

A - SEGURADOR

Fidelidade - Companhia de Seguros, S.A., ("Segurador") é uma empresa de seguros registada junto da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões, sob o número 1011, podendo os seus dados de registo ser pesquisados em www.asf.com.pt.

O Segurador não dá aconselhamento para os efeitos previstos no regime jurídico da distribuição de seguros e de resseguros, sem prejuízo de prestar as informações contratuais e pré-contratuais legalmente obrigatórias e os esclarecimentos que lhe sejam solicitados para que o potencial cliente tome uma decisão informada.

A comercialização deste produto pelos trabalhadores do Segurador não origina qualquer remuneração direta aos mesmos, mas poderá refletir-se, de uma forma global, no prémio de produtividade anual.

B - PRODUTO / MERCADO-ALVO

Produto: Seguro de Saúde Individual Multicare CTT 1|2|3.

Mercado-Alvo: Clientes que pretendam contratar para si ou para o seu agregado familiar, um seguro de saúde que lhes permita aceder a cuidados de saúde privados.

- Multicare CTT 1: Para Clientes que se preocupam com situações de saúde excecionais, que necessitem de Internamento Hospitalar, beneficiando de preços convencionados com os prestadores para os restantes cuidados de saúde.
- Multicare CTT 2: Para Clientes que procuram um seguro mais completo do que o Multicare CTT 1, podendo aceder a um pacote de Consultas (programadas, de consultório) na Rede Multicare ou ter um capital para Consultas, Exames e Tratamentos (Ambulatório), dependendo do contratado. Caso seja contratado capital para Consultas, Exames e Tratamentos (Ambulatório), o seguro incluirá o Parto.
- Multicare CTT 3: Para Clientes que pretendam uma proteção na saúde mais ampla e abrangente, ao nível de coberturas e capitais.

Condições de Subscrição:

- Idade limite de subscrição: 60 anos (inclusive), funcionando as garantias sem idade limite de permanência, com exceção da cobertura de Doenças Graves que termina no final da anuidade em que a Pessoa Segura complete 70 anos de idade.

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 Prestação na Rede, Prestação por Reembolso e serviços de assistência.
2. O contrato de seguro pode garantir, nos termos e limites mencionados na Apólice, as seguintes coberturas, desde que contratadas:
 - 1 Internamento Hospitalar, podendo incluir Parto;
 - 2 Saúde Mental;
 - 3 Transporte de Urgência;
 - 4 Consultas, Exames e Tratamentos (Ambulatório);
 - 5 Consultas;
 - 6 Medicina Online;
 - 7 Acesso à Rede de Consultas, Exames e Tratamentos (Ambulatório);
 - 8 Assistência Domiciliária;
 - 9 Estomatologia e Medicina Dentária;
 - 10 Acesso à Rede de Estomatologia e Medicina Dentária;
 - 11 Terapêuticas Não Convencionais;
 - 12 Acesso à Rede de Terapêuticas Não Convencionais;
 - 13 Próteses e Ortóteses;
 - 14 Acesso à Rede de Óticas;
 - 15 Assistência Clínica em Viagem;
 - 16 Extensão ao Estrangeiro;
 - 17 Doenças Graves;
 - 18 Medicina Preventiva (Check-up);
 - 19 Proteção ao Pagamento de Prémios de Seguro.
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 CTT 1|2|3 é comercializado em módulos de coberturas, Capitais, Franquias e Copagamentos nos seguintes termos:

