



- Seguro Novo (SN)
- Alteração (AL) <sup>1</sup>
- Inclusão (IN)
- Mudança de Plano (MP)

 Nº Apólice

 Agência/Agente Nº

 Conta Cobrança Nº

<sup>1</sup> Preencha apenas os dados que pretende alterar.

## TOMADOR DO SEGURO

Por favor preencha na totalidade os campos abaixo. Utilize letra de imprensa, não abrevie o apelido, nem os três primeiros nomes.

Nome

Sexo F  M  Data Nascimento         NIF     Nº BI / CC

Morada

Cód. Postal  -  Localidade

Telefone  Telemóvel  Estado Civil

Email 1

Profissão

IBAN

BIC SWIFT  A indicação do IBAN e do BIC SWIFT é imprescindível para crédito das comparticipações de Despesas Médicas por parte do Segurador.

- Pretendo receber o Extrato de Benefícios no email indicado e não por correio postal.  
Quando receber a sua password de acesso à Área reservada a Clientes no site Multicare, aceda e verifique a documentação disponibilizada.  
<sup>1</sup> Escreva em letras maiúsculas, por favor.

## DADOS DA APÓLICE

Início do Seguro         Periodicidade de pagamento  Anual  Semestral  Trimestral  Mensal Pagamento Mensal e Trimestral só disponível por Débito Direto. Todos os fracionamentos estão sujeitos ao valor mínimo de cada fração.

Débito Direto  Cobrança Postal ou Multibanco

**Se optou por Débito Direto, preencha por favor, a Autorização de Débito Direto SEPA, que se encontra no final desta proposta.**

## PESSOAS SEGURAS

Utilize letra de imprensa, não abrevie o apelido, nem os três primeiros nomes.

 O Tomador é uma Pessoa Segura?  S  N

### PESSOA SEGURA 1

Preencher os dados da Pessoa Segura 1, se diferente do Tomador do Seguro

Nome

Nome abrev. para cartão  Data Nasc.

Nº Contrib.  Sexo F  M

Email 1

Telefone  Telemóvel  Profissão

<sup>1</sup> Escreva em letras maiúsculas, por favor.

### PESSOA SEGURA 2

 GRAU DE PARENTESCO COM A PESSOA SEGURA 1 

Nome

Nome abrev. para cartão  Data Nasc.

Nº Contrib.  Sexo F  M

Email 1

Telefone  Telemóvel  Profissão

<sup>1</sup> Escreva em letras maiúsculas, por favor.

### PESSOA SEGURA 3

 GRAU DE PARENTESCO COM A PESSOA SEGURA 1 

Nome

Nome abrev. para cartão  Data Nasc.

Nº Contrib.  Sexo F  M

Email 1

Telefone  Telemóvel  Profissão

<sup>1</sup> Escreva em letras maiúsculas, por favor.

**PLANO A CONTRATAR** Assinale um dos planos apresentados.

Coberturas	Opção I <input type="checkbox"/>	Opção II <input type="checkbox"/>	Opção III <input type="checkbox"/>	Plano Ensino <input type="checkbox"/>
441 Internamento Hospitalar	15 000 €	15 000 €	15 000 €	35 000 €
442 Transporte de Urgência	—	—	—	✓
443 Assistência Telefónica em Caso de Urgência	—	—	—	✓
444 Apoio Familiar no Internamento Hospitalar	—	—	—	✓
445 Cirurgia de Ambulatório em Ambiente Hospitalar	—	500 € (2)	500 € (2)	1 000 € (1)
446 Parto Normal, Cesariana e Interrupção Involuntária da Gravidez	—	—	600 €	1 500 € (1)
447 Ambulatório Medicina Física e de Reabilitação (inclui Terapia da Fala)	—	500 € 250 €	500 € 250 €	1 500 € 500 €
448 Assistência Médica Domiciliária	—	—	—	✓
450 Estomatologia	—	—	250 €	250 €
452 Próteses e Ortóteses Ortóteses Oftalmológicas	—	—	150 €	1 000 € 150 €
453 Medicamentos	—	—	250 €	250 €
455 Segunda Opinião Best Doctors	—	—	—	✓
462 Proteção ao Pagamento de Prémios de Seguro	—	—	—	✓

(1) Capital incluído em Internamento Hospitalar.

