

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 Proteção Extra.

Mercado-Alvo: Para clientes que sejam Pessoa Segura e Titular em Apólice de Grupo Multicare (PME ou Tailor Made), a Apólice Base, e respetivos Agregados Familiares, quando também sejam Pessoas Seguras na mesma Apólice Base, que pretendam reforçar o Capital da cobertura de Internamento Hospitalar e, opcionalmente, contratar a cobertura de Doenças Graves.

Este seguro não se destina a clientes sem seguro de saúde Multicare (PME ou Tailor Made).

Condições de Subscrição, Inclusão como Pessoa Segura e Cessação de Garantias:

- A idade limite para inclusão como Pessoa Segura é de 65 anos de idade;
- Estar incluída como Pessoa Segura na Apólice Base;

A cobertura de Doenças Graves cessa no final da anuidade em que a Pessoa Segura complete 70 anos de idade. A garantia de Internamento Hospitalar vigora sem idade limite de permanência, salvo se a Apólice Base determinar uma idade limite, situação em que a mesma também se reflete na vigência do presente contrato.

É condição necessária que a Apólice Base se mantenha em vigor para as Pessoas Seguras, com um Capital mínimo em Internamento Hospitalar de 20.000 €; Caso essa Apólice deixe de vigorar, por qualquer motivo, ou haja alteração do Capital de Internamento Hospitalar para um valor inferior ao mínimo, este seguro caduca automaticamente.

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 e Prestações por Reembolso.
2. O contrato de seguro pode garantir, nos termos e limites mencionados na Apólice, as seguintes coberturas, desde que contratadas:
 1. Internamento Hospitalar, incluindo Parto, mesmo que este não esteja contratado na Apólice Base;
 2. Doenças Graves.
3. As coberturas contratadas constam das Condições Particulares e no Certificado Individual de Seguro.

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

COBERTURAS	CAPITAIS ¹	VALORES A CARGO DA PESSOA SEGURA	
		NA MODALIDADE DE REDE	NA MODALIDADE DE REEMBOLSO
INTERNAMENTO HOSPITALAR PARTO CIRURGIA EM AMBIENTE HOSPITALAR SEM INTERNAMENTO (INFERIOR A 100 K)	250.000 €, APÓS ESGOTAR O CAPITAL DA APÓLICE BASE ✓	FRANQUIA ANUAL: CAPITAL DA APÓLICE BASE, COM O MÍNIMO DE 20.000,00€ 10%, COM MÍN. DE 250€ E MÁX. DE 500€ 500 € ³ 10%, COM MÍN. DE 250€ E MÁX. DE 500€	60%, ² HONORÁRIOS MÉDICOS LIMITADOS AO VALOR MÁXIMO DE K DE 6,75€
DOENÇAS GRAVES - OPCIONAL DESPESAS COM VIAGEM DE AVIÃO DESPESAS COM ESTADIA REPATRIAMENTO	1.000.000 € ⁴ 3.000 € 4.000 € 10.000 €	0 €	EXCLUSIVO DE REDE

¹ NO 1.º ANO SERÁ FEITO ACERTO DE VENCIMENTO, PARA ESTE COINCIDIR COM O DA APÓLICE BASE, SENDO OS CAPITAIS SEGUROS CALCULADOS PROPORCIONALMENTE AO PERÍODO DE VIGÊNCIA (PRO RATA TEMPORIS).

² ATOS QUE CARECEM DE AMBIENTE HOSPITALAR: SE O MÉDICO NÃO PERTENCER À REDE MULTICARE, TODAS AS DESPESAS GARANTIDAS POR ESTAS COBERTURAS SERÃO CONSIDERADAS NA MODALIDADE DE PRESTAÇÃO POR REEMBOLSO, AINDA QUE OCORRAM EM UNIDADE DE SAÚDE DA REDE.

³ FRANQUIA ANUAL

⁴ CAPITAL POR ANUIDADE. SE O CONTRATO VIGORAR DURANTE MAIS DE 1 ANUIDADE, O CAPITAL MÁXIMO INDEMNIZÁVEL SERÁ DE 2.000.000€ PARA A TOTALIDADE DA VIGÊNCIA DO CONTRATO.

