MULTICARE
FIDELIDADE

Seguro de Saúde Individual Multicare Proteção Vital

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 E MERCADO - ALVO

Produto: Seguro de Saúde Individual Multicare Proteção Vital.

Mercado-Alvo: Clientes que sejam sensíveis ao tema da doença oncológica e que pretendam contratar uma proteção robusta para a sua saúde, ao nível dos capitais e coberturas.

Este seguro não se destina a pessoas que tenham tido ou tenham suspeitas de ter doença oncológica.

Condições de Inclusão como Pessoa Segura e Cessação das Garantias:
- Idade limite para inclusão como Pessoa Segura é de 65 anos, funcionando as garantias sem idade limite de permanência;
- A subscrição por menores de 18 anos só é possível se o pai, a mãe ou o tutor legal do menor estiver incluído na Apólice;
- Que não tenham tido, nem tenham suspeitas de ter, doença oncológica.

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. Oncologia, apenas para pessoas com 18 ou mais anos de idade;
   2. Subsídio de Apoio à Doença Oncológica, apenas até aos 18 anos de idade;
   3. Internamento Hospitalar, podendo incluir Parto;
   4. Saúde Mental;
   5. Transporte de Urgência;
   6. Consultas, Exames e Tratamentos (Ambulatório);
   7. Medicina Online;
   8. Assistência Domiciliária;
   9. Organização de Serviços de Apoio Domiciliário;
   10. Estomatologia e Medicina Dentária;
   11. Acesso à Rede de Estomatologia e Medicina Dentária;
   12. Terapêuticas Não Convencionais;
   13. Acesso à Rede de Terapêuticas Não Convencionais;
   14. Próteses e Ortóteses;
   15. Acesso à Rede de Óticas;
   16. Medicamentos;
   17. Assistência Clínica em Viagem;
   18. Extensão de Coberturas ao Estrangeiro;
   19. Doenças Graves - Multicare Proteção Vital;
   20. Medicina Preventiva (Check-up).
3. As coberturas contratadas constam das Condições Particulares e no Certificado Individual.

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 Multicare Proteção Vital é comercializado com as seguintes coberturas, Capitais, Franquias e Copagamentos:

COBERTURAS	CAPITAIS	VALOR A CARGO DA PESSOA SEGURA	
		NA MODALIDADE DE REDE	NA MODALIDADE DE REEMBOLSO
ONCOLOGIA (A PARTIR DOS 18 ANOS)	1.000.000 € [1]	0 €	EXCLUSIVO DE REDE
SUBSÍDIO DE APOIO À DOENÇA ONCOLÓGICA (ATÉ AOS 18 ANOS) [2]	102.000 €		
VALOR INICIAL	30.000 €	—	—
VALOR MENSAL, DURANTE 36 MESES	2.000 €	—	—
INTERNAMENTO HOSPITALAR	500.000 €	10%, COM MÍN. DE 250€ E MÁX. DE 500€	60%, COM VALOR MÁXIMO DE K DE 6,75 € [3, 4]
PARTO	✓	500 € [5]	60%, COM VALOR MÁXIMO DE K DE 6,75 € [3, 4]
SAÚDE MENTAL			
INTERNAMENTO PSIQUIÁTRICO	7.500 € [6]	10%, COM MÍN. DE 250€ E MÁX. DE 500€	EXCLUSIVO DE REDE
CONSULTAS DE PSIQUIATRIA, PSICOLOGIA E SESSÕES DE PSICOTERAPIA	✓ [7]	19 €	60%
TERAPIA COGNITIVA	✓	19 €	60%
ASSISTÊNCIA POR MEIOS DIGITAIS	50 € [8]	EXCLUSIVO DE REEMBOLSO	60%
TRANSPORTE DE URGÊNCIA	✓	0 €	—
CONSULTAS, EXAMES E TRATAMENTOS	10.000 €		60%
TAXAS MODERADORAS		EXCLUSIVO DE REEMBOLSO	0 €
CONSULTAS			
CONSULTÓRIO		19,00 €	
DOMICILIÁRIAS		25,00 €	
SERVIÇO ATENDIMENTO PERMANENTE		50,00 €	
MEIOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA (MCDT)			
ANÁLISES CLÍNICAS		10%, COM MÍNIMO DE 2,00 €	
ANATOMIA PATOLÓGICA		10,00 €	
RAIO X		10,00 €	
ECOGRAFIA		15,00 €	
TAC		30,00 €	
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA		70,00 €	
OUTROS MCDT		15%	
MEDICINA FÍSICA E DE REABILITAÇÃO		50%	
TERAPIA DA FALA		17,50 €	
FISIOTERAPIA DIGITAL	✓	10%	
OUTROS TRATAMENTOS		10%	
MEDICINA ONLINE	✓	0 €	EXCLUSIVO DE REDE
ASSISTÊNCIA DOMICILIÁRIA	✓	25 €	EXCLUSIVO DE REDE
ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE APOIO DOMICILIÁRIO	✓	0 €	EXCLUSIVO DE REDE
ESTOMATOLOGIA E MEDICINA DENTÁRIA	1.000 €	30%	60% [3]
ACESSO À REDE DE ESTOMATOLOGIA E MEDICINA DENTÁRIA	✓	PREÇOS MULTICARE [9]	EXCLUSIVO DE REDE
TERAPÊUTICAS NÃO CONVENCIONAIS - OPCIONAL	500 €	50%	60%
ACESSO À REDE DE TERAPÊUTICAS NÃO CONVENCIONAIS	✓	PREÇOS MULTICARE [9]	EXCLUSIVO DE REDE
PRÓTESES E ORTÓTESES - OPCIONAL	750 €	EXCLUSIVO DE REEMBOLSO (EXCETO ÓCULOS E LENTES)	60%
ORTÓTESES OFTALMOLÓGICAS		50%	60%
ACESSO À REDE DE ÓTICAS	✓	PREÇOS MULTICARE [9]	EXCLUSIVO DE REDE
MEDICAMENTOS - OPCIONAL	1.000 €	EXCLUSIVO DE REEMBOLSO	60%
FRANQUIA POR FATURA (SINISTRO)			5,00 €
ASSISTÊNCIA CLÍNICA EM VIAGEM	✓	0 €	EXCLUSIVO DE REDE
EXTENSÃO DE COBERTURAS AO ESTRANGEIRO	✓	EXCLUSIVO DE REEMBOLSO	60%
DOENÇAS GRAVES - MULTICARE PROTEÇÃO VITAL	1.000.000 € [1]	0 €	EXCLUSIVO DE REDE
DESPESAS COM VIAGEM DE AVIÃO	3.000 €		
DESPESAS COM ESTADIA	4.000 €		
REPATRIAMENTO	10.000 €		
MEDICINA PREVENTIVA (CHECK-UP)	✓	0 €	EXCLUSIVO DE REDE