(2) Capital incluído em Ambulatório.

✓ Cobertura Incluída.  
— Cobertura Não Incluída.

**OUTROS SEGUROS**

O risco proposto está abrangido por outro(s) Contrato(s) de Seguro? S  N  Qual o Segurador

Se sim, qual a data de início e data de fim da apólice? De  a

**DADOS PESSOAIS E DECLARAÇÕES**

**DADOS PESSOAIS**

Os dados pessoais constantes neste documento serão processados e armazenados informaticamente pelo Segurador e destinam-se ao seu uso exclusivo, no âmbito das relações pré-contratuais ou decorrentes do contrato celebrado com o seu Cliente, incluindo as suas renovações. Os dados serão conservados de forma a permitir a identificação dos titulares até que tenham cessado definitivamente essas relações.

O titular terá livre acesso aos seus dados pessoais, com uma periodicidade não inferior a um ano a contar da recolha ou primeiro acesso, desde que o solicite por escrito, podendo proceder à sua retificação.

Os dados recolhidos em virtude da celebração, execução ou cessação do contrato poderão ser fornecidos às autoridades judiciais ou administrativas, desde que em cumprimento de obrigação legal a cargo do Segurador, e bem assim, sem prejuízo dos deveres e limites previstos em matéria de proteção de dados pessoais e de concorrência, e sempre sujeito ao dever de sigilo, aos prestadores de serviços do Segurador, designadamente os seus resseguradores e peritos, e ainda às entidades, nomeadamente de tipo associativo, como seja a Associação Portuguesa de Seguradores, que enquadrem ou realizem, licitamente, ações de compilação de dados, ações de prevenção e combate à fraude, estudos de mercado ou estudos estatísticos ou técnico-atuariais.

O titular dos dados autoriza o Segurador, salvo declaração expressa em contrário no quadro de observações, a:

- a) fornecer os seus dados a empresas do Grupo do qual faz parte, sendo assegurada a sua confidencialidade, utilização em função do objeto social dessas empresas e compatibilidade com os fins da recolha;
- b) proceder à recolha de dados pessoais complementares junto de Organismos Públicos, empresas especializadas e outras entidades privadas, tendo em vista a confirmação ou complemento dos elementos recolhidos necessários à gestão da relação contratual;
- c) efetuar, se assim o entender, o registo magnético das chamadas telefónicas que forem realizadas, no âmbito da relação contratual ora proposta, quer na fase de formação do contrato, quer durante a vigência do mesmo, e bem assim a proceder à sua utilização para quaisquer fins lícitos, nomeadamente, para execução dos serviços contratados, para melhoramento e controlo dos mesmos e como meio de prova.

Observações:

**DECLARAÇÕES**

Declaro que me foram prestadas as Informações Pré-Contratuais legalmente previstas, tendo-me sido entregue, para o efeito, o documento respetivo, para delas tomar integral conhecimento, e bem assim que me foram prestados todos os esclarecimentos de que necessitava para a compreensão do contrato, nomeadamente sobre as garantias e exclusões, sobre cujo âmbito e conteúdo fiquei esclarecido.

Declaro, ainda, ter sido informado pelo Segurador do dever de lhe comunicar com exatidão todas as circunstâncias que conheça e razoavelmente deva ter por significativas para a apreciação do risco, bem como das consequências do incumprimento de tal dever.

Declaro, também, que dou o meu acordo a que as Condições Gerais e Especiais, se as houver, aplicáveis ao contrato, me sejam entregues no sítio da Internet indicado nas Condições Particulares.

Assinatura do Tomador do Seguro

Data

**Preenchimento Interno**

Código Entidade	<input type="text"/>	Data de Entrada	<input type="text"/>	Código de Produto	<input type="text"/>
Identificação/Aceitação	<input type="text"/>	Nº Emp.	<input type="text"/>	Rubrica	<input type="text"/>
				Serviços Técnicos	<input type="text"/>

Preencher a caneta preta

Autorização de Débito Direto SEPA  
SEPA Direct Debit Mandate

Referência da Autorização (ADD) a completar pelo Segurador.  
Mandate Reference - To be completed by the Creditor.