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

6. No entanto, podem ficar garantidas, desde que expressamente mencionado na Apólice, as seguintes despesas:

a) Taxas moderadoras;

b) Valores a cargo da Pessoa Segura em despesas previamente participadas 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 e Prestação por Reembolso. 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 na modalidade de Prestação na 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:

- 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;
- 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;
- Consultas ou exames médicos que sejam necessários para a emissão de atestados, declarações, certificados ou qualquer tipo de documento que não tenha fins terapêuticos;
- Assistência hospitalar por razões de caráter estritamente social;
- Correção de Doenças ou Malformações Congénitas, exceto para recém-nascidos cuja inclusão for efetuada nos termos da alínea a) do n.º 2 da Cláusula 9ª das Condições Gerais;
- Doenças, Lesões ou deformações Preexistentes à data da celebração do contrato, não sendo aplicáveis caso estejam estabelecidos Períodos de Carência específicos para determinadas patologias ou procedimentos;
- Utilização abusiva de medicamentos, incluindo as respetivas consequências;
- Alcoolismo e Doenças resultantes do consumo de bebidas alcoólicas;
- Utilização de estupefacientes e narcóticos quando não prescritos por Médico, incluindo as respetivas consequências;
- Tratamentos relacionados com a toxicoddependência;
- Patologias ou tratamentos relacionados, direta ou indiretamente, com infeção por vírus de imunodeficiência humana (HIV);
- Tratamentos relacionados, direta ou indiretamente, com infeção por vírus da hepatite, excetuando a hepatite A;
- 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;
- Tratamentos de perturbações do foro da saúde mental, consequentes ou não de outra Doença ou de Acidente;
- Sessões de psicologia, psicanálise, psicoterapia, psicomotricidade, hipnose e terapia do sono, qualquer que seja o diagnóstico;
- Disfunções sexuais, exceto em consequência de Doença garantida pela Apólice;
- Tratamentos e cirurgia para mudança de sexo e respetivas consequências;
- 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;
- Planeamento familiar e métodos anticoncepcionais, cirúrgicos e não cirúrgicos, incluindo possíveis complicações e despesas efetuadas para reverter os efeitos de uma cirurgia de esterilização voluntariamente realizada;
- Interrupção voluntária da gravidez e respetivas consequências;
- 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 metabólica ou patologias associadas a transtornos alimentares;
- 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;
- Hemodiálise para tratamento de patologia crónica;
- Tratamentos cirúrgicos ou laser para correção de erros de refração da visão, incluindo miopia, astigmatismo e hipermetropia, bem como as suas consequências;
- Intervenções cirúrgicas para correção da roncopatia, exceto em caso de apneia;
- Transplantes e Implantes e respetivas consequências, incluindo todos os atos clínicos, atos laboratoriais e materiais necessários;
- Consultas e tratamentos em áreas não reconhecidas pela Ordem dos Médicos ou não enquadradas na Legislação sobre Terapêuticas Não Convencionais;
- Tratamentos experimentais, atos e testes que necessitem de comprovação médica;
- Acidentes e Doenças que tenham ou devam ter cobertura em seguros obrigatórios, até aos limites garantidos pelos mesmos;
- Acidentes em serviço e Doenças profissionais, até aos limites garantidos pelo Estado;
- Doenças em situação de epidemia ou pandemia declarada pelas autoridades competentes;
- Doenças ou sequelas resultantes de radioatividade não terapêutica, incluindo consequências de utilização de armas bacteriológicas ou de agentes químicos;

33. Acidentes decorrentes de:
- Participação em competições desportivas e respetivos treinos, quer como profissional quer como amador;
 - 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;
 - 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.

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:

COBERTURAS	DIAS
INTERNAMENTO HOSPITALAR	180
PARTO	365
DOENÇAS GRAVES	180

Períodos de Carência específicos:

Para além dos Períodos de Carência acima indicados, são ainda aplicáveis Períodos de Carência específicos de 360 dias às patologias e aos procedimentos a seguir indicados:

- Facoemulsificação;
- Cirurgia de varizes;
- Adenoidectomia com ou sem amigdalectomia e/ou miringotomia;
- Septoplastia e/ou microcirurgia endonasal;
- Cirurgia do joelho e
- Laserterapia de lesões benignas da pele.