✓ COBERTURA INCLUÍDA — COBERTURA NÃO INCLUÍDA

[1] CAPITAL POR ANUIDADE. SE O CONTRATO VIGORAR DURANTE MAIS DE 1 ANUIDADE, O CAPITAL MÁXIMO INDEMNIZÁVEL AO ABRIGO DAS COBERTURAS DE ONCOLOGIA E DOENÇAS GRAVES SERÁ DE 2.000.000 € PARA CADA UMA DAS COBERTURAS E PARA A TOTALIDADE DA VIGÊNCIA DO CONTRATO.

[2] COBERTURA APENAS DISPONÍVEL PARA PESSOAS SEGURAS MENORES DE 18 ANOS; O CAPITAL SERÁ PAGO AO TITULAR DO CONTRATO DA SEGUINTE FORMA: UM PAGAMENTO INICIAL DE 30.000,00€ E PAGAMENTOS MENSAIS DE 2.000,00€, DURANTE 36 MESES.

[3] 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.

[4] OS HONORÁRIOS MÉDICOS REEMBOLSADOS PELA MULTICARE FICAM LIMITADOS AO VALOR MÁXIMO DE K DE 6,75€.

[5] FRANQUIA ANUAL.

[6] SUBLIMITE DE CAPITAL DA COBERTURA DE INTERNAMENTO HOSPITALAR.

[7] A UTILIZAÇÃO É DEDUZIDA NO CAPITAL DA COBERTURA DE CONSULTAS, EXAMES E TRATAMENTOS (AMBULATÓRIO)

[8] SUBLIMITE, SENDO A UTILIZAÇÃO DEDUZIDA NO CAPITAL DE CONSULTAS, EXAMES E TRATAMENTOS (AMBULATÓRIO).

[9] PREÇOS NEGOCIADOS PELA MULTICARE COM CADA PRESTADOR, QUE PODEM VARIAR DE PRESTADOR PARA PRESTADOR.

O contrato não garante quaisquer despesas reclamadas pelo Serviço Nacional de Saúde ou por outro qualquer seguro ou subsistema de saúde. 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;
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 natureza exclusivamente assistencial;
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;
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 as 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. Tratamentos realizados em estabelecimentos não autorizados a prestar cuidados de saúde tais como ginásios, centros de beleza e bem-estar e outros estabelecimentos semelhantes;
38. Estadia de acompanhantes da Pessoa Segura;
39. Deslocações e estadias;
40. Cirurgia maxilofacial por patologia que resulte de alterações do crescimento ou do desenvolvimento que possam levar a perturbações funcionais;
41. 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.
Em caso de Acidente que implique tratamento hospitalar urgente em regime de internamento ou ambulatório, não são aplicáveis os Períodos de Carência.
Os Períodos de Carência aplicáveis a este contrato constam do seguinte quadro:

PERÍODOS DE CARÊNCIA	DIAS
ONCOLOGIA	180 *
SUBSÍDIO DE APOIO À DOENÇA ONCOLÓGICA	180
INTERNAMENTO HOSPITALAR	180
PARTO	365
SAÚDE MENTAL	
INTERNAMENTO PSIQUIÁTRICO	180
CONSULTAS DE PSIQUIATRIA, PSICOLOGIA E SESSÕES DE PSICOTERAPIA E ASSISTÊNCIA POR MEIOS DIGITAIS	60
CONSULTAS, EXAMES E TRATAMENTOS	60
PRÓTESES E ORTÓTESES	60
MEDICAMENTOS	60
TERAPÊUTICAS NÃO CONVENCIONAIS	60
EXTENSÃO DE COBERTURAS AO ESTRANGEIRO	CONFORME COBERTURA ACIONADA
DOENÇAS GRAVES - MULTICARE PROTEÇÃO VITAL	180
MEDICINA PREVENTIVA (CHECK-UP)	180
ASSISTÊNCIA DOMICILIÁRIA	60

* SE O CLIENTE INICIAR O TRATAMENTO NUMA UNIDADE LUZ SAÚDE, O PERÍODO DE CARÊNCIA SERÁ DE 120 DIAS.

Para além dos Períodos de Carência acima indicados, são ainda aplicáveis os seguintes Períodos de Carência:
- 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, meniscectomia, extirpação de hérnia discal 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), exceto na garantia de Parto que se encontra sempre sujeita a carência. 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. ONCOLOGIA

O QUE ESTÁ SEGURO

A cobertura garante, a partir dos 18 anos de idade (inclusive) da Pessoa Segura, nos termos e limites fixados nas Condições Particulares ou Certificado de Seguro, o pagamento de despesas relativas a atos de terapêutica de Doença Oncológica, nomeadamente:

a) Acomodação e utilização das infraestruturas necessárias para a realização dos atos médicos (hospital de dia, diárias, bloco operatório, recobro, unidade de cuidados intensivos e equipamentos), honorários médicos e de enfermagem, meios complementares de diagnóstico e terapêutica (exames), materiais (incluindo material de osteossíntese e Próteses intracirúrgicas) e todos os produtos associados aos cuidados prestados;
b) Tratamentos de Quimioterapia Citostática, Hormonoterapia, Imunoterapia, Transplante de Células Estaminais e de Medula e Radioterapia;
c) Testes para avaliação genómica;
d) Hospitalização Domiciliária;
e) Consultas;
f) Consultas e exames de monitorização, durante a vigência da Apólice e de acordo com o respetivo protocolo de vigilância;
g) Cirurgias de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial;
h) Consultas e tratamentos do foro estomatológico;
i) Meios complementares de diagnóstico e terapêutica e tratamentos, incluindo os necessários por patologias decorrentes da terapia oncológica;
j) Consultas, exames e tratamentos domiciliários;
k) Tratamentos do foro da Medicina Física e de Reabilitação, incluindo terapia da fala;
l) Próteses e Ortóteses;
m) Consultas de nutrição;
n) Consultas de psiquiatria, psicologia e sessões de psicoterapia;
o) Consultas de acupuntura, homeopatia, osteopatia, medicina tradicional chinesa, naturopatia, fitoterapia e quiropraxia;
p) Medicamentos que como tal se encontrem classificados pela autoridade competente do Ministério da Saúde, desde que dispensados com receita médica;
q) Internamento em Unidade de Cuidados Continuados, pelo período máximo de 30 dias por anuidade;
r) Internamento em Unidade de Cuidados Paliativos;
s) Apoio domiciliário: apoio na higiene pessoal, alimentação assistida e apoio nas atividades diárias de vestir, despir e ida ao WC, pelo período máximo de 30 dias por anuidade.

O QUE NÃO ESTÁ SEGURO (para além do indicado no ponto D - EXCLUSÕES)
A cobertura não garante:
a) Despesas de natureza particular (por exemplo, alimentação não incluída na diária de internamento e despesas com telecomunicações);
b) Tratamentos estomatológicos efetuados com utilização de metais preciosos;
c) Ortóteses oftalmológicas (óculos e lentes de contacto);
d) Champôs, sabonetes, pastas medicinais e similares;
e) Produtos de estética, cosmética e higiene;
f) Produtos dietéticos, homeopáticos ou manipulados;
g) Anticoncecionais e dispositivos intrauterinos;
h) Vacinas.

MODALIDADE DE UTILIZAÇÃO
Para acionar a cobertura é necessária comunicação prévia e confirmação do diagnóstico. As coberturas são garantidas na modalidade de Prestação em Rede, exceto Medicamentos, Próteses e Ortóteses que estão garantidos na modalidade de Prestação por Reembolso.
As coberturas das alíneas a), b), c), d), e) e f) são garantidas apenas na Rede Oncológica.

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 €.