Ao subscrever esta autorização, está a autorizar a Fidelidade - Companhia de Seguros, S.A. a enviar instruções ao seu banco para debitar a sua conta e o seu banco a debitar a sua conta, de acordo com as instruções da Fidelidade - Companhia de Seguros, S.A. Os seus direitos incluem a possibilidade de exigir do seu banco o reembolso do montante debitado, nos termos e condições acordados com o seu banco. O reembolso deve ser solicitado até um prazo de oito semanas, a contar da data do débito na sua conta. Preencha por favor todos os campos assinalados com \*. O preenchimento dos campos assinalados com \*\* é da responsabilidade do Segurador.

By signing this mandate form, you authorise Fidelidade - Companhia de Seguros, S.A. to send instructions to your bank to debit your account and your bank to debit your account in accordance with the instructions from Fidelidade - Companhia de Seguros, S.A. As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited. Please complete all the fields marked \*. Fields marked with \*\* must be completed by the Creditor.

### 1. IDENTIFICAÇÃO DO TOMADOR DO SEGURO / TITULAR DA CONTA - POLICY HOLDER/ACCOUNT HOLDER IDENTIFICATION

\* Nome do Tomador do Seguro / Titular da Conta

\* Name of the Policy Holder / Account Holder

\* Nome da rua e número

\* Street name and number

\* Código Postal  -  \* Cidade

\* Postal Code

\* City

\* País

\* Country

\* Número de Conta - IBAN

\* Account Number - IBAN

\* BIC SWIFT

\* SWIFT BIC

### 2. IDENTIFICAÇÃO DO SEGURADOR - INSURER IDENTIFICATION

\*\* Nome do Segurador **FIDELIDADE - COMPANHIA DE SEGUROS, S.A.**

\*\* Insurer Name

\*\* Identificação do Segurador

\*\* Insurer Identifier

\*\* Nome da rua e número **LARGO DO CALHARIZ, N° 30**

\*\* Street name and number

\*\* Código Postal **1249 - 001** \*\* Cidade **LISBOA**

\*\* Postal Code

\*\* City

\*\* País **PORTUGAL**

\*\* Country

### 3. RELATIVAMENTE À APÓLICE - ABOUT THE INSURANCE POLICY

Número da Apólice

Policy Number

Ramo / Produto

Type of Insurance

### 4. TIPOS DE PAGAMENTO - TYPE OF PAYMENTS

\* Pagamento Recorrente  ou Pagamento Pontual

\* Recurrent Payment  or One-off Payment

Local e Data / Location and Date

\* Assinatura / \* Signature

Os seus direitos, referentes à autorização acima referida, são explicados em declaração que pode obter no seu banco.  
Your rights regarding the above mandate are explained in a statement that you can obtain from your bank.





- Seguro Novo (SN)  
 Inclusão (IN)  
 Mudança de Plano (MP)  
 Nº Apólice

A aceitação do Seguro está dependente do total preenchimento deste Questionário, que deve ser anexo à Proposta de Seguro (um Questionário por cada Pessoa Segura).

**TOMADOR DO SEGURO** Utilize letra de imprensa, um caracter por quadrícula.

Nome  NIF

**PESSOA SEGURA**

Nome  Idade  Sexo F  M

**INFORMAÇÕES DE SAÚDE DA PESSOA SEGURA**

1 Indique se lhe foi feito algum diagnóstico ou indicado tratamento/cirurgia relacionados com alguma das doenças abaixo descritas:

**1.1 Tumores**

- N  S  Se respondeu Sim, por favor especificar:  
 Benignos  Malignos

**1.2 Doenças Cardiovasculares**

- N  S  Se respondeu Sim, por favor especificar:  
 Hipertensão Arterial  Angina de Peito  Doença Valvular  Doença Arterial Periférica  
 Dislipidémia  Enfarte do Miocárdio  Arritmias ou Bloqueios  Varizes  Outras

**1.3 Doenças Neurológicas**

- N  S  Se respondeu Sim, por favor especificar:  
 AVC  Cefaleias  Epilepsia  Esclerose Múltipla  
 Doenças Musculares  Doença de Parkinson  Sequelas de Traumatismos  Paralisia  Outras