COBERTURAS	CAPITAL				VALORES A CARGO DA PESSOA SEGURA	
	MULTICARE CTT 1	MULTICARE CTT 2		MULTICARE CTT 3	REDE	REEMBOLSO
		OPÇÃO 1	OPÇÃO 2			
INTERNAMENTO HOSPITALAR	25.000 € OU 50.000 € ¹	50.000 €	50.000 €	100.000 €	250 €	50% ² , COM LIMITE MÁX. A CARGO DA MULTICARE DE 6,75 € POR K
PARTO	—	—	✓	✓	500 € ³	
CIRURGIA EM AMBIENTE HOSPITALAR SEM INTERNAMENTO	✓	✓	✓	✓	150 €	
SAÚDE MENTAL						
INTERNAMENTO PSIQUIÁTRICO	—	—	5.500 € ⁴	5.500 € ⁴	250 €	EXCLUSIVO DE REDE
CONSULTAS DE PSIQUIATRIA, PSICOLOGIA E SESSÕES DE PSICOTERAPIA			300 € ⁵	300 € ⁵	15 €	50%
TRANSPORTE DE URGÊNCIA	✓	✓	✓	✓	0 €	—
CONSULTAS, EXAMES E TRATAMENTOS (AMBULATÓRIO)	—	—	1.000 €	2.500 € OU 5.000 € ¹		50%
CONSULTAS						
CONSULTÓRIO					15 €	
SERVIÇO DE ATENDIMENTO PERMANENTE					40 €	
EXAMES AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO (EAD)						
ANÁLISES CLÍNICAS					10% (MÍN. 1,50 €)	
ANATOMIA PATOLÓGICA					7,50 €	
RAIO X					7,50 €	
ECOGRAFIA					12,50 €	
TAC					27,50 €	
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA					65 €	
OUTROS EAD					10%	
MEDICINA FÍSICA E DE REABILITAÇÃO			250 € ⁵	250 € OU 500 € ^{5 6}		50%
TERAPIA DA FALA					15 €	
OUTROS TRATAMENTOS					10%	
TAXAS MODERADORAS					—	0 €
CONSULTAS						
CONSULTAS EM CONSULTÓRIO	—	8 CONSULTAS ⁷	—	—	15 €	EXCLUSIVO DE REDE
ACESSO À REDE DE CONSULTAS, EXAMES E TRATAMENTOS (AMBULATÓRIO)	✓	✓	✓	✓	PREÇOS MULTICARE ⁸	EXCLUSIVO DE REDE
MEDICINA ONLINE	✓	✓	✓	✓	0 €	EXCLUSIVO DE REDE
ASSISTÊNCIA DOMICILIÁRIA						
CONSULTAS MÉDICAS DOMICILIÁRIAS	— ⁹	— ⁹	✓	✓	PREÇOS MULTICARE ⁸ OU 25 €	—
ESTOMATOLOGIA E MEDICINA DENTÁRIA - OPCIONAL	—	—	—	1.000 €	30%	50% ²
ACESSO À REDE DE ESTOMATOLOGIA E MEDICINA DENTÁRIA	✓	✓	✓	✓	PREÇOS MULTICARE ⁸	EXCLUSIVO DE REDE
ACESSO À REDE DE TERAPÊUTICAS NÃO CONVENCIONAIS	✓	✓	✓	✓	PREÇOS MULTICARE ⁸	EXCLUSIVO DE REDE
PRÓTESES E ORTÓTESES - OPCIONAL	—	—	—			
ORTÓTESES OFTALMOLÓGICAS				500 €	— 50%	50% EXCLUSIVO DE REDE
ACESSO À REDE DE ÓTICAS	✓	✓	✓	✓	PREÇOS MULTICARE ⁸	EXCLUSIVO DE REDE
ASSISTÊNCIA CLÍNICA EM VIAGEM	—	✓	✓	✓	0 €	—
EXTENSÃO AO ESTRANGEIRO	✓	✓	✓	✓	EXCLUSIVO DE REEMBOLSO	CONFORME COBERTURA AÇIONADA
DOENÇAS GRAVES - OPCIONAL	1.000.000 €	1.000.000 €	1.000.000 €	1.000.000 €	0 €	EXCLUSIVO DE REDE
DESPESAS COM VIAGEM DE AVIÃO	3.000 €	3.000 €	3.000 €	3.000 €		
DESPESAS COM ESTADIA	4.000 €	4.000 €	4.000 €	4.000 €		
REPATRIAMENTO	10.000 €	10.000 €	10.000 €	10.000 €		
MEDICINA PREVENTIVA (CHECK-UP)	✓	✓	✓	✓	0 €	EXCLUSIVO DE REDE
PROTEÇÃO AO PAGAMENTO DE PRÉMIOS DE SEGURO	6 MESES ¹⁰	6 MESES ¹⁰	6 MESES ¹⁰	—		
DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO						30 DIAS
HOSPITALIZAÇÃO						4 DIAS

✓ COBERTURA INCLuíDA — COBERTURA NÃO INCLuíDA

¹ CONFORME OPÇÃO SELECIONADA NA PROPOSTA.

