRIO).
[5] PREÇOS NEGOCIADOS PELA MULTICARE COM CADA PRESTADOR, QUE PODEM VARIAR DE PRESTADOR PARA PRESTADOR.
[6] INFORMAÇÃO SOBRE OS ATOS INCLUIDOS E RESPECTIVOS LIMITE POR ANUIDADE/PESSOA SEGURA DE ACORDO COM TABELA NO ÂMBITO DAS COBERTURAS PONTO 8.

5. O contrato não garante quaisquer despesas reclamadas pelo Serviço Nacional de Saúde ou por outro qualquer seguro ou subsistema de saúde.
6. No entanto, podem ficar garantidas, desde que expressamente mencionado na Apólice, as seguintes despesas:
a) Taxas moderadoras;
b) Valores a cargo da Pessoa Segura em despesas previamente comparticipadas pelo Serviço Nacional de Saúde ou por qualquer outro seguro ou subsistema de saúde.

As garantias deste contrato podem ser utilizadas nas modalidades de Prestação na Rede, Prestação por Reembolso e Acesso à Rede. As modalidades contratadas constam da Apólice. A modalidade de Prestação na Rede só é possível quando o ato está contratado com o Prestador.

A utilização nas modalidades Prestação na Rede e Acesso à Rede pode necessitar de autorização prévia, conforme definido em cada cobertura.

D - EXCLUSÕES APLICÁVEIS A TODAS AS COBERTURAS

Salvo convenção expressa em contrário na Apólice, ficam excluídas do âmbito da cobertura do seguro as despesas decorrentes de:

1. Serviços prestados 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 e, ainda, em estabelecimentos de que a Pessoa Segura seja proprietária;
2. Consequências de atraso injustificado ou negligência imputáveis ao prestador de cuidados de saúde ou à Pessoa Segura no recurso a assistência médica ou na inobservância de tratamentos prescritos;
3. Consultas ou exames médicos que sejam necessários para a emissão de atestados, declarações, certificados ou qualquer tipo de documento que não tenha fins terapêuticos;
4. Assistência hospitalar por razões de caráter estritamente 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, não sendo aplicáveis caso estejam estabelecidos Períodos de Carência específicos para determinadas patologias ou procedimentos;
7. Utilização abusiva de medicamentos, incluindo as respetivas consequências;
8. Alcoolismo e Doenças resultantes do consumo de bebidas alcoólicas;
9. Utilização de estupefacientes e narcóticos quando não prescritos por Médico, incluindo as respetivas consequências;
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 a hepatite A;
13. Acidentes ou Doenças provenientes de tentativa de suicídio ou automutilação, de participação em apostas ou desafios, de intervenção em duelos e rixas ou da prática de atos dolosos ou gravemente culposos ou ilícitos por parte da Pessoa Segura;
14. Tratamentos de perturbações do foro da saúde mental, consequentes ou não de outra Doença ou de Acidente;
15. Sessões de psicologia, psicanálise, psicoterapia, psicomotricidade, hipnose e terapia do sono, qualquer que seja o diagnóstico;
16. Disfunções sexuais, exceto em consequência de Doença garantida pela Apólice;
17. Tratamentos e cirurgia para mudança de sexo e respetivas consequências;
18. Todos os atos médicos realizados no âmbito da infertilidade e reprodução medicamente assistida, incluindo consultas, meios complementares de diagnóstico e terapêutica, testes, tratamentos de infertilidade, métodos de fecundação artificial, fertilização in vitro ou procedimentos de transferência embrionária, bem como as consequências da aplicação dos mesmos;
19. Planeamento familiar e métodos anticoncecionais, cirúrgicos e não cirúrgicos, incluindo possíveis complicações e despesas efetuadas para reverter os efeitos de uma cirurgia de esterilização voluntariamente realizada;
20. Interrupção voluntária da gravidez e respetivas consequências;
21. Consultas, tratamentos e 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;
22. Tratamentos e cirurgias do foro estético, plástico ou reconstrutivo, bem como as respetivas consequências, exceto quando tenham origem em Acidente coberto pelo seguro ou decorram de Doença manifestada durante a vigência do contrato;
23. Hemodiálise para tratamento de patologia crónica;
24. Tratamentos cirúrgicos ou laser para correção de erros de refração da visão, incluindo miopia, astigmatismo e hipermetropia, bem como as suas consequências;
25. Intervenções cirúrgicas para correção da roncopatia, exceto em caso de apneia;
26. Transplantes e Implantes e respetivas consequências, incluindo todos os atos clínicos, atos laboratoriais e materiais necessários;
27. Consultas e tratamentos em áreas não reconhecidas pela Ordem dos Médicos ou não enquadradas na Legislação sobre Terapêuticas Não Convencionais;
28. Tratamentos experimentais, atos e testes que necessitem de comprovação médica;
29. Acidentes e Doenças que tenham ou devam ter cobertura em seguros obrigatórios, até aos limites garantidos pelos mesmos;
30. Acidentes em serviço e Doenças profissionais, até aos limites garantidos pelo Estado;
31. Doenças em situação de epidemia ou pandemia declarada pelas autoridades competentes;
32. Doenças ou sequelas resultantes de radioatividade não terapêutica, incluindo consequências de utilização de armas bacteriológicas ou de agentes químicos;
33. Acidentes decorrentes de:
    a. Participação em competições desportivas e respetivos treinos, quer como profissional quer como amador;
    b. Prática de desportos perigosos ou radicais, tais como: desportos terrestres motorizados; BTT; Paraquedismo, incluindo a prática de queda livre, parapente, 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); 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, coast running); Slide e rappel; Outros desportos de perigosidade análoga; Artes marciais, luta e boxe; Tauromaquia e largadas de touros ou reses; Caça de animais ferozes ou que reconhecidamente sejam considerados perigosos; Hipismo; Espeleologia;
    c. Cataclismos da natureza, atos de guerra, declarada ou não, de terrorismo, de sabotagem e perturbações da ordem pública;
34. Meios complementares de diagnóstico e terapêutica e tratamentos realizados no domicílio, bem como enfermagem privativa;
35. Tratamentos termais e estadias em termas, sanatórios, lares, residências assistidas, casas de repouso, convalescença e cuidados continuados, centros de tratamento de toxicodependência e alcoolismo e outros estabelecimentos similares;
36. Ginástica, natação, massagens e outros similares, ainda que prescritos pelo Médico, exceto os que resultem de Doença ou Acidente enquadráveis nas garantias do contrato;
37. Consultas, meios complementares de diagnóstico e terapêutica, tratamentos e outras despesas realizadas em estabelecimentos que prestam cuidados de saúde sem a necessária autorização legal, assim como em entidades não autorizadas a prestar cuidados de saúde, tais como ginásios, centros de beleza e bem-estar e outras entidades semelhantes;
38. Deslocações e estadias, incluindo as de acompanhantes da Pessoa Segura;
39. Cirurgia maxilofacial por patologia que resulte de alterações do crescimento ou do desenvolvimento que possam levar a perturbações funcionais;
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 da vigência do seguro de cada Pessoa Segura.
Não são aplicáveis Períodos de Carência em caso de Acidente ou Doença Súbita que inclua tratamento hospitalar urgente (em regime de internamento ou ambulatório), por implicar risco de vida ou perda funcional para a Pessoa Segura.
Os Períodos de Carência aplicáveis a este contrato constam do seguinte quadro:

PERÍODOS DE CARÊNCIA	DIAS
INTERNAMENTO HOSPITALAR	180
CONSULTAS, EXAMES E TRATAMENTOS (AMBULATÓRIO)	60
ASSISTÊNCIA DOMICILIÁRIA	60
EXTENSÃO DE COBERTURAS AO ESTRANGEIRO	CONFORME COBERTURA ACIONADA
MEDICINA PREVENTIVA	60

Períodos de Carência específicos:
Para além dos Períodos de Carência acima indicados, são ainda aplicáveis Períodos de Carência específicos de 360 dias às patologias e aos procedimentos a seguir indicados:
- Facoemulsificação;
- Cirurgia de varizes;
- Adenoidectomia com ou sem amigdalectomia e/ou miringotomia;
- Septoplastia e/ou microcirurgia endonasal;
- Cirurgia do joelho e
- Laserterapia de lesões benignas da pele.