2. SUBSÍDIO DE APOIO À DOENÇA ONCOLÓGICA

O QUE ESTÁ SEGURO
A cobertura garante, nos termos e limites fixados nas Condições Particulares ou Certificado de Seguro, o pagamento do capital seguro, após o diagnóstico de doença oncológica à Pessoa Segura menor de 18 anos.
O capital será pago ao Titular do contrato (um dos pais, ou o tutor designado, na sua falta) da seguinte forma:
- um pagamento inicial de € 30.000,00;
- pagamentos mensais de € 2.000,00, durante 36 meses.

Os pagamentos mensais iniciam-se no mês seguinte ao do pagamento inicial.
Se, durante o pagamento das mensalidades, ocorrer a morte da Pessoa Segura, o pagamento do capital remanescente será feito da forma seguinte:
- Se o menor ainda não tiver completado 14 anos de idade, o pagamento do capital remanescente será efetuado a favor de uma instituição de cariz social de apoio à doença oncológica, sendo a escolha feita pelo Segurador, mediante proposta do Titular.
- Se o menor já tiver completado 14 anos de idade, o pagamento do capital remanescente será efetuado aos seus herdeiros legais.

O pagamento do capital remanescente, em qualquer das situações, depende de o contrato para a Pessoa Segura se encontrar vigente.

O QUE NÃO ESTÁ SEGURO
Não está garantido o pagamento do capital se o diagnóstico de doença oncológica tiver ocorrido após os 18 anos de idade da Pessoa Segura. Sendo esta a única exclusão aplicável, derrogam-se, para efeitos da presente cobertura, as exclusões previstas na cláusula 4.ª das Condições Gerais.

MODALIDADE DE UTILIZAÇÃO
Esta cobertura funciona, apenas, na modalidade de Prestação Convencionada.
Para acionar a cobertura é necessário o envio da documentação clínica comprovando o diagnóstico, podendo obter informação sobre os procedimentos através do Apoio ao Cliente Multicare.

LIMITE DE CAPITAL
O Capital Seguro é de 102.000,00€, para todo o período de vigência do contrato, incluindo renovações.

3. INTERNAMENTO HOSPITALAR

O QUE ESTÁ SEGURO
3.1 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 realizado 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.

3.2. PARTO
A presente cobertura pode ainda garantir, desde que contratada essa opção e seja expressamente indicada nas Condições Particulares ou Certificado de Seguro, o pagamento de despesas com Parto Normal, Cesariana e Interrupção Involuntária da Gravidez ou voluntária por indicação médica.
As despesas necessárias para com o recém-nascido, após alta da mãe, só ficam garantidas se o Tomador do Seguro solicitar ao Segurador a sua inclusão até 30 dias após o nascimento.

O QUE NÃO ESTÁ SEGURO (para além do indicado no ponto D - EXCLUSÕES)
A cobertura não garante despesas:
a) Abrangidas pela Condição Especial Oncologia, ainda que realizadas fora da Rede Oncológica;
b) Com Pequena Cirurgia, ainda que realizadas em Unidade Hospitalar e qualquer que seja o período de permanência;
c) 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;
d) 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;
e) Com a interrupção voluntária da gravidez por opção da mulher, sem outra causa de exclusão da ilicitude, prevista na alínea e) do n.º 1 do artigo 142.º do Código Penal ou disposição legal que a substitua;
f) 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.

4. SAÚDE MENTAL

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:

a) Internamento psiquiátrico, incluindo honorários médicos e de enfermagem, medicamentos, materiais e todos os produtos associados aos cuidados prestados, bem como meios complementares de diagnóstico e terapêutica;
b) Honorários de consultas de psiquiatria, consultas de psicologia e sessões de psicoterapia;
c) Assistência por Meios Digitais - Despesas com a subscrição de Apps de prevenção, na área da Saúde Mental, ficando garantidas exclusivamente as indicadas em multicare.pt.

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

A cobertura não garante despesas:

a) Com terapêuticas biológicas (por exemplo, eletroconvulsivoterapia e estimulação transcraniana);
b) Com estadia de acompanhantes da Pessoa Segura;
c) De natureza particular (por exemplo, alimentação não incluída na diária de internamento e despesas com telecomunicações).

MODALIDADE DE UTILIZAÇÃO

O Internamento é exclusivo de Rede e necessita sempre de autorização prévia.
As consultas e sessões, indicadas na alínea b) do item "O que está seguro" desta cobertura, estão disponíveis nas modalidades de Prestação na Rede ou Prestação por Reembolso, conforme definido na Apólice. A subscrição de Apps de prevenção, mencionada na alínea c) do item "O que está seguro" desta cobertura, funciona apenas na modalidade de Prestação por Reembolso.

5. 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.

6. 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) 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.

7. 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;
- por correio eletrónico;
- através de aplicação móvel (app);
- através de outro meio previsto em multicare.pt

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.

8. 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 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);
e) Fisioterapia no domicílio (com prescrição médica).

