MULTICARE
FIDELIDADE

Seguro de Saúde Individual Multicare 60+ Activcare
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 Multicare 60+ Activcare.

Mercado-Alvo: Clientes que utilizem maioritariamente o Serviço Nacional de Saúde e que pretendam contratar um capital diário para Internamento Hospitalar, bem como o acesso a cuidados de saúde privados da Rede Multicare a Preços Convencionados.
- 60+ Activcare 1: Para clientes que pretendam contratar o acesso a Consultas, Exames e Tratamentos em prestadores privados da Rede Multicare a Preços Convencionados e, eventualmente, o acesso a Medicina Dentária e o Acesso à Rede Multicare Dental.
- 60+ Activcare 2: Para clientes que pretendam contratar uma proteção superior à do 60+ Activcare 1, incluindo um pacote de consultas (programadas, em consultório) na Rede Multicare, serviços de telemedicina, acesso a terapêuticas não convencionais, assistências no domicílio e acesso a Óticas, em qualquer caso, em prestadores privados da Rede Multicare a Preços Convencionados.

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 mínima para inclusão como Pessoa Segura são 61 anos, 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 Capital Diário por Internamento Hospitalar;
   2 Consultas;
   3 Medicina Online;
   4 Acesso à Rede de Consultas, Exames e Tratamentos (Ambulatório);
   5 Assistência Domiciliária;
   6 Multicare Dental;
   7 Acesso à Rede de Terapêuticas Não Convencionais;
   8 Acesso à Rede de Óticas;
   9 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.
4. O Seguro de Saúde Individual Multicare 60+ Activcare é comercializado em módulos de coberturas, Capitais, Franquias e Copagamentos nos seguintes termos:

COBERTURAS	60+ ACTIVCARE 1	60+ ACTIVCARE 2	VALORES A CARGO DA PESSOA SEGURA	
			NA MODALIDADE DE REDE	NA MODALIDADE DE REEMBOLSO
CAPITAL DIÁRIO POR INTERNAMENTO HOSPITALAR [1]	25 €	25 €	EXCLUSIVO DE REEMBOLSO	7 DIAS
CONSULTAS	—	6 CONSULTAS [2]	19 €	EXCLUSIVO DE REDE
MEDICINA ONLINE	—	✓	0 €	EXCLUSIVO DE REDE
ACESSO À REDE DE CONSULTAS, EXAMES E TRATAMENTOS (AMBULATÓRIO)	✓	✓	PREÇOS MULTICARE [3]	EXCLUSIVO DE REDE
ASSISTÊNCIA DOMICILIÁRIA				
CONSULTAS MÉDICAS DOMICILIÁRIAS	— [4]	✓	— [3 4] / 25 €	EXCLUSIVO DE REDE
ENFERMAGEM DOMICILIÁRIA	—	●	PREÇOS MULTICARE [3]	EXCLUSIVO DE REDE
EXAMES E ANÁLISES NO DOMICÍLIO	—	●	PREÇOS MULTICARE [3]	EXCLUSIVO DE REDE
ENTREGA DE MEDICAMENTOS (COM PRESCRIÇÃO MÉDICA)	—	✓	CUSTO DOS MEDICAMENTOS	EXCLUSIVO DE REDE
MULTICARE DENTAL – OPCIONAL	ATOS INCLUÍDOS [5] E ACESSO À REDE DENTAL	ATOS INCLUÍDOS [5] E ACESSO À REDE DENTAL	PREÇOS MULTICARE [3]	EXCLUSIVO DE REDE (DENTAL)
ACESSO À REDE DE TERAPÊUTICAS NÃO CONVENCIONAIS	—	✓	PREÇOS MULTICARE [3]	EXCLUSIVO DE REDE
ACESSO À REDE DE ÓTICAS	—	✓	PREÇOS MULTICARE [3]	EXCLUSIVO DE REDE
TRANSPORTE NÃO URGENTE	—	●	PREÇOS MULTICARE [3]	EXCLUSIVO DE REDE

✓ COBERTURA INCLUÍDA ● ACESSO À REDE MULTICARE — COBERTURA NÃO INCLUÍDA

[1] MÁXIMO DE 40 DIAS, POR ANUIDADE DE SEGURO, COM PERÍODO DE CARÊNCIA DE 90 DIAS E UMA FRANQUIA DE 7 DIAS POR SINISTRO. CAPITAL DE 50€, DURANTE O INTERNAMENTO EM UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS.
[2] CONSULTAS PROGRAMADAS, EM CONSULTÓRIO.
[3] PREÇOS NEGOCIADOS PELA MULTICARE COM CADA PRESTADOR, QUE PODEM VARIAR DE PRESTADOR PARA PRESTADOR.
[4] O ACESSO AO SERVIÇO DE MÉDICO AO DOMICÍLIO A PREÇOS CONVENCIONADOS É GARANTIDO NA COBERTURA DE ACESSO À REDE DE CONSULTAS, EXAMES E TRATAMENTOS (AMBULATÓRIO).
[5] VER QUADRO INFRA