F - ÂMBITO DAS COBERTURAS

1. INTERNAMENTO HOSPITALAR

A presente cobertura funciona em complemento da Apólice Base e apenas pode ser acionada quando se esgotar o Capital Seguro da cobertura de Internamento Hospitalar da referida Apólice.

O QUE ESTÁ SEGURO

1.1. 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:

- Acomodação e utilização das infraestruturas necessárias à realização dos atos médicos (diárias, bloco operatório, recobro, unidade de cuidados intensivos e equipamentos), ainda que realizados em regime de admissão e alta no mesmo dia (Cirurgia em Ambiente Hospitalar Sem Internamento);
- Honorários médicos e de enfermagem, relacionados com a assistência prestada;
- Medicamentos, materiais e todos os produtos associados aos cuidados prestados;
- Meios complementares de diagnóstico e terapêutica, associados aos atos médicos realizados;
- Material de osteossíntese e Próteses intracirúrgicas;
- Cirurgia Maxilofacial, com exceção da Cirurgia em Ambiente Hospitalar Sem Internamento;
- Tratamentos de Quimioterapia e Radioterapia, ainda que realizados em Ambulatório.

1.2. PARTO

A presente cobertura garante 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:

- Com Pequena Cirurgia, ainda que realizadas em Unidade Hospitalar e qualquer que seja o período de permanência;
- 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;
- 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;
- 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;
- De natureza particular (por exemplo, alimentação não incluída na diária de internamento e despesas com telecomunicações).

MODALIDADE DE UTILIZAÇÃO

As modalidades de utilização (Rede ou Reembolso) estão definidas na Apólice. A utilização em Rede necessita sempre de autorização prévia.

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

O reembolso de despesas relativas a honorários médicos é limitado ao valor de Coeficiente K indicado na Apólice.

2. DOENÇAS GRAVES

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
Tumor maligno caracterizado por não estar encapsulado e pelo crescimento e dispersão descontrolada de células malignas e pela invasão dos tecidos;
- b) Neurocirurgia
Intervenção cirúrgica ao crânio ou 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 estereotáctica. 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 coarctação, 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 terapêutica e meios terapêuticos (radioterapia, isótopos radioativos, quimioterapia, eletrocardiogramas, ecocardiogramas, 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 no n.º 1 desta Condição Especial;
- 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 aplicam-se ainda as seguintes exclusões:

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

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

2.2.2. 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.

- 2.2.3. "By-pass" das artérias coronárias - Não estão garantidas as cirurgias derivadas de lesões traumáticas ou alterações congénitas das coronárias aórticas.
- 2.2.4. Procedimentos cirúrgicos para substituição de válvulas do coração - Não estão garantidos quaisquer procedimentos cirúrgicos corretivos de alterações congénitas das válvulas cardíacas.
- 2.2.5. 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.
- 2.2.6. 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.

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 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 - PRÊMIO

1. O Prêmio 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 Prêmio 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 Prêmio é efetuado de acordo com a modalidade escolhida ou disponível na proposta de seguro.
4. O Prêmio 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 Prêmios 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 Prêmios 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 Prêmio 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 Prêmio 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 Prêmio, na data em que é devida, determina a resolução automática e imediata do contrato nessa mesma data.
8. A falta de pagamento de um Prêmio 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 Prêmio não pago.
9. A revogação do débito em conta referente ao pagamento do Prêmio 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 inexactidões aquando da declaração do risco e ou da participação do Sinistro, que o Segurador fique impossibilitado de proceder, enquanto não forem prestadas as informações por ele requeridas, à aceitação do contrato de seguro ou à regularização de Sinistro que vier a ser participado ao abrigo do contrato de seguro.

Q - RECLAMAÇÕES

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

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

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 Individual Multicare Proteção Extra.

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

Qual é o tipo de seguro?