- ² 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 PRESTAÇÃO POR REEMBOLSO, AINDA QUE OCORRAM EM UNIDADE DE SAÚDE DA REDE MULTICARE.
- ³ FRANQUIA ANUAL
- ⁴ SUBLIMITE, SENDO A UTILIZAÇÃO DEDUZIDA NO CAPITAL DE INTERNAMENTO HOSPITALAR.
- ⁵ SUBLIMITE, SENDO A UTILIZAÇÃO DEDUZIDA NO CAPITAL DE CONSULTAS, EXAMES E TRATAMENTOS (AMBULATÓRIO).
- ⁶ SE SELECIONADO O CAPITAL DE CONSULTAS, EXAMES E TRATAMENTOS (AMBULATÓRIO) DE 2.500 €, O SUBLIMITE DE MEDICINA FÍSICA E DE REABILITAÇÃO É 250 €; SE SELECIONADO O CAPITAL DE 5.000 €, O SUBLIMITE É 500 €.
- ⁷ LIMITE DE 6 CONSULTAS DE PSIQUIATRIA.
- ⁸ PREÇOS NEGOCIADOS PELA MULTICARE COM CADA PRESTADOR, QUE PODEM VARIAR DE PRESTADOR PARA PRESTADOR.
- ⁹ 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).
- ¹⁰ VALOR CORRESPONDENTE A 6 MESES DE PRÊMIO.

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:
- Taxas moderadoras;
 - 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, Prestação por Reembolso e Acesso à Rede. As modalidades contratadas constam da Apólice.

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:

- Despesas realizadas com Médicos e outros profissionais de saúde que sejam cônjuge, pais, filhos ou irmãos da Pessoa Segura, bem como pela Pessoa Segura a si própria;
- 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 carácter 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;
- 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 toxicod dependência;
- Patologias ou tratamentos relacionados, direta ou indiretamente, com infeção por vírus de imunodeficiência humana (HIV);
- Tratamentos relacionados, direta ou indiretamente, com infeção por vírus da hepatite, excetuando 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, exames auxiliares de diagnóstico, testes, tratamentos de infertilidade, métodos de fecundação artificial, fertilização in vitro ou procedimentos de transferência embrionária, bem como as consequências da aplicação dos mesmos;
- Métodos anticoncecionais e de planeamento familiar, bem como despesas efetuadas para reverter os efeitos de uma cirurgia de esterilização voluntária;
- 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 metabólico 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 com 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;
- Acidentes emergentes 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;
- Exames 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 toxicod dependência 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 maxilo facial 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
INTERNAMENTO HOSPITALAR	180
PARTO	500
SAÚDE MENTAL	
INTERNAMENTO PSIQUIÁTRICO	180
CONSULTAS DE PSIQUIATRIA, PSICOLOGIA E SESSÕES DE PSICOTERAPIA	60
CONSULTAS, EXAMES E TRATAMENTOS (AMBULATÓRIO)	60
ASSISTÊNCIA DOMICILIÁRIA	60
PRÓTESES E ORTÓTESES	60
EXTENSÃO AO ESTRANGEIRO	CONFORME COBERTURA ACIONADA
DOENÇAS GRAVES	180
MEDICINA PREVENTIVA (CHECK-UP)	60
PROTEÇÃO AO PAGAMENTO DE PRÉMIOS DE SEGURO	30

Para além dos Períodos de Carência acima indicados, são ainda aplicáveis os seguintes Períodos de Carência por terapêutica:

- 180 dias Excisão cirúrgica de lesões benignas na pele.
- 360 dias: Facomulsificação, 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.

F - ÂMBITO DAS COBERTURAS

1. INTERNAMENTO HOSPITALAR

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:

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

1.2. PARTO

A presente cobertura pode ainda garantir, desde que expressamente contratada essa opção e seja expressamente indicado 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) Com Pequena Cirurgia, ainda que realizadas em Unidade Hospitalar e qualquer que seja o período de permanência;
- b) Com estadia de acompanhantes da Pessoa Segura, exceto em caso de internamento hospitalar de menores até aos catorze anos de idade ou de cidadãos portadores de deficiência congénita ou adquirida;
- c) Com os atos clínicos referidos na alínea f) do n.º 1 que possam ser executados sob anestesia loco-regional/local, ainda que sejam executados sob anestesia geral, nomeadamente dentisteria, endodontia, cirurgia oral, periodontologia, implantologia, prostodontia e ortodontia;
- d) 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;
- e) De natureza particular (por exemplo, alimentação não incluída na diária de internamento e despesas com telecomunicações).

MODALIDADE DE UTILIZAÇÃO

A modalidade de utilização (Rede ou Reembolso) está definida 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. 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:

- Internamento psiquiátrico, incluindo honorários médicos e de enfermagem, medicamentos, materiais e todos os produtos associados aos cuidados prestados, bem como exames auxiliares de diagnóstico;
- Honorários de consultas de psiquiatria, consultas de psicologia e sessões de psicoterapia.

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

A cobertura não garante despesas:

- Com terapêuticas biológicas (por exemplo, electroconvulsivoterapia e estimulação transcraniana);
- Com estadia de acompanhantes da Pessoa Segura;
- 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.