**1.4 Doenças Endocrinológicas**

- N  S  Se respondeu Sim, por favor especificar:  
 Diabetes  Tiroide  Supra Renal  Hipófise  Outras

**1.5 Doenças Respiratórias**

- N  S  Se respondeu Sim, por favor especificar:  
 Asma  Doença Pulmonar Obstrutiva  Sarcoideose  Apneia do Sono  Outras

**1.6 Doenças do Aparelho Digestivo**

- N  S  Se respondeu Sim, por favor especificar:  
 Hérnia do Hiato  Gastrite  Úlceras  Doença Inflamatória Intestino  
 Pólipos  Hemorroidas  Hérnias Abdominais  Outras

**1.7 Doenças Hepáticas e das Vias Biliares**

- N  S  Se respondeu Sim, por favor especificar:  
 Hepatite  Cirrose  Cálculos  Pancreatite  Outras

**1.8 Doenças Psiquiátricas**

- N  S  Se respondeu Sim, por favor especificar:  
 Depressão  Doença Bipolar  Anorexia / Bulimia  Demência / Alzheimer  
 Ansiedade  Esquizofrenia  Outras

**1.9 Doenças Hematológicas**

- N  S  Se respondeu Sim, por favor especificar:  
 Anemia  Linfoma  Doenças de Coagulação  Leucemia  Outras  
 Mieloma

**1.10 Doenças do Aparelho Urinário**

- N  S  Se respondeu Sim, por favor especificar:  
 Rim  Insuficiência Renal  Bexiga  Infertilidade  
 Vias Urinárias  Litíase  Próstata  Outras

**1.11 Doenças Ginecológicas ou da Mama**

- N  S  Se respondeu Sim, por favor especificar:  
 Nódulos da Mama  Endometriose  Infertilidade  Miomas  Outras  
 Prolapso Uterino

**1.12 Doenças Reumatológicas**

- N  S  Se respondeu Sim, por favor especificar:  
 Artrite Reumatoide  Espondilite Anquilosante  Lupus  Fibromialgia  Outras

**1.13 Doenças da Coluna e Articulações**

- N  S  Se respondeu Sim, por favor especificar:  
 Espondilose  Cifose  Osteoporose  Fraturas  Outras  
 Escoliose  Hérnia Discal  Gota

**1.14 Doenças da Pele**

- N  S  Se respondeu Sim, por favor especificar:  
 Dermatite  Eczemas  Psoríase  Acne  Outras

**1.15 Doenças Infeciosas**

- N  S  Se respondeu Sim, por favor especificar:  
 Tuberculose  HIV/Sida  Sífilis  Outras

**1.16 Doenças dos Olhos, Ouvidos e Nasofaringe**

- N  S  Se respondeu Sim, por favor especificar:  
 Miopia  Cataratas  Oíte  Vertigem  Outras  
 Glaucoma  Retina  Baixa de Audição  Sinusite

2. Em caso de resposta afirmativa a qualquer uma das questões anteriores, especifique por favor os seguintes elementos:

- 2.1 Qual a doença, ou doenças, e a(s) respetiva(s) data(s) de diagnóstico
- 2.2 Quais os tratamentos realizados, em ambulatório ou internamento, e as respetivas datas
- Estado Clínico Atual
- 2.3 Foi submetido(a) a alguma intervenção cirúrgica? N  S   
Em caso afirmativo especifique qual, em que ano foi realizada e se lhe foi colocada alguma prótese ou outro material cirúrgico
- 2.4 Qual o estado clínico atual
- 2.5 Faz algum tipo de tratamento médico ou medicação com regularidade? N  S   
Em caso afirmativo especifique qual
- 3 Foi vítima de algum acidente de trabalho, viação, desportivo ou outro? N  S   
Quais as respetivas consequências?
- 4 Fuma? N  S  Quantidade?  Bebe bebidas alcoólicas? N  S  Tipo de bebida?  Quantidade?
- 5 Se do sexo feminino, tem conhecimento de que está grávida? N  S   
Em caso afirmativo, qual a data prevista do parto?
- 6 Tem ou teve algum seguro de saúde? N  S  Em que Companhia?   
O seguro foi aceite com exclusões ou restrições, ou foi-lhe aplicado algum agravamento no prémio?   
Em caso de transferência deve anexar cópia das Condições Contratuais onde refira a existência ou não de restrições de aceitação (exclusões).