A totalidade dos custos inerentes à realização dos serviços previstos nas alíneas b) a e) é da responsabilidade da Pessoa Segura.

COMO PEDIR A ASSISTÊNCIA

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

9. ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE APOIO DOMICILIÁRIO

1. O QUE ESTÁ SEGURO

A cobertura garante à Pessoa Segura, mediante pedido efetuado através do Apoio ao Cliente Multicare, a organização de serviços de apoio no domicílio, nos termos fixados nas Condições Particulares ou Certificado de Seguro.

Fica abrangida por esta Condição Especial a organização dos seguintes serviços:

1.1 Marcação de Tratamentos, Consultas e Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica.
O Segurador procede ao encaminhamento e marcação dos seguintes serviços:
- Consultas médicas, análises e meios complementares de diagnóstico e terapêutica;
- Tratamentos diversos;
- Consultas de avaliação e acompanhamento psicológico;
- Consultas de diagnóstico geriátrico funcional.

São da responsabilidade da Pessoa Segura a totalidade dos custos inerentes à realização do(s) serviço(s).

1.2. Serviços Domiciliários
Em períodos de convalescença pós-internamento hospitalar, fica garantida a organização e marcação de serviços de apoio domiciliário, sendo da responsabilidade da Pessoa Segura a totalidade dos custos inerentes à realização do serviço. Os serviços de apoio domiciliário, no âmbito dos cuidados pessoais e apoio doméstico, dizem respeito a:

a) Apoio Doméstico
- Apoio na higiene pessoal;
- Alimentação assistida;
- Limpeza do lar;
- Tratamento de roupas;
- Confeção de refeições;
- Apoio nas atividades diárias de vestir, despir, ida ao WC, etc.;
- Apoio na mobilidade dentro e fora da habitação;
- Fazer compras gerais e de mercearia;
- Apoio noturno.

b) Serviços de Acompanhamento
- Acompanhamento, conversação e leitura;
- Lembrança de medicação;
- Assistência em caminhadas;
- Promoção de jogos e atividades lúdicas;
- Supervisão e manutenção doméstica, elaborando a lista de compras e controlando a entrega das mesmas no domicílio;
- Promoção e organização de atividades físicas que contribuam para a melhoria ou manutenção da mobilidade e bem-estar geral;
- Planeamento e acompanhamento em visitas, etc.

1.3. Verificação das Condições de Segurança na Habitação
Garante a organização e marcação de uma análise das condições de segurança na habitação, com vista a minimizar o risco de quedas e eliminar barreiras/obstáculos, com formulação de propostas concretas de intervenção.
A totalidade dos custos inerentes à realização do serviço é da responsabilidade da Pessoa Segura.

1.4. Transporte de Doente Oncológico

O Segurador disponibiliza um serviço de organização e marcação de transportes para doentes oncológicos, incluindo o transporte por via aérea. A totalidade dos custos inerentes à realização do serviço é da responsabilidade da Pessoa Segura. Os pedidos para transporte têm de ser efetuados com 2 dias úteis de antecedência.

10. ESTOMATOLOGIA E MEDICINA DENTÁRIA

O QUE ESTÁ SEGURO

A cobertura garante, nos termos e limites fixados nas Condições Particulares ou Certificado de Seguro, o pagamento de despesas com os atos de diagnóstico ou terapêutica de Estomatologia e Medicina Dentária, nomeadamente:

a) Honorários médicos;
b) Meios complementares de diagnóstico e terapêutica;
c) Próteses estomatológicas;
d) Materiais e todos os produtos associados aos atos médicos;
e) Acomodação e utilização das infraestruturas (diárias, bloco operatório, recobro e equipamentos), produtos e medicamentos necessários para a realização dos atos médicos em Ambiente Hospitalar;
f) Aparelhos de ortodontia, respetivos moldes e estudos (incluindo imagiologia específica) e consultas de controlo;
g) Implantes do foro estomatológico.

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

A cobertura não garante:

a) Tratamentos efetuados com utilização de metais preciosos;
b) Reabilitação de dentes em falta ou reabilitados com Prótese à data da celebração do contrato.

MODALIDADE DE UTILIZAÇÃO

As modalidades de utilização (Prestação na Rede ou Prestação por Reembolso) estão definidas na Apólice. A utilização em Rede pode necessitar de autorização prévia, a qual deve ser solicitada pelo Prestador. A informação sobre os atos para os quais é necessária autorização está disponível em multicare.pt.

Se o Médico não pertencer à Rede Multicare, todas as despesas hospitalares garantidas serão consideradas na modalidade de Prestação por Reembolso, ainda que ocorram em Unidade de Saúde da Rede Multicare.

11. 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.

12. TERAPÊUTICAS NÃO CONVENCIONAIS

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 honorários no âmbito das terapêuticas não convencionais aprovadas legalmente, tais como:

a) Acupuntura;
b) Homeopatia;
c) Osteopatia;
d) Medicina Tradicional Chinesa;
e) Naturopatia;
f) Fitoterapia;
g) Quiropraxia.