Seguro de Saúde (ramo de seguro Doença).



Que riscos são segurados?

Coberturas e Capitais disponíveis dependendo do seguro escolhido:

- ✓ Internamento Hospitalar, incluindo Parto - Capital de 250.000€;

Coberturas opcional:

- ✓ Doenças Graves, cujo tratamento é assegurado exclusivamente em prestadores indicados pelo Segurador, fora do território nacional (Doença oncológica, neurocirurgia, by-pass de coronárias e transplante de órgãos) – Capital de 1.000.000,00€, mas se o contrato vigorar por um período superior a um ano, o Capital máximo indemnizável é de 2.000.000 €.



Que riscos não são segurados?

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



Há alguma restrição da cobertura?

- ! As decorrentes de terem existido omissões ou inexatidões dolosas ou negligentes do Tomador do Seguro ou da Pessoa Segura na declaração inicial do risco;
- ! As resultantes dos limites de Capital Seguro, das modalidades de prestação (Prestação na Rede e Prestação por Reembolso), das Franquias, dos Copagamentos, do limite de valorização do K (por referência à tabela da Ordem dos Médicos) e dos Períodos de Carência que sejam aplicáveis;
- ! Em caso de Sinistro, se não forem tomadas medidas para evitar o agravamento do estado de saúde, o pagamento de despesas pode ser reduzido ou excluído;
- ! Os Transplantes, despesas com acompanhantes, com deslocações e alojamento só ficam garantidos se a cobertura Doenças Graves for contratada;
- ! Despesas de natureza particular;
- ! Na cobertura de Doenças Graves excluem-se tumores pré-malignos, tumores não invasivos, cancro da pele, neurocirurgia e by-pass cuja patologia tenha tido origem em lesões traumáticas, transplante em que a Pessoa Segura seja dador para terceiro ou autotransplante, terapêuticas não convencionais, bem como Próteses e Ortóteses;
- ! Vacinas, artigos sanitários e antissépticos, material de penso, champôs, sabonetes, pastas medicinais, produtos de higiene, dietéticos, de alimentação infantil, homeopáticos ou manipulados, cintas medicinais, meias elásticas e colchões ortopédicos, aquisição ou aluguer de equipamento;
- ! Os óculos e lentes de contacto;
- ! Existem atos médicos sujeitos a autorização prévia para serem garantidos pelo seguro na modalidade de Prestação na Rede.



Onde estou coberto?

- ✓ Em Portugal, no entanto, algumas garantias são válidas onde exista a Rede Multicare.
- ✓ A cobertura de Doenças Graves apenas é válida no estrangeiro nos prestadores indicados pelo Segurador.



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 morada e contactos.

Em caso de Sinistro devo:

- Tomar medidas para evitar o agravamento do meu estado de saúde;
- 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 meu estado de saúde e aos serviços prestados, cessando a responsabilidade do Segurador enquanto não o fizer;
- Autorizar, no âmbito de Sinistro que motive um pedido de prestação ou de reembolso ao abrigo do contrato de seguro, os Médicos e outros profissionais ou instituições de saúde a que tenha recorrido, a prestar ao Médico que o Segurador designar, as informações por este solicitadas relativas ao seu estado de saúde e aos serviços clínicos prestados;
- Atuar com boa-fé na utilização dos serviços na rede de prestadores e na apresentação de despesas para reembolso;
- Apresentar as despesas para reembolso no prazo máximo de 120 dias após a sua realização;
- Não prejudicar o direito de sub-rogação do Segurador.



Quando e como devo pagar?

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



Quando começa e acaba a cobertura?

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

A cobertura de Doenças Graves cessa no final da anuidade em que a Pessoa Segura complete 70 anos de idade.

A garantia de Internamento Hospitalar vigora sem idade limite de permanência, salvo se a Apólice Base determinar uma idade limite, situação em que a mesma também se reflete na vigência do presente contrato.

Caso a Apólice Base deixe de vigorar, por qualquer motivo, ou o Capital de Internamento Hospitalar seja alterado para um valor inferior a 20.000€, este seguro caduca automaticamente.



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.