Mediante pedido expresso das Pessoas Seguras, devidamente documentado, e desde que aceite pelo Segurador, a Pessoa Segura pode beneficiar de isenção de Períodos de Carência nas coberturas e capitais de contrato de seguro que termine no dia anterior ao início deste (transferência). As isenções de Períodos de Carência que sejam aceites constam expressamente da Apólice.
Ainda que não sejam aplicáveis os Períodos de Carência nas transferências, estão excluídas as Doenças Preexistentes.

F - ÂMBITO DAS COBERTURAS

1. INTERNAMENTO HOSPITALAR

O QUE ESTÁ SEGURO
A cobertura garante, nos termos e limites fixados nas Condições Particulares ou Certificado de Seguro, o pagamento de despesas relativas a atos de diagnóstico ou terapêutica, incluindo cirurgias, cuja realização requeira os meios e serviços específicos de Ambiente Hospitalar, nomeadamente:
a) Acomodação e utilização das infraestruturas necessárias à realização dos atos médicos (diárias, bloco operatório, recobro, unidade de cuidados intensivos e equipamentos), ainda que realizados em regime de admissão e alta no mesmo dia (Cirurgia em Ambiente Hospitalar Sem Internamento);
b) Honorários médicos e de enfermagem, relacionados com a assistência prestada;
c) Medicamentos, materiais e todos os produtos associados aos cuidados prestados;
d) Meios complementares de diagnóstico e terapêutica, associados aos atos médicos realizados;
e) Material de osteossíntese e Próteses intracirúrgicas;
f) Cirurgia Maxilofacial, com exceção da Cirurgia em Ambiente Hospitalar Sem Internamento;
g) Tratamentos de Quimioterapia e Radioterapia, ainda que realizados em Ambulatório.

O QUE NÃO ESTÁ SEGURO (para além do indicado no ponto D - EXCLUSÕES)
A cobertura não garante despesas:
a) Com Pequena Cirurgia, ainda que realizadas em Unidade Hospitalar e qualquer que seja o período de permanência;
b) Com 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;
c) Com os atos clínicos referidos na alínea f) do n.º 1 que possam ser executados sob anestesia loco-regional/local, ainda que sejam executados sob anestesia geral, nomeadamente dentisteria, endodontia, cirurgia oral, periodontologia, implantologia, prostodontia e ortodontia;
d) De natureza particular (por exemplo, alimentação não incluída na diária de internamento e despesas com telecomunicações).

MODALIDADE DE UTILIZAÇÃO
As modalidades de utilização (Rede ou Reembolso) estão definidas na Apólice. A utilização em Rede necessita sempre de autorização prévia.
Se o Médico não pertencer à Rede Multicare, todas as despesas garantidas serão consideradas na modalidade de Prestação por Reembolso, ainda que ocorram em Unidade de Saúde da Rede Multicare.
O reembolso de despesas relativas a honorários médicos é limitado ao valor de Coeficiente K indicado na Apólice.

2. TRANSPORTE DE URGÊNCIA

O QUE ESTÁ SEGURO
A cobertura garante, sempre que o estado de saúde da Pessoa Segura o justifique, o direito a:
a) Transporte de urgência até à Unidade Hospitalar mais próxima;
b) 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 para o transporte;
c) Em caso de necessidade determinada por indicação médica, transporte desde a Unidade Hospitalar em que se encontre internada para outra Unidade Hospitalar;
d) Transporte de regresso ao seu domicílio habitual, após alta médica.

COMO PEDIR O TRANSPORTE
O transporte tem de ser pedido através do Apoio ao Cliente Multicare.