3. TRANSPORTE DE URGÊNCIA

O QUE ESTÁ SEGURO

A cobertura garante, sempre que o estado de saúde da Pessoa Segura o justifique, o direito a:

- Transporte de urgência até à unidade hospitalar mais próxima;
- Vigilância por parte de equipa médica, 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;
- Em caso de necessidade determinada por indicação médica, transporte desde a unidade hospitalar em que se encontre internada para outra unidade hospitalar;
- 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.

4. 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:

- Honorários de consultas médicas;
- Honorários médicos e de enfermagem relativos a outros atos médicos, incluindo a Pequena Cirurgia;
- Materiais e produtos associados aos atos médicos;
- Exames Auxiliares de Diagnóstico;
- 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:

- Cirurgia, incluindo a Cirurgia em Ambiente Hospitalar Sem Internamento;
- Consultas, tratamentos, cirurgia e Próteses e Ortóteses do foro estomatológico / Medicina Dentária;
- Exercícios de Ortóptica, exceto se prescritos por Médico oftalmologista;
- Próteses e Ortóteses;
- 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:

- Consultas de Genética;
- Exames auxiliares de diagnóstico e meios terapêuticos:
 - Serviços especiais de Neurofisiologia;
 - Exames auxiliares de diagnóstico de genética;
 - Meios invasivos de diagnóstico ou terapêutica.
- Tratamentos:
 - Tratamentos cirúrgicos em Ambulatório;
 - Medicina Física e de Reabilitação.
- Quaisquer outros atos de diagnóstico e terapêutica definidos em www.multicare.pt como necessitando de autorização prévia.

5. CONSULTAS

O QUE ESTÁ SEGURO

A cobertura garante, nos termos e limites fixados na Apólice:

- O número de consultas médicas, conforme definido nas Condições Particulares ou Certificado de Seguro.
- Para os restantes atos de Ambulatório, o Acesso à Rede.
- 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 quaisquer exclusões.

MODALIDADE DE UTILIZAÇÃO

A utilização desta cobertura é exclusiva na modalidade de Prestação na Rede para as consultas e em Acesso à Rede nas condições referidas nas alíneas b) e c) do item "O que está seguro" desta cobertura.

É necessária autorização prévia para consultas de genética. O Segurador poderá vir a definir a necessidade de autorização para outras consultas que indicará, em cada momento, no seu sítio da Internet.

6. 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:

- por telefone;
- por correio eletrónico;
- através de aplicação móvel (app);
- através de outro meio previsto em www.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 ato médico nas circunstâncias não presenciais em que é praticado.

Os serviços que integram a presente cobertura são os seguintes:

a) CONSULTA POR TELEFONE OU POR E-MAIL

A consulta por telefone ou por e-mail permite à Pessoa Segura consultar uma equipa médica especializada em medicina geral e familiar. Na consulta por e-mail a Pessoa Segura poderá fazer o envio de imagens e de exames médicos para que os Médicos possam avaliar a respetiva situação clínica.

b) VIDEOCONSULTA

Este serviço visa disponibilizar à Pessoa Segura, através do acesso a 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 médicos para que os Médicos possam estudar, antes da videoconsulta, a sua 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 disponibilizados através do seu sítio da internet ou outros meios disponíveis.

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

A cobertura não garante:

- Eventuais danos por atrasos ou dificuldades no acesso a este serviço, em consequência de anomalias nas redes de telecomunicações;
- 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;
- Eventuais consequências do não cumprimento, por parte da Pessoa Segura, das indicações fornecidas através do serviço.

7. 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:

- Honorários de consultas médicas;
- Honorários médicos e de enfermagem relativos a outros atos médicos;
- Materiais e produtos associados aos atos médicos;
- Exames Auxiliares de Diagnóstico;
- Tratamentos do foro da Medicina Física e de Reabilitação;
- 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 www.multicare.pt, necessitam de autorização prévia.

8. ASSISTÊNCIA DOMICILIÁRIA

O QUE ESTÁ SEGURO

A cobertura garante a assistência domiciliária à Pessoa Segura, quando o estado de saúde da Pessoa Segura 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:

- Consultas domiciliárias;
- Enfermagem domiciliária (com prescrição médica);
- Exames no domicílio (com prescrição médica).

COMO PEDIR A ASSISTÊNCIA

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

9. 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:

- Honorários médicos;
- Exames auxiliares de diagnóstico;
- Próteses estomatológicas, excetuando Próteses sobre Implantes;
- Materiais e todos os produtos associados aos atos médicos;
- Acomodação e utilização das infraestruturas (diárias, bloco operatório, recbro e equipamentos), produtos e medicamentos necessários para a realização dos atos médicos em Ambiente Hospitalar.