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

A cobertura não garante medicamentos ou quaisquer produtos com fins terapêuticos.

MODALIDADE DE UTILIZAÇÃO

A modalidade de utilização (Prestação na Rede ou Prestação por Reembolso) está definida na Apólice.

13. 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 seguintes serviços:

a) Acupuntura;
b) Homeopatia;
c) Osteopatia;
d) Medicina Tradicional Chinesa;
e) Naturopatia;
f) Fitoterapia;
g) Quiropraxia.

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.

14. PRÓTESES E ORTÓTESES

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 Próteses ou Ortóteses, desde que prescritas por um Médico da especialidade, Optometrista ou Técnico de Ortóptica.

As despesas com óculos e lentes de contacto só são aceites:

a) Quando haja necessidade de correção e a partir da segunda aquisição (inclusive), quando se verificar alteração da correção relativamente à prescrição anterior;
b) Ao fim de três anos, ainda que não se verifique a existência de alteração da correção relativamente à prescrição anterior. Este prazo não é aplicável a lentes de contacto descartáveis;
c) No caso de menores de 16 anos, desde que na prescrição médica seja explícita a necessidade de trocar de óculos em consequência do seu crescimento, ainda que não se verifique alteração da correção.

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

A cobertura não garante:

a) Próteses do foro estomatológico;
b) Testes optométricos;
c) Cintas medicinais, meias elásticas e colchões ortopédicos;
d) Aquisição ou aluguer de equipamentos;
e) Calçado ortopédico;
f) Aquisição isolada de aros oculares;
g) Extravio, furto, roubo ou quebra de óculos ou lentes, exceto em consequência de Acidente garantido pelo contrato e mediante apresentação de relatório médico das lesões físicas.

MODALIDADE DE UTILIZAÇÃO

Esta cobertura funciona na modalidade de Prestação por Reembolso. No entanto, para aquisição de óculos e lentes está também disponível a modalidade de Prestação na Rede de Óticas, nos termos e limites fixados nas Condições Particulares ou no Certificado de Seguro.

15. 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.

16. MEDICAMENTOS

O QUE ESTÁ SEGURO

A cobertura garante o pagamento de despesas efetuadas com medicamentos, para tratamento de Doença ou Acidente que tenham cobertura na Apólice, nos termos e limites fixados nas Condições Particulares ou no Certificado de Seguro e que cumpram, cumulativamente, os seguintes requisitos:

a) Estarem classificados como tal pela autoridade competente do Ministério da Saúde;
b) Serem dispensados com receita médica;
c) Terem sido previamente comparticipados pelo Serviço Nacional de Saúde, outro Subsistema ou Seguro de Saúde.

Para vacinas do foro alergológico apenas é necessário cumprir o requisito constante da alínea b).

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

A cobertura não garante:

a) Champôs, sabonetes, pastas medicinais e similares;
b) Produtos de estética, cosmética e higiene;
c) Produtos dietéticos, homeopáticos ou manipulados (preparados em farmácia);
d) Anticoncecionais e dispositivos intrauterinos;
e) Vacinas, com exceção das do foro alergológico;
f) Alimentação infantil;
g) Artigos sanitários e antissépticos;
h) Material de penso, tiras de glicémia e outros dispositivos médicos;
i) Produtos e medicamentos para tratamento da obesidade.

MODALIDADE DE UTILIZAÇÃO

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

17. 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.

18. 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)
A cobertura não garante:
a) Despesas abrangidas pela Condição Especial Oncologia, ainda que não garantidas pelo contrato por terem sido realizadas fora das Redes;
b) Despesas com deslocação e estadia.