3. CONSULTAS, EXAMES E TRATAMENTOS (AMBULATÓRIO)

O QUE ESTÁ SEGURO
A cobertura garante, nos termos e limites fixados nas Condições Particulares ou Certificado de Seguro, o pagamento de despesas efetuadas com atos de diagnóstico ou terapêutica, que não requeiram os meios e serviços específicos de Ambiente Hospitalar, mesmo que nele sejam realizados, nomeadamente:
a) Honorários de consultas médicas;
b) Honorários médicos e de enfermagem relativos a outros atos médicos, incluindo a Pequena Cirurgia;
c) Materiais e produtos associados aos atos médicos;
d) Meios complementares de diagnóstico e terapêutica e meios terapêuticos;
e) Tratamentos de Medicina Física e de Reabilitação, incluindo terapia da fala, desde que prescritos por Médico;

O QUE NÃO ESTÁ SEGURO (para além do indicado no ponto D - EXCLUSÕES)
A cobertura não garante despesas com:
a) Cirurgia, incluindo a Cirurgia em Ambiente Hospitalar Sem Internamento;
b) Consultas, tratamentos, cirurgia e Próteses e Ortóteses do foro estomatológico ou de Medicina Dentária;
c) Exercícios de Ortóptica, exceto se prescritos por Médico oftalmologista;
d) Próteses e Ortóteses;
e) Medicamentos.

MODALIDADE DE UTILIZAÇÃO
As modalidades de utilização (Prestação na Rede ou Prestação por Reembolso) estão definidas na Apólice.
A utilização em Rede necessita de autorização prévia, nomeadamente, nos seguintes casos:
a) Consultas de Genética;
b) Meios complementares de diagnóstico e terapêutica e meios terapêuticos:
   i. Serviços especiais de Neurofisiologia;
   ii. Exames auxiliares de diagnóstico de genética;
   iii. Meios invasivos de diagnóstico ou terapêutica.
c) Tratamentos:
   i. Tratamentos cirúrgicos em Ambulatório;
   ii. Medicina Física e de Reabilitação.
d) Quaisquer outros atos complementares de diagnóstico e terapêutica ou tratamentos definidos em multicare.pt como necessitando de autorização prévia.

4. CONSULTAS PLUS

O QUE ESTÁ SEGURO
A cobertura garante, nos termos e limites fixados na Apólice:
a) O número de consultas médicas, conforme definido nas Condições Particulares ou Certificado de Seguro.
b) Para os restantes atos de Ambulatório, o Acesso à Rede.
c) Esgotado o número de consultas previsto nas Condições Particulares ou no Certificado de Seguro, o Acesso à Rede também para consultas.

O QUE NÃO ESTÁ SEGURO (para além do indicado no ponto D - EXCLUSÕES)
A cobertura não garante tratamentos e exames realizados durante a consulta.
Na modalidade de Acesso à Rede não são aplicáveis quaisquer exclusões.

MODALIDADE DE UTILIZAÇÃO
A utilização desta cobertura é exclusiva na modalidade de Prestação na Rede para as consultas e em Acesso à Rede nas condições referidas nas alíneas b) e c) do item "O que está seguro" desta cobertura.
É necessária autorização prévia para consultas de genética. O Segurador poderá vir a definir a necessidade de autorização para outras consultas que indicará, em cada momento, no seu sítio da Internet.

5. MEDICINA ONLINE

O QUE ESTÁ SEGURO
A cobertura garante apoio e aconselhamento remoto de médicos ou de outros profissionais de saúde. Este apoio e aconselhamento poderá ser realizado, conforme opção da Pessoa Segura e dependendo da disponibilidade:
- por telefone;
- através de aplicação móvel (app);
- através de outro meio previsto em multicare.pt

No contexto da consulta por telefone ou por videochamada, o Médico poderá solicitar elementos adicionais, prescrever a realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica ou enviar receitas de medicamentos, através do correio eletrónico da Pessoa Segura.
O apoio ou aconselhamento são prestados de acordo com os 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. Poderá haver indicação da necessidade de cuidados presenciais ou de outro tipo de ações. A responsabilidade desta cobertura fica, pois, limitada à responsabilidade decorrente deste tipo de serviço nas circunstâncias não presenciais em que é praticado.