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

A cobertura não garante:

- Aparelhos de ortodontia e respetivos moldes e estudos (incluindo imagiologia específica) e consultas de controlo;
- Tratamentos efetuados com utilização de metais preciosos;
- Reabilitação de dentes em falta ou reabilitados com Prótese à data da celebração do contrato;
- Implantes estomatológicos, incluindo todos os atos clínicos e laboratoriais necessários, nomeadamente a fase de regeneração óssea pré-protética, a fase cirúrgica (colocação de Implante dentário e Implante dentário "per si") e fase protética (coroa sobre Implante) incluindo sistema de conexão (magnético, cimentado ou aparafusado).

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.

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.

10. 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, nomeadamente:

- Honorários médicos;
- Exames auxiliares de diagnóstico;
- Próteses estomatológicas;
- Ortodontia;
- 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 www.multicare.pt, necessitam de autorização prévia.

11. 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, nos seguintes serviços:

- Acupuntura;
- Homeopatia;
- Osteopatia;
- Medicina Tradicional Chinesa;
- Naturopatia;
- Fitoterapia;
- 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.

12. 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 partir da segunda aquisição (inclusive), quando se verificar alteração da correção relativamente à prescrição anterior;
- 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;
- 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:

- Próteses do foro estomatológico;
- Testes optométricos;
- Cintas medicinais, meias elásticas e colchões ortopédicos;
- Aquisição ou aluguer de equipamentos;
- Calçado ortopédico;
- Óculos e lentes de contacto adquiridos fora da Rede de Óticas;
- Aquisição isolada de aros oculares;
- 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

As despesas com óculos e lentes de contacto são garantidas, exclusivamente, na Rede de Óticas, na modalidade de Prestação na Rede.

As restantes garantias apenas estão disponíveis na modalidade de Prestação por Reembolso.

13. 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, nas despesas efetuadas no âmbito dos modelos contratados para 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.

14. 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.

15. EXTENSÃO AO ESTRANGEIRO

O QUE ESTÁ SEGURO

Esta extensão permite beneficiar das coberturas do contrato, na modalidade de Prestação por Reembolso, para pagamento das despesas com cuidados de saúde fora do território nacional.

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

Não estão garantidas as despesas com deslocação e estadia.

MODALIDADE DE UTILIZAÇÃO

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

16. 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, exames auxiliares 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 por anuidade.
- 1.1.8. Alojamento da Pessoa Segura e de um acompanhante, com o limite de €200 por dia e de €4.000 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.

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, Doença ou situação clínica que não esteja prevista no nº 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 por esta Condição Especial, 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-iliaco;
- 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.

17. 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 www.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 Médica está disponível para consulta em www.multicare.pt.

18. PROTEÇÃO AO PAGAMENTO DE PRÉMIOS DE SEGURO

O QUE ESTÁ SEGURO

A cobertura garante, nos termos e limites contratualmente acordados, o pagamento do Prémio em situações imprevisíveis que afetem o nível de rendimentos do Tomador do Seguro e resultem de:

- a) Morte da Pessoa Segura, caso em que o Segurador garante o pagamento do Prémio devido pelo Tomador do Seguro, pelo valor correspondente ao período de 6 meses;
- b) Invalidez Absoluta e Definitiva da Pessoa Segura, caso em que o Segurador garante o pagamento do Prémio pelo valor correspondente ao período de 6 meses;
- c) Desemprego Involuntário da Pessoa Segura, por um período superior a 30 dias consecutivos. Neste caso o Segurador suporta o valor correspondente ao Prémio devido pelo período em que se mantiver a situação de Desemprego Involuntário, com um limite máximo do Prémio correspondente a seis meses. Apenas estão garantidas as situações de desemprego por:
 - (i) despedimento coletivo;
 - (ii) despedimento por extinção de postos de trabalho justificada por motivos económicos ou de mercado, tecnológicos ou estruturais, relativos à entidade empregadora;
 - (iii) despedimento promovido unilateralmente pela entidade empregadora sem invocação de justa causa;
 - (iv) despedimento promovido unilateralmente pelo trabalhador com invocação de justa causa;
- d) Internamento Hospitalar da Pessoa Segura apenas para trabalhadores por conta própria, quando o período de internamento seja superior a 4 dias consecutivos. Neste caso o Segurador suporta o valor correspondente ao Prémio devido pelo período do Internamento Hospitalar, com um limite máximo correspondente ao Prémio de seis meses.