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

19. DOENÇAS GRAVES - MULTICARE PROTEÇÃO VITAL

O QUE ESTÁ SEGURO
A cobertura garante, nos termos e limites fixados nas Condições Particulares ou Certificado de Seguro, o pagamento de despesas com diagnóstico e terapêutica de qualquer uma das Doenças e procedimentos a seguir indicados, cujos primeiros sintomas e primeiro diagnóstico tenham ocorrido durante o período de vigência da cobertura, na sequência de recomendação do serviço de Segunda Opinião (Condição Especial Medicina Online).
Ficam garantidas as Doenças Graves e os procedimentos terapêuticos a seguir indicados:
a) Doença Oncológica;
b) Neurocirurgia
Intervenção cirúrgica ao crânio ou a 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:
- craniotomia com ressecção do tumor;
- ou radiocirurgia estereotácica.
A autorização depende da confirmação do diagnóstico pelo Neuro-Oncologista ou Neurocirurgião e da evidência imagiológica da doença.
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. 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 autorização depende da proposta de cirurgia por um cirurgião da especialidade e da evidência imagiológica da doença;
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.
1.1 Despesas Cobertas
Verificada qualquer uma das Doenças Graves ou condições clínicas acima referidas, o Segurador garante o pagamento das seguintes despesas:
1.1.1 Internamento Hospitalar:
a) Honorários de enfermagem durante o internamento;
b) Outros serviços hospitalares, incluindo consultas, ainda que realizadas no departamento de consulta externa de hospital;
c) Diárias da Pessoa Segura;
d) Diárias de acompanhante, se o hospital disponibilizar esse serviço.
1.1.2 Cirurgia ambulatória.
1.1.3 Honorários médicos relativos a consultas, tratamentos, cuidados médicos ou cirurgias.
1.1.4 Despesas com os seguintes serviços, tratamentos ou prescrições médicas e cirúrgicas:
a) Anestesia e respetiva aplicação, por Médico anestesista;
b) Exames de laboratório e patologia, radiografias, meios complementares 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, sempre que prescritos por um Médico;
c) Transfusões de sangue, aplicação de plasma e soros;
d) Aplicação de oxigénio e de produtos injetáveis.
1.1.5 Produtos farmacêuticos ou medicamentos prescritos por Médico para o pós-operatório, durante a hospitalização ou pelo período máximo de 30 dias após a alta médica.
1.1.6 Deslocações e transportes em ambulâncias terrestres e aéreas quando a sua utilização for prescrita por um Médico.
1.1.7 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.
1.1.8 Alojamento da Pessoa Segura e de um acompanhante, com o limite de €200,00 por dia e de €4.000,00 por anuidade.
1.1.9 Em caso de falecimento da Pessoa Segura durante o tratamento, 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.

O QUE NÃO ESTÁ SEGURO (para além do indicado no ponto D - EXCLUSÕES)
2.1. Exclusões Gerais
Não estão garantidas as despesas com:
a) O tratamento de Doença ou situação clínica que não esteja prevista na cobertura;

b) 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 Doença coberta;
c) Cuidados realizados em prestadores médicos não indicados pelo Segurador;
d) Qualquer tipo de Próteses, aparelhos e calçado ortopédicos, cintas, ligaduras, canadianas, membros ou órgãos artificiais, perucas (mesmo quando o seu uso for considerado necessário durante o tratamento de quimioterapia), fundas herniárias e outros equipamentos ou artigos similares, com a exceção da Prótese mamária;
e) 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;
f) Terapêuticas não convencionais, mesmo quando prescritas de forma específica por um Médico;
g) Compra ou aluguer de cadeiras de rodas, camas especiais, aparelhos de ar condicionado, purificadores de ar e quaisquer outros artigos ou equipamentos similares.

2.2. Exclusões específicas
Às coberturas garantidas por esta cobertura, aplicam-se ainda as seguintes exclusões:
2.2.1. Neurocirurgia - Não estão garantidos:
a) a craniotomia quando a patologia for consequência de Lesão traumática;
b) o diagnóstico ou tratamento de quistos, granulomas, hamartomas, malformações vasculares intracranianas e tumores da hipófise.
2.2.2. "By-pass" das artérias coronárias - Não estão garantidas as cirurgias derivadas de lesões traumáticas ou alterações congénitas das coronárias aórticas.
2.2.3. Procedimentos cirúrgicos para substituição de válvulas do coração - Não estão garantidos quaisquer procedimentos cirúrgicos corretivos de alterações congénitas das válvulas cardíacas.
2.2.4. Cirurgia da aorta torácica - Não estão garantidas as cirurgias:
a) a quaisquer ramos da aorta torácica e cirurgia a aorta abdominal, incluindo bypass aorto femoral ou aorto-ilíaco;
b) decorrentes de Doenças hereditárias do tecido conjuntivo (e.g. Síndrome de Marfan, Ehlers Danlos);
c) na sequência de traumatismo com Lesão da aorta.
2.2.5. Transplante de órgãos - Não estão garantidos quaisquer Transplantes de órgãos ou tecidos quando:
a) A Pessoa Segura for ela própria uma dadora para um terceiro;
b) A necessidade de Transplante resultar de patologia congénita;
c) A necessidade de Transplante resultar de cirrose hepática de etiologia alcoólica;
d) O Transplante configurar um ato cirúrgico de autotransplante, com exceção de transplante de medula óssea.

ÂMBITO TERRITORIAL E MODALIDADE DE UTILIZAÇÃO
A cobertura garante exclusivamente os cuidados de saúde prestados fora do território nacional, nos prestadores indicados pelo Segurador, carecendo sempre de autorização prévia, que deve ser solicitada através do Apoio ao Cliente Multicare com uma antecedência mínima de 14 dias úteis. A Pessoa Segura deve, em qualquer circunstância, autorizar os Médicos e Unidades Hospitalares a facultarem aos serviços clínicos do Segurador os relatórios clínicos e quaisquer outros elementos que estes tenham por convenientes para documentação do processo.

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.

20. MEDICINA PREVENTIVA (CHECK-UP)

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 check-up pela Pessoa Segura, cuja 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 Serviços Médicos (Check-Up) está disponível para consulta em multicare.pt.