Os serviços que integram a presente cobertura são os seguintes:
a) CONSULTA POR TELEFONE
   A consulta por telefone permite à Pessoa Segura a avaliação por Médico de Medicina Geral e Familiar. Se houver referenciação para consulta de especialidade disponível nos serviços de telemedicina, a Pessoa Segura poderá, posteriormente, ser contactada pelo Médico especialista. A Pessoa Segura poderá fazer o envio de imagens e de exames para que os Médicos possam avaliar melhor a situação clínica.
b) VIDEOCONSULTA
   Este serviço visa disponibilizar à Pessoa Segura, através de 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 envio (upload) de imagens e de exames para que o Médico possa estudar, antes da videoconsulta, a situação clínica;
   • 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) SEGUNDA OPINIÃO
   O serviço de Segunda Opinião 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, um relatório escrito que inclui a opinião de um ou vários especialistas, com base na informação médica facultada, a qual é imprescindível para solicitar o serviço.
d) Outros serviços identificados em multicare.pt.

O QUE NÃO ESTÁ SEGURO (para além do indicado no ponto D - EXCLUSÕES)
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, 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.

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

O QUE ESTÁ GARANTIDO
Nos termos e limites fixados nas Condições Particulares ou Certificado de Seguro, está garantido o Acesso à Rede para 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, nomeadamente:

a) Honorários de consultas médicas;
b) Honorários médicos e de enfermagem relativos a outros atos médicos;
c) Materiais e produtos associados aos atos médicos;
d) Meios complementares de diagnóstico e terapêutica;
e) Tratamentos do foro da Medicina Física e de Reabilitação, incluindo Terapia da Fala.

O QUE NÃO ESTÁ GARANTIDO
Não são aplicáveis as exclusões constantes do Item D deste documento – "Exclusões aplicáveis a todas as coberturas".

MODALIDADE DE UTILIZAÇÃO
A cobertura só pode ser utilizada na modalidade de Acesso à Rede. Alguns atos médicos, definidos pelo Segurador em multicare.pt, necessitam de autorização prévia.

7. ASSISTÊNCIA DOMICILIÁRIA

O QUE ESTÁ SEGURO
A cobertura garante a assistência domiciliária à Pessoa Segura, quando o seu estado de saúde o justifique, confirmado através do Apoio ao Cliente Multicare, e nos termos e limites fixados nas Condições Particulares ou Certificado de Seguro. Desde que contratadas e expressamente mencionadas na Apólice, ficam garantidas:
a) Consultas médicas domiciliárias;
b) Enfermagem domiciliária (com prescrição médica);
c) Exames e análises no domicílio (com prescrição médica);
d) Entrega de medicamentos (com prescrição médica).
A totalidade dos custos inerentes à realização dos serviços previstos nas alíneas b), c) e a e) é da responsabilidade da Pessoa Segura, incluindo os custos de deslocação, cabendo ao Segurador apenas a organização do serviço.
O Segurador assume os custos de transporte inerentes ao serviço previsto na alínea d), ficando a cargo da Pessoa Segura o custo dos medicamentos entregues.

COMO PEDIR A ASSISTÊNCIA
A assistência tem de ser pedida através do Apoio ao Cliente Multicare.

8. ACESSO À REDE DE ESTOMATOLOGIA E MEDICINA DENTÁRIA

O QUE ESTÁ GARANTIDO
Nos termos e limites fixados nas Condições Particulares ou Certificado de Seguro, está garantido o Acesso à Rede para atos de diagnóstico ou terapêutica de Estomatologia e Medicina Dentária, suportando a Pessoa Segura a totalidade do respetivo custo (Preços Convencionados), nomeadamente:
a) Honorários médicos;
b) Meios complementares de diagnóstico e terapêutica;
c) Próteses estomatológicas;
d) Ortodontia;
e) Materiais e todos os produtos associados aos atos médicos realizados.

O QUE NÃO ESTÁ GARANTIDO
Não são aplicáveis as exclusões constantes do Item D deste documento – "Exclusões aplicáveis a todas as coberturas".