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

A cobertura não garante:

1. Morte ou Invalidez Absoluta e Definitiva que resultem direta ou indiretamente de:
 - a) Guerra, declarada ou não, invasão, ato de inimigo estrangeiro, hostilidades ou operações bélicas, guerra civil, insurreição, rebelião ou revolução, bem como os causados acidentalmente por engenhos explosivos ou incendiários;
 - b) Levantamento militar ou ato do poder militar legítimo ou usurpado;
 - c) Explosão, libertação de calor e radiações provenientes da cisão ou fusão de átomos ou radioatividade, e contaminações inerentes, e ainda os decorrentes de radiações provocadas pela aceleração artificial de partículas;
 - d) Atos ou omissões dolosos do Tomador do Seguro ou da Pessoa Segura, ou de pessoas por quem sejam civilmente responsáveis;
 - e) Suicídio.
2. Desemprego Involuntário que resulte direta ou indiretamente de:
 - a) Caducidade do contrato de trabalho por reforma ou pré-reforma;
 - b) Revogação do contrato de trabalho por acordo das partes;
 - c) Resolução do contrato de trabalho pelo trabalhador, sem justa causa;
 - d) Denúncia do contrato de trabalho, no período experimental;
 - e) Contratos de trabalho não vinculados à legislação portuguesa;
 - f) Despedimento com justa causa;
 - g) Caducidade de contrato de trabalho a termo;
 - h) Atividade sazonal, i.e., de atividade que só surge em determinado período do ano, necessariamente limitado, perdendo posteriormente a sua utilidade.
3. Internamento Hospitalar que resulte direta ou indiretamente de:
 - a) Parto, gravidez ou interrupção de gravidez;
 - b) Dores nas costas ou lombalgias, cuja causa não seja demonstrável por exames médicos complementares (radiológicos, gamagráficos, "scanners" ou T.A.C.).

DESIGNAÇÃO BENEFICIÁRIA

1. O Segurador é o beneficiário irrevogável desta garantia, não podendo o Tomador revogar ou alterar a presente designação beneficiária.
2. Para a cobertura de Morte, no montante que exceder o valor correspondente a seis meses de Prémio, em caso de falta de designação serão beneficiários os seus herdeiros legais.

DURAÇÃO

As garantias desta cobertura cessam automaticamente, relativamente a cada Pessoa Segura, na primeira das seguintes datas:

1. Na data da Morte ou Invalidez Absoluta e Definitiva da Pessoa Segura;
2. Na data em que a Pessoa Segura atinja a idade legal de reforma por velhice para as coberturas de Invalidez Absoluta e Definitiva, Desemprego Involuntário e Hospitalização e de 70 anos para a cobertura de Morte;
3. Na data da reforma ou pré-reforma da Pessoa Segura.

CONDIÇÕES DE ELEGIBILIDADE

São elegíveis para esta cobertura as Pessoas Seguras que, sendo o Tomador do Seguro ou o seu cônjuge - ou quem com ele viva em condições análogas às do cônjuge:

1. Tenham idade compreendida entre os 18 anos e a idade legal de reforma por velhice;
2. No que respeita às coberturas de Desemprego Involuntário e Hospitalização estejam a desempenhar regularmente, no mínimo de 16 horas semanais, uma atividade profissional nos últimos 12 meses, não tendo conhecimento de uma possível situação de desemprego.

PERÍODO DE FRANQUIA RELATIVA, CARÊNCIA E REQUALIFICAÇÃO

As garantias objeto deste contrato estão sujeitas a:

Um Período de Franquia Relativa de 30 dias para a cobertura de Desemprego Involuntário e de 4 dias para a cobertura de Hospitalização;

Um Período de Carência de 30 dias aplicável às coberturas de Desemprego Involuntário e Hospitalização;

Um Período de Requalificação de 6 meses de trabalho ativo, aplicável às coberturas de Desemprego Involuntário e Hospitalização.

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 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 renova. A falta de pagamento de qualquer outra fração do Prémio, na data em que é devida, determina a resolução automática e imediata do contrato nessa mesma data.
8. A falta de pagamento 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;
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 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.

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 CTT 1|2|3.