## ÍNDICES BIOMÉTRICOS DA PESSOA SEGURA

Altura  m Peso  Kg Tensão arterial (só para maiores de 16 anos)  mín  máx

## MÉDICO(S) ASSISTENTE(S) DA PESSOA SEGURA

Nome  Especialidade  Telm.   
Morada Consultório  Tel. Consultório   
Nome  Especialidade  Telm.   
Morada Consultório  Tel. Consultório

## OBSERVAÇÕES

## DADOS PESSOAIS E DECLARAÇÕES

### DADOS PESSOAIS

Os dados pessoais constantes neste documento serão processados e armazenados informaticamente pelo Segurador e destinam-se ao seu uso exclusivo, no âmbito das relações pré-contratuais ou decorrentes do contrato celebrado com o seu Cliente, incluindo as suas renovações. Os dados serão conservados de forma a permitir a identificação dos titulares até que tenham cessado definitivamente essas relações.

O titular terá livre acesso aos seus dados pessoais, com uma periodicidade não inferior a um ano a contar da recolha ou primeiro acesso, desde que o solicite por escrito, podendo proceder à sua retificação.

Os dados recolhidos em virtude da celebração, execução ou cessação do contrato poderão ser fornecidos às autoridades judiciais ou administrativas, desde que em cumprimento de obrigação legal a cargo do Segurador, e bem assim, sem prejuízo dos deveres e limites previstos em matéria de proteção de dados pessoais e de concorrência, e sempre sujeito ao dever de sigilo, aos prestadores de serviços do Segurador, designadamente os seus resseguradores e peritos, e ainda às entidades, nomeadamente relatórios clínicos, relatórios de internamento e resultados de exames auxiliares de diagnóstico, relativos à minha saúde que julgue necessários para analisar o risco agora proposto ou para determinar a origem, causas, evolução e consequências de qualquer sinistro que seja participado ao Segurador por mim ou pelos meus herdeiros.

### DECLARAÇÕES

Declaro que tomei conhecimento de que está excluída das garantias qualquer doença ou incapacidade física conhecida preexistente à data de realização do contrato. Autorizo irrevogavelmente o Médico designado pelo Segurador a solicitar a qualquer outro Médico ou profissional de saúde as informações e documentos, nomeadamente relatórios clínicos, relatórios de internamento e resultados de exames auxiliares de diagnóstico, relativos à minha saúde que julgue necessários para analisar o risco agora proposto ou para determinar a origem, causas, evolução e consequências de qualquer sinistro que seja participado ao Segurador por mim ou pelos meus herdeiros.

Autorizo, igualmente, de modo irrevogável, os referidos Médicos e profissionais de saúde a prestarem ao Médico designado pelo Segurador as informações e documentos por este solicitado no âmbito da autorização que agora lhe conferi.

Assinatura da Pessoa Segura (ou representante no caso de menores de 18 anos)

Data

**A - SEGURADOR**

Fidelidade - Companhia de Seguros, S.A., entidade legalmente autorizada para a exploração do seguro de saúde.

**B - PRODUTO**

Seguro de Saúde Individual Multicare – Ensino

**C - COBERTURA**

1. O contrato garante à Pessoa Segura, em caso de sinistro ocorrido durante a sua vigência, um conjunto de coberturas no domínio dos cuidados de saúde que pode integrar prestações na rede, prestações por reembolso e serviços de assistência.
2. O contrato de seguro pode garantir, nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Especiais e Particulares, as seguintes coberturas desde que contratadas:
  - 441 Internamento Hospitalar;
  - 442 Transporte de Urgência;
  - 443 Assistência Telefónica em Caso de Urgência;
  - 444 Apoio Familiar no Internamento Hospitalar;
  - 445 Cirurgia de Ambulatório em Ambiente Hospitalar;
  - 446 Parto Normal, Cesariana e Interrupção Involuntária da Gravidez;
  - 447 Ambulatório;
  - 448 Assistência Médica Domiciliária;
  - 450 Estomatologia;
  - 452 Próteses e Ortóteses;
  - 453 Medicamentos;
  - 455 Segunda Opinião - Best Doctors;
  - 462 Proteção ao Pagamento de Prémios de Seguro.
3. As coberturas efetivamente contratadas constam das Condições Particulares.