MODALIDADE DE UTILIZAÇÃO
A cobertura só pode ser utilizada na modalidade de Acesso à Rede. Alguns atos médicos, definidos pelo Segurador em multicare.pt, necessitam de autorização prévia.

9. ACESSO À REDE DE TERAPÊUTICAS NÃO CONVENCIONAIS

O QUE ESTÁ GARANTIDO
Nos termos e limites fixados nas Condições Particulares ou Certificado de Seguro, está garantido o Acesso à Rede de Terapêuticas Não Convencionais, suportando a Pessoa Segura a totalidade dos custos (Preços Convencionados), nos serviços identificados em multicare.pt.

O QUE NÃO ESTÁ GARANTIDO
Não são aplicáveis as exclusões constantes do Item D deste documento – "Exclusões aplicáveis a todas as coberturas".

MODALIDADE DE UTILIZAÇÃO
A cobertura só pode ser utilizada na modalidade de Acesso à Rede.

10. ACESSO À REDE DE ÓTICAS

O QUE ESTÁ GARANTIDO
Nos termos e limites fixados nas Condições Particulares ou Certificado de Seguro, está garantido o Acesso à Rede de Óticas, suportando a Pessoa Segura a totalidade dos custos (Preços Convencionados) dos Aros e Lentes.

O QUE NÃO ESTÁ GARANTIDO
Não são aplicáveis as exclusões constantes do Item D deste documento – "Exclusões aplicáveis a todas as coberturas".

MODALIDADE DE UTILIZAÇÃO
A cobertura só pode ser utilizada na modalidade de Acesso à Rede.

11. ASSISTÊNCIA CLÍNICA EM VIAGEM

O QUE ESTÁ SEGURO
A cobertura garante a Assistência, quando a Pessoa Segura se encontre em viagem em Portugal ou em deslocação ao estrangeiro não superior a 60 dias, nos termos e limites fixados nas Condições Particulares ou Certificado de Seguro, nas situações seguintes:
a) Admissão em Unidade Hospitalar
   Verificada a necessidade de internamento ou tratamento, junto do Apoio ao Cliente Multicare, o Segurador assegura os procedimentos necessários à admissão na Unidade escolhida pela Pessoa Segura.
b) Transporte para Unidade Hospitalar
   Verificada a necessidade, junto do Apoio ao Cliente Multicare, de transporte em ambulância, veículo sanitário ligeiro ou outro meio de transporte que

a gravidade da situação justifique, o Segurador garante o mesmo, até à Unidade indicada pela Pessoa Segura, podendo incluir o transporte para um acompanhante (Médico, familiar ou outro).
Após alta médica, o Segurador garante o transporte de regresso, em meio de transporte adequado, para a Pessoa Segura e para o acompanhante.
O serviço de transporte para internamento numa Unidade Hospitalar fora do território nacional, apenas está garantido quando a Pessoa Segura se encontre no estrangeiro à data do Acidente ou Doença súbita ou desde que não exista em Portugal qualquer unidade onde o tratamento possa ser realizado. O serviço é ainda garantido, quando não haja possibilidade de internamento, em tempo útil, em Unidade de Saúde no território nacional, estando a Pessoa Segura em risco de vida.
Se a Pessoa Segura for portadora de Doença contagiosa, a utilização do transporte de avião de linha aérea regular fica condicionada à autorização da companhia aérea transportadora. Não sendo concedida autorização, se a Pessoa Segura 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 Internamento Hospitalar, o Segurador suportará eventuais despesas com as formalidades legais a cumprir no local do falecimento, com o transporte do corpo em urna até ao local do funeral em Portugal, assim como as despesas de funeral, até ao valor máximo de € 2.500,00.

d) Alta sob Vigilância Clínica Se, em consequência de Internamento Hospitalar, a Pessoa Segura necessitar de ficar alojada fora da sua residência habitual para vigilância médica, fica garantido o pagamento do alojamento por ela escolhido, até ao valor máximo de € 100,00/dia, no máximo de 7 (sete) dias por anuidade.

e) Envio de Medicamentos
Garante a procura e envio de medicamentos prescritos por Médico, 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.