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, Cirurgias em Ambiente Hospitalar e Parto com os capitais seguintes:
 - ✓ Multicare CTT 1 – 25.000,00€ ou 50.000,00€;
 - ✓ Multicare CTT 2 – 50.000,00€;
 - ✓ Multicare CTT 3 – 100.000,00€;
 - ✓ Multicare CTT 2 opção 2 e Multicare CTT 3 - Internamento Psiquiátrico, com sublimite de 5.500,00€;
- ✓ Consultas, Exames e Tratamentos (Ambulatório):
 - ✓ Multicare CTT 1 – Acesso à Rede: serviços disponibilizados em prestadores da Rede Multicare, a preços mais vantajosos (valores convencionados);
 - ✓ Multicare CTT 2 – 2 opções:
 - Opção 1 - 8 consultas programadas de consultório, garantidas apenas na rede de prestadores; ou
 - Opção 2 - Capital de 1.000,00€ e sublimite de 300€ para Consultas de Psiquiatria, Psicologia e Sessões de Psicoterapia;
 - ✓ Multicare CTT 3 – capital de 2.500,00€ ou 5.000,00€, com sublimite de 300€ para Consultas de Psiquiatria, Psicologia e Sessões de Psicoterapia;
- ✓ Acesso às Redes de Estomatologia e Medicina Dentária, de Óticas e de Terapêuticas Não Convencionais, mediante pagamento dos preços convencionados e sem aplicação das exclusões gerais do contrato;
- ✓ Medicina Preventiva (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 de canais digitais, incluindo vídeo-consulta;
- ✓ Cobertura de Assistência (pedidas através do Apoio ao Cliente):
 - ✓ Transporte de Urgência;
 - ✓ Consultas Médicas Domiciliárias (Multicare CTT 2, opção 2 e Multicare CTT 3);
 - ✓ Assistência Clínica em Viagem (Multicare CTT 2 e Multicare CTT 3).
- ✓ No Multicare CTT 1 e 2 – Proteção ao Pagamento de Prémios de Seguro: 6 meses de prémio (máximo) por morte, invalidez permanente, desemprego



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 roncopia;
- ✗ Acidentes de viação, de trabalho, em serviço, bem como doenças profissionais;
- ✗ Desportos de alto risco e competições desportivas;
- ✗ Eventos de força maior da natureza, guerra, terrorismo e semelhantes;
- ✗ Serviços que não sejam clinicamente necessários ou que não tenham finalidade terapêutica;
- ✗ Interrupção voluntária da gravidez;
- ✗ Tratamentos cirúrgicos ou laser para correção de erros de refração da visão, nomeadamente em caso de miopia, astigmatismo e hipermetropia;
- ✗ Tratamentos termais, ginástica, natação e massagens;
- ✗ Doenças resultantes de epidemia;
- ✗ Tratamentos experimentais;
- ✗ Transplantes, exceto em Doenças Graves, se a cobertura for contratada;
- ✗ Despesas com acompanhantes, deslocações e alojamento, exceto em Doenças Graves, se a cobertura for contratada;
- ✗ Todos os riscos não enquadráveis nas coberturas contratadas;
- ✗ Todos os riscos excluídos em qualquer das coberturas contratadas.

involuntário (só para trabalhadores por conta de outrem) e internamento hospitalar (só para trabalhadores por conta própria), do tomador ou do cônjuge.

Coberturas opcionais:

- ✓ Em todos os seguros: 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 1.000.000,00€;
- ✓ No Multicare CTT 3: Estomatologia – capital 1.000,00€; Próteses e Ortóteses – capital 500,00€ (óculos e lentes exclusivamente na Rede de Óticas).

Capitais seguros

- ✓ Os capitais são por anuidade e pessoa segura, sendo específicos por cobertura em função do seguro escolhido e opções de capitais contratados, conforme informação constante das Informações Pré-Contratuais.



Há alguma restrição da cobertura?

- ! As decorrentes de terem existido omissões ou inexactidões dolosas ou negligentes do Tomador do Seguro ou da Pessoa Segura na declaração inicial do risco;
- ! As resultantes dos limites de capital seguro, dos regimes de prestação (Prestação na Rede, Prestação por Reembolso e Acesso à Rede), das franquias, dos copagamentos, do limite de valorização do K (por referência à tabela da Ordem dos Médicos) e dos períodos de carência que sejam aplicáveis;
- ! Em caso de sinistro, se não forem tomadas medidas para evitar o agravamento do estado de saúde, o pagamento de despesas pode ser reduzido ou excluído;
- ! O Parto fica garantido apenas se a cobertura 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 apenas estão garantidos na Rede de Óticas;
- ! A Pequena Cirurgia é garantida apenas na cobertura de Ambulatório;
- ! Existem atos médicos sujeitos a autorização prévia para serem garantidos pelo seguro no regime de prestações em rede.



Onde estou coberto?

- ✓ Em todo o Mundo. No entanto, algumas garantias só são válidas onde exista a Rede Multicare.



Quais são as minhas obrigações?