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.
3. 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

4. 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 pago 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. Impende sobre 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

MULTICARE FIDELIDADE

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 Multicare Proteção Vital

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?

- ✓ Doença Oncológica, cuidados de saúde na Rede de Oncologia a partir dos 18 anos de idade – Capital 1.000.000€;
- ✓ Subsídio de Apoio à Doença Oncológica, até aos 18 anos de idade – 102.000€ (30.000€ valor inicial e 2.000€ por mês durante 36 meses);
- ✓ Internamento Hospitalar, Parto, Cesariana, Cirurgia em Ambiente Hospitalar sem Internamento e Internamento Psiquiátrico – Capital 500.000€, com sublimite de 7.500€ para Internamento Psiquiátrico que é de prestação exclusiva na Rede Multicare;
- ✓ Consultas, Exames e Tratamentos (Ambulatório) – Capital 10.000€;
- ✓ Doenças Graves - Multicare Proteção Vital, cujo tratamento é assegurado na Rede Médica Internacional – Doença oncológica, neurocirurgia, by-pass de coronárias e transplante de órgãos – Capital 1.000.000€;
- ✓ Acesso às Redes de Estomatologia, de Óticas e de Terapêuticas Não Convencionais, mediante pagamento dos preços convencionados e sem aplicação das exclusões gerais do contrato;
- ✓ Check-up, sem custos adicionais, nas unidades Luz Saúde ou noutros prestadores indicados pela Multicare;
- ✓ Medicina Online, serviços de assistência prestados através de telefone ou canais digitais incluindo a videoconsulta;
- ✓ Coberturas de Assistência (pedida ao Apoio ao Cliente):
  - Transporte de Urgência;
  - Apoio Familiar no Internamento Hospitalar;
  - Assistência Clínica em Viagem;
  - Organização de Serviços de Apoio Domiciliário.

Coberturas opcionais:

- ✓ Estomatologia e Medicina Dentária – Capital 1.000€;
- ✓ Próteses e Ortóteses – Capital 750€;
- ✓ Terapêuticas Não Convencionais – Capital 500€;
- ✓ Medicamentos – Capital 1.000€.

Capitais Seguros

- ✓ Os Capitais são por anuidade e Pessoa Segura, sendo específicos por cobertura, mas nas

Que riscos não são segurados?

- ✗ Doenças ou Lesões Preexistentes ou congénitas;
- ✗ Tratamentos de psicomotricidade, hipnose, terapia do sono e terapêuticas biológicas;
- ✗ Disfunções sexuais, infertilidade e métodos anticoncecionais;
- ✗ Tratamentos para regularização de peso;
- ✗ Cirurgias do foro estético, plástico ou reconstrutivo, exceto em caso de Acidente ou Doença garantido pela Apólice;
- ✗ Implantes, exceto os implantes do foro estomatológico que estejam expressamente abrangidos pela Apólice;
- ✗ 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;
- ✗ 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 ou pandemia;
- ✗ Tratamentos experimentais;
- ✗ Transplantes, exceto em Doenças Graves;
- ✗ Despesas com acompanhantes, deslocações e alojamento, exceto em Doenças Graves;
- ✗ Todos os riscos não enquadráveis nas coberturas contratadas;
- ✗ Todos os riscos excluídos em qualquer das coberturas contratadas.

coberturas de Oncologia e Doenças Graves, se o contrato vigorar por um período superior a um ano, o Capital máximo indemnizável é de 2.000.000 € para cada uma das coberturas. Na cobertura de Subsídio de Apoio à Doença Oncológica o capital de 102.000 € é o máximo para toda a vigência do contrato.

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;
- ! A doença oncológica só está garantida em Oncologia, Subsídio de Apoio à Doença Oncológica e Doenças Graves;
- ! 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;
- ! Em Oncologia excluem-se os óculos e lentes de contacto;
- ! Em Doenças Graves excluem-se neurocirurgia e by-pass cuja patologia tenha tido origem em lesões traumáticas, transplante em que a Pessoa Segura seja dador para terceiro ou autotransplante, bem como terapêuticas não convencionais e próteses e ortóteses;
- ! A Pequena Cirurgia é garantida apenas nas coberturas de Oncologia e Ambulatório;
- ! Vacinas, 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 artigos sanitários e antissépticos e materiais de penso estão garantidos apenas em Oncologia.
- ! Existem atos médicos sujeitos a autorização prévia para serem garantidos na modalidade de Prestação na Rede.

Onde estou coberto?

✓ Em todo o Mundo. No entanto, algumas garantias apenas estão disponíveis na 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 à Fidelidade 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;

- Apresentar todos os elementos clínicos relativos ao seu estado de saúde e aos serviços prestados, cessando a responsabilidade do Segurador enquanto não o fizer;
- 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 para inclusão como Pessoa Segura é de 65 anos.
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.