COMO PEDIR A ASSISTÊNCIA
A Assistência tem de ser pedida através do Apoio ao Cliente Multicare.

12. EXTENSÃO DE COBERTURAS AO ESTRANGEIRO

O QUE ESTÁ SEGURO
Esta extensão permite beneficiar das coberturas do contrato, quando prevista a modalidade de Prestação por Reembolso, para pagamento das despesas com cuidados de saúde fora do território nacional.

O QUE NÃO ESTÁ SEGURO (para além do indicado no ponto D - EXCLUSÕES)
Não estão garantidas as despesas com deslocação e estadia.

MODALIDADE DE UTILIZAÇÃO
A cobertura funciona, apenas, na modalidade de Prestação por Reembolso.

13. MEDICINA PREVENTIVA

O QUE ESTÁ SEGURO
A cobertura garante, nos termos e limites fixados nas Condições Particulares ou Certificado de Seguro, as despesas com a realização de rastreios, cujo programa (periodicidade e composição) poderá consultar em detalhe em multicare.pt.

MODALIDADE DE UTILIZAÇÃO
O Segurador envia a autorização que permite a utilização desta cobertura, exclusivamente na Rede Multicare. Após receção da autorização, a Pessoa Segura procede à marcação e realização dos exames e consulta(s) no Prestador da rede por si selecionado.
A lista dos Prestadores da Rede de Medicina Preventiva está disponível para consulta em multicare.pt.

14. TRANSPORTE NÃO URGENTE

O QUE ESTÁ SEGURO
A cobertura garante, nos termos e limites fixados nas Condições Particulares ou Certificado de Seguro, a organização do transporte da Pessoa Segura, pelo meio mais adequado, de ou para o seu domicílio.
O Segurador disponibiliza o serviço, efetuando a respetiva marcação, sendo todos os custos do serviço da responsabilidade da Pessoa Segura.

COMO PEDIR O TRANSPORTE
O transporte tem de ser pedido através do Apoio ao Cliente Multicare.

G - DURAÇÃO, RENOVAÇÃO E DENÚNCIA DO CONTRATO

O contrato pode ser celebrado por um período 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.
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 proporcionalmente ao tempo já decorrido, 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 anteriores à contratação ou inclusão da Pessoa Segura no contrato, 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 L - 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. Antes da celebração do contrato o Tomador do Seguro e as Pessoas Seguras estão obrigados 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 número anterior 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. O pagamento do Prémio anual de seguro pode, por acordo entre o Segurador e o Tomador do Seguro, ser repartido em frações mensais, trimestrais ou semestrais.
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. A falta do seu pagamento na data indicada no aviso determina a resolução automática do contrato a partir da data da sua celebração.
5. Os Prémios ou frações seguintes são devidos com a periodicidade estabelecida na Apólice e nas datas informadas nos avisos de pagamento.
6. Os avisos para pagamento dos Prémios ou frações são enviados pelo Segurador ao Tomador do Seguro, por escrito, até 30 dias antes da data em que são devidos. Se tiver sido acordado o pagamento do Prémio em frações com periodicidade igual ou inferior a três meses, o Segurador pode optar por enviar apenas um aviso anual com 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 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.
8. A falta de pagamento de um Prémio adicional na data indicada no aviso, desde que este decorra de um pedido do Tomador do Seguro para alteração da garantia, determinará que a alteração fique sem efeito. Nesse caso, repor-se-ão as condições contratuais em vigor anteriormente àquele pedido, a menos que a manutenção do contrato se revele impossível, caso em que se considera resolvido na data do vencimento do Prémio não pago.
9. A revogação do débito em conta referente ao pagamento do Prémio ou fração produz efeitos retroativos à data em que este é devido, equivalendo ao seu não pagamento.