- Antes da celebração do contrato, devo declarar com exatidão todas as circunstâncias que conheça e razoavelmente deva ter por significativas para a apreciação do risco pelo Segurador, ainda que não sejam solicitadas em questionário fornecido pelo Segurador;
- Pagar atempadamente o prémio de seguro ou as suas frações para que a apólice se mantenha em vigor;
- Em caso de não renovação do contrato, informar o Segurador, nos trinta dias subsequentes ao termo do contrato, salvo justo impedimento, de qualquer doença então existente para que aquele continue responsável durante dois anos;
- Comunicar ao Segurador alterações importantes, tais como, composição do agregado familiar, morada, contactos;
- Em caso de extravio do Cartão Multicare, comunicá-lo ao Segurador no prazo máximo de 48 horas.

Em caso de sinistro devo:

- Tomar medidas para evitar o agravamento do estado de saúde da pessoa segura;
- Participar ao segurador nos 8 dias subsequentes à ocorrência;
- Informar o Segurador de todos os factos sobre o sinistro e permitir o seu acesso à informação clínica, solicitando autorização, quando necessária, conforme indicado na respetiva cobertura;
- Sempre que solicitados, pelo Segurador, realizar, exames que serão suportados por este, em Médicos por ele designados, cessando a responsabilidade do mesmo se a pessoa segura não o fizer;
- Apresentar todos os elementos clínicos relativos ao seu estado de saúde e aos serviços prestados, cessando a responsabilidade do Segurador enquanto não o fizer;
- 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 direto.



Quando começa e acaba a cobertura?

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

O seguro só pode ser subscrito até aos 60 anos (inclusive), funcionando as garantias sem idade limite de permanência, com exceção da cobertura de Doenças Graves que termina no final da anuidade em que a Pessoa Segura complete 70 anos de idade.



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.

Prestação de Informação nos termos e para os efeitos do disposto no artigo 31.º do Regime Jurídico da Distribuição de Seguros e de Resseguros, aprovado pela Lei n.º 7/2019, de 16 de janeiro, (o "RJDS") e por referência aos contratos de seguro da Fidelidade – Companhia de Seguros, S.A.

O Banco CTT, S.A., com sede na Avenida D. Joao II, n.º 13, Edifício Báltico, Piso 11.º, 1999-001 Lisboa, matriculado na Conservatória de Registo Comercial de Lisboa sob o número único de matrícula e de identificação de pessoa coletiva 513412417, com o capital social de 296.400.000,00 Euros, encontra-se registado na Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões, como mediador de seguros, sob o número 417448775, desde 4 de abril de 2017, na categoria de Agente de Seguros para o Ramo Vida e para o Ramo Não Vida. As informações e outros detalhes do registo encontram-se disponíveis em www.asf.com.pt.

O Banco CTT não detém, direta ou indiretamente, qualquer participação nos direitos de voto ou no capital social de qualquer empresa de seguros.

Não existe qualquer participação, direta ou indireta, nos direitos de voto ou no capital social do Banco CTT que seja detida por qualquer empresa de seguros ou por empresa mãe de qualquer empresa de seguros.

A intervenção do Banco CTT, enquanto mediador de seguros, envolverá a prestação de assistência ao longo do período de vigência dos contratos de seguro. O Banco CTT não tem poderes de cobrança de prémios referentes ao contrato de seguro supra identificado.

O Banco CTT recebe uma comissão pela distribuição, que incide sobre o prémio do contrato de seguro.

O Cliente tem o direito de solicitar informação sobre a remuneração do Banco CTT, enquanto mediador, pela prestação do serviço de distribuição, pelo que, sempre que solicitada, ser-lhe-á prestada tal informação.

As reclamações dos Tomadores dos Seguros ou outras partes interessadas relativas à atividade de distribuição de seguros desenvolvida pelo Banco CTT podem ser apresentadas junto da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões. Em caso de litígio emergente da atividade de distribuição, os consumidores podem recorrer aos tribunais judiciais ou aos organismos de resolução extrajudicial de litígios.

O Banco CTT, enquanto agente de seguros, não tem a obrigação contratual de exercer a atividade de distribuição de seguros exclusivamente para uma ou mais empresas de seguros ou mediadores de seguros. O Banco CTT atua em nome e por conta da empresa de seguros e não presta aconselhamento, pelo que as informações dadas na celebração dos contratos de seguro não podem ser entendidas como aconselhamento e não se baseiam numa análise imparcial, cabendo aos Clientes a responsabilidade de efetuar a comparação das respetivas condições com outro ou outros contratos de seguro existentes no mercado. O Cliente tem o direito de solicitar informação sobre o nome da ou das empresas de seguros e mediadores de seguros com os quais o Banco CTT trabalha, pelo que, sempre que solicitada, ser-lhe-á prestada tal informação.

Nos contratos de seguro em que o Banco CTT figure como mediador, este poderá receber a colaboração de outros mediadores de seguros.