Fidelidade - Companhia de Seguros, S.A. - NIPC e Matrícula 500 918 880, na CRC Lisboa • Sede: Avenida Álvaro Pais, 7 • 1600-007 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

ATOS GARANTIDOS NO MULTICARE DENTAL	LIMITES POR ANUIDADE E PESSOA SEGURA	UTILIZAÇÃO DA COBERTURA
MULTICARE DENTAL - ATOS INCLUÍDOS:		EXCLUSIVO NA REDE MULTICARE DENTAL E SEM VALORES A CARGO DA PESSOA SEGURA
CONSULTA DE AVALIAÇÃO (SEM TRATAMENTOS), (INCLUI RADIOGRAFIAS PERIAPICAIS E PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS E EXAMES)	SEM LIMITE	
DESTARTARIZAÇÃO COM JATO DE BICARBONATO (INCLUI A APLICAÇÃO DE FLUORETOS CASO SEJA CLINICAMENTE NECESSÁRIA)	SEM LIMITE	
EXTRAÇÃO DE DENTES DE LEITE (DECIDUOS)	SEM LIMITE	
RADIOGRAFIA PANORÂMICA (ORTOPANTOMOGRAFIA) OU SERIAÇÃO RADIOLÓGICA, APENAS GARANTIDA NOS PRESTADORES QUE NÃO REALIZEM ORTOPANTOMOGRAFIA	1	
RESTAURAÇÃO	1	
ESTUDO DE ORTODONTIA (INCLUI CONSULTA DE MEDICINA DENTÁRIA, ANÁLISEÜEFALOMÉTRICA, MODELOS DE ESTUDO ORTODÔNTICOS E TELERRADIOGRAFIA)	1	
ESTUDO DE IMPLANTOLOGIA (INCLUI CONSULTA DE MEDICINA DENTÁRIA, ESTUDO DE REABILITAÇÃO COM IMPLANTES, MODELOS DE ESTUDO E TELERRADIOGRAFIA)	1	
APLICAÇÃO DE FLUORETOS, ATÉ AOS 15 ANOS DE IDADE	1	
APLICAÇÃO DE SELANTES, ATÉ AOS 15 ANOS DE IDADE, APLICAÇÃO BIMAXILAR	1 A CADA 3 ANUIDADES	

3. O contrato não garante quaisquer despesas reclamadas pelo Serviço Nacional de Saúde ou por outro qualquer seguro ou subsistema de saúde.

4. 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 do seguro 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
CAPITAL DIÁRIO POR INTERNAMENTO HOSPITALAR	90
ASSISTÊNCIA DOMICILIÁRIA - CONSULTAS MÉDICAS DOMICILIÁRIAS	60

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. CAPITAL DIÁRIO POR INTERNAMENTO HOSPITALAR

O QUE ESTÁ SEGURO
A cobertura garante, nos termos e limites fixados nas Condições Particulares ou Certificado de Seguro, o pagamento de um Capital em caso de internamento da Pessoa Segura em Unidade Hospitalar em Portugal, resultante de Doença ou Acidente.

O QUE NÃO ESTÁ SEGURO (para além do indicado no ponto D - EXCLUSÕES)
A cobertura não garante hospitalizações em consequência de tratamentos não reconhecidos oficialmente pela medicina convencional.

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

2. CONSULTAS

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 despesas com consultas domiciliárias e consultas de urgência.
Na modalidade de Acesso à Rede não são aplicáveis as exclusões constantes do Item D deste documento – "Exclusões aplicáveis a todas as coberturas".

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.

3. 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.

4. 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.

5. 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) e c) 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.

6. MULTICARE DENTAL – OPCIONAL

O QUE ESTÁ GARANTIDO

1.1 A cobertura garante, nos termos e limites fixados nas Condições Particulares ou Certificado de Seguro, os atos de medicina dentária expressamente indicados no quadro de coberturas da Apólice;

1.2 Esgotados os limites previstos para os atos de medicina dentária referidos no ponto anterior, passam os mesmos a estar garantidos na modalidade de Acesso à Rede, exclusivamente na Rede Multicare Dental;

1.3 Os restantes atos de medicina dentária, não indicados no quadro de coberturas da Apólice, estão garantidos na modalidade de Acesso à Rede, exclusivamente na Rede Multicare Dental.

O QUE NÃO ESTÁ GARANTIDO

Das exclusões constantes do Item D deste documento – "Exclusões aplicáveis a todas as coberturas", apenas se aplicam as que constam nos números: 1, 3, 13, 29, 30, 31, 32, 33 e 40, ficando derrogadas as restantes.