M – SUB-ROGAÇÃO

1. Uma vez paga a despesa, o Segurador fica sub-rogado em todos os direitos da Pessoa Segura contra terceiro responsável pelos prejuízos, com o limite do valor da mesma.
2. A Pessoa Segura obriga-se a assegurar os meios necessários para o exercício dos direitos referidos no nº 1 e responderá por perdas e danos por qualquer ato ou omissão voluntária que possa impedir ou prejudicar o exercício desses 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 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 seu estado de saúde;
   b) Participar o Sinistro ao Segurador, por escrito, nos 8 dias imediatos à sua ocorrência;
   c) Apresentar todos os elementos clínicos relativos ao seu estado de saúde e aos serviços prestados, cessando a responsabilidade do Segurador enquanto não o fizer;
   d) Realizar, sempre que solicitados, exames que serão suportados pelo Segurador em Médicos por ele designados, cessando a responsabilidade do mesmo se não o fizer;
   e) Autorizar, no âmbito de Sinistro que motive um pedido de prestação ou de reembolso 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. Na modalidade de Prestação 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 cópias 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 cópias dos mesmos, acompanhadas de declaração emitida pelo Segurador, por forma a fazer prova do valor total da despesa e do valor do reembolso.
   Os pedidos podem ser apresentados através dos meios digitais disponibilizados pelo Segurador.
3. A Pessoa Segura obriga-se a recorrer atempadamente a assistência médica e a seguir os tratamentos prescritos, sob pena de cessar ou ser reduzida a responsabilidade do Segurador.
4. 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.
5. Impendesobre a Pessoa Segura o ónus da prova da veracidade das declarações, podendo o Segurador exigir-lhe os meios de prova adequados e que estejam ao seu alcance.

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 inexatidões 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 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.

Seguro de Saúde

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 Individual 60+ Multicare.

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 e Cirurgias em Ambiente Hospitalar:
  - ✓ 60+ Multicare 1: 50.000€;
  - ✓ 60+ Multicare 2: 200.000€.
- ✓ Consultas, Exames e Tratamentos (Ambulatório):
  - ✓ 60+ Multicare 1: 10 consultas garantidas apenas na rede de prestadores, sendo 8 programadas de consultório e 2 de Serviço de Atendimento Permanente;
  - ✓ 60+ Multicare 2: Capital de 2.000 €.
- ✓ Acesso às Redes de Óticas e de Terapêuticas Não Convencionais, mediante pagamento dos preços convencionados e sem aplicação das exclusões gerais do contrato;
- ✓ Medicina Preventiva , sem custos adicionais, nas unidades Luz Saúde ou noutros prestadores indicados pela Multicare;
- ✓ Medicina Online, serviços de assistência prestados através de telefone ou de canais digitais, incluindo videoconsulta;
- ✓ Coberturas de Assistência (pedidas através do Apoio ao Cliente):
  - Transporte de Urgência;
  - Assistência Clínica em Viagem;
  - Consultas Médicas Domiciliárias;
  - Enfermagem Domiciliária;
  - Exames e Análises ao Domicílio;
  - Transporte Não Urgente.

Cobertura opcional:

- ✓ Acesso a Rede de Estomatologia e Medicina Dentária, mediante pagamento dos preços convencionados e sem aplicação das exclusões gerais do contrato.

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.

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;
- ✗ 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;
- ✗ Parto, cesariana e interrupção 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 ou pandemia;
- ✗ Tratamentos experimentais;
- ✗ Despesas com acompanhantes, deslocações e alojamento;
- ✗ 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, das modalidades 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;

! Despesas de natureza particular;

! A Pequena Cirurgia é garantida apenas na cobertura de Consultas, Exames e Tratamentos;

! Existem atos médicos sujeitos a autorização prévia para serem garantidos pelo seguro na modalidade de Prestação na 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 não o fizer;
- Apresentar todos os elementos clínicos relativos ao seu estado de saúde e aos serviços prestados, cessando a responsabilidade do Segurador enquanto não o fizer;
- Autorizar, no âmbito de Sinistro que motive um pedido de prestação ou de reembolso 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 para inclusão como Pessoa Segura é entre os 61 e os 70 anos de idade. O seguro 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.