MODALIDADE DE UTILIZAÇÃO

A utilização desta cobertura é efetuada na modalidade de Prestação na Rede para os atos indicados no quadro de coberturas e na modalidade de Acesso à Rede para os restantes atos, em qualquer caso exclusivamente na Rede Multicare Dental. Alguns atos médicos, definidos pelo Segurador em multicare.pt, necessitam de autorização prévia.

7. 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.

8. 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.

9. 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 L - PRÉMIO infra.
3. A resolução com fundamento em justa causa produz efeitos às 24 horas do próprio dia em que se verifique.

K - DECLARAÇÃO INICIAL DO RISCO

1. 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 e de uma combinação de diversos fatores em função do equilíbrio técnico e contratual da carteira.
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. Impede 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 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

MULTICARE FIDELIDADE

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+ Activcare

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

Qual é o tipo de seguro?

Seguro de Saúde (ramo de seguro Doença).

Que riscos são segurados?

- ✓ Capital Diário por Internamento Hospitalar – Capital 25€ por dia (ou 50€ em caso de internamento em unidade de cuidados intensivos) e máximo de 40 dias por ano;
- ✓ Acesso à Rede de Consultas, Exames e Tratamentos (Ambulatório), mediante pagamento dos preços convencionados e sem aplicação das exclusões gerais do contrato;
- ✓ **No 60+ Activcare 2:**
  - ✓ 6 consultas programadas de consultório;
  - ✓ Acesso às Redes de Terapêuticas não Convencionais e Óticas, mediante pagamento dos preços convencionados e sem aplicação das exclusões gerais do contrato;
  - ✓ Coberturas de Assistência (pedidas através do Apoio ao Cliente):
    - Consultas Médicas Domiciliárias;
    - Enfermagem Domiciliária;
    - Exames e Análises no Domicílio;
    - Entrega de Medicamentos (Com Prescrição Médica);
    - Transporte não Urgente.
  - ✓ Medicina Online, serviços de assistência prestados através de telefone ou de canais digitais, incluindo videoconsulta.

Cobertura opcional:

- ✓ **Multicare Dental:**
  - ✓ Atos de Medicina Dentária previstos nas Informações Pré-Contratuais e Condições Particulares;
  - ✓ Os restantes atos, ou esgotados os limites previstos, são garantidos na modalidade de Acesso à Rede, na Rede Multicare Dental, na qual a Pessoa Segura beneficia dos Preços Convencionados e suporta a totalidade do custo.

Que riscos não são segurados?

- ✗ Assistência hospitalar por razões de carácter estritamente social;
- ✗ Doenças ou Lesões Preexistentes ou congénitas;
- ✗ Hospitalizações em consequência de tratamentos não reconhecidos oficialmente pela medicina convencional;
- ✗ 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;
- ✗ 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;
- ✗ Interrupção voluntária da gravidez;
- ✗ Serviços que não sejam clinicamente necessários ou que não tenham finalidade terapêutica;
- ✗ Perturbações do foro da saúde mental;
- ✗ Disfunções sexuais, infertilidade e métodos anticoncecionais;
- ✗ Tratamentos para regularização de peso, do foro estético, plástico ou reconstrutivo;
- ✗ Transplantes e implantes;
- ✗ Doenças resultantes de epidemia e pandemia;
- ✗ Tratamentos experimentais;
- ✗ Tratamentos termais;
- ✗ Todos os riscos não enquadráveis nas coberturas contratadas;
- ✗ Todos os riscos excluídos em qualquer das coberturas contratadas.

Há alguma restrição da cobertura?

- ! As decorrentes de terem existido omissões ou inexatidões dolosas ou negligentes do Tomador do Seguro ou da Pessoa Segura na declaração inicial do risco;
- ! As resultantes dos limites de Capital Seguro que sejam aplicáveis;

! A cobertura de Capital Diário por Internamento Hospitalar só pode ser acionada após Período de Carência de 90 dias e tem uma Franquia de 7 dias;

! Em caso de Sinistro, se não forem tomadas medidas para evitar o agravamento do estado de saúde, o pagamento de despesas pode ser reduzido ou excluído.

Onde estou coberto?

✓ Em Portugal.

Quais são as minhas obrigações?

- Antes da celebração do contrato, devo declarar com exatidão todas as circunstâncias que conheça e razoavelmente deva ter por significativas para a apreciação do risco pelo Segurador, ainda que não sejam solicitadas em questionário fornecido pelo Segurador;
- Pagar atempadamente o Prémio de seguro ou as suas frações para que a Apólice se mantenha em vigor;
- Em caso de não renovação do contrato, informar o Segurador, nos trinta dias 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 é pago por débito em conta.

Quando começa e acaba a cobertura?

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

A idade mínima para inclusão como Pessoa Segura é de 61 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.