4. O Seguro de Saúde Individual Multicare – **Ensino** é comercializado em módulos de coberturas, capitais, franquias e copagamentos conforme os seguintes quadros:

a) PLANO ENSINO

Plano Ensino	Capitais	Franquias e Copagamentos	
		REDE	REEMBOLSO
<b>441 Internamento Hospitalar</b> Despesas Hospitalares Honorários Médicos Valor máximo de K	<b>35 000 €</b>	10%, mín.250 € e máx 500 €  <b>—</b>	100% 40% 6,75 €
<b>445 Cirurgia de Ambulatório em Regime Hospitalar<sup>(2)</sup></b> Despesas Hospitalares Honorários Médicos Valor máximo de K	<b>1 000 €</b>	250 €  <b>—</b>	100% 40% 6,75 €
<b>446 Parto Normal, Cesariana e Interrupção Involuntária da Gravidez<sup>(2)</sup></b> Despesas Hospitalares Honorários Médicos Valor máximo de K	<b>1 500 €</b>	250 €  <b>—</b>	100% 40% 6,75 €
<b>447 Ambulatório</b> <b>Franquia anual (Reembolso)</b> <b>Taxas moderadoras</b> <b>Consultas</b> Consultório Domiciliárias Serviço Atendimento Permanente <b>Exames Auxiliares de Diagnóstico (EADs)</b> Análises Clínicas Anatomia Patológica Raio X Ecografia TAC Ressonância Magnética Outros EADs <b>Medicina Física e de Reabilitação</b> <b>Outros Tratamentos</b>	<b>1 500 €</b>        <b>500 €</b>	10% <b>—</b> <b>—</b>  15 € <sup>(1)</sup> 25 € <sup>(1)</sup> 40 € <sup>(1)</sup>  10%, com mínimo de 1,50 € <sup>(1)</sup> 7,50 € <sup>(1)</sup> 7,50 € <sup>(1)</sup> 12,50 € <sup>(1)</sup> 27,50 € <sup>(1)</sup> 65 € <sup>(1)</sup> 10% 10% 10%	60% 50 € 0%                     
<b>450 Estomatologia</b> Franquia anual (Reembolso) Consultas e Tratamentos Próteses estomatológicas	<b>250 €</b>	  10 € <sup>(1)</sup> 30%	60% 50 €
<b>453 Medicamentos</b> Franquia por ato (Reembolso)	<b>250 €</b>	  <b>—</b>	40% 2,50 €
<b>452 Próteses e Ortóteses</b> <b>Ortóteses Oftalmológicas</b>	<b>1 000 €</b> <b>150 €</b>	  <b>—</b> 20%	40%
<b>455 Segunda opinião - Best Doctors</b>	<b>—</b>	0%	100%
<b>462 Proteção ao Pagamento dos Prémios de Seguro</b> Desemprego Involuntário Hospitalização	<b>6 meses de prémio</b>	Franquias relativas 30 dias 4 dias	

<sup>(1)</sup> Remanescente a cargo do Segurador.

<sup>(2)</sup> Capital incluído em Internamento Hospitalar.



b) PLANOS COMPLEMENTARES

Coberturas	Opção I	Opção II	Opção III	Franquias	
				Com participação prévia	Sem participação prévia
<b>441 Internamento Hospitalar</b>	15 000 €	15 000 €	15 000 €	10%	60%
<b>445 Cirurgia de Ambulatório em Ambiente Hospitalar</b> <sup>(1)</sup>	—	✓	✓	10%	60%
<b>446 Parto Normal, Cesariana e Interrupção Involuntária da Gravidez</b>	—	—	600 €	10%	60%
<b>447 Ambulatório</b>	—	500 €	500 €	—	—
<b>Medicina Física e de Reabilitação</b>		250 €	250 €	—	—
Consultas, Exames Auxiliares de Diagnóstico ou Tratamentos				0%	60%
Franquia por ato				20%	20%
<b>450 Estomatologia</b>	—	—	250 €	0%	60%
Franquia por ato				20%	20%
<b>452 Próteses e Ortóteses</b>	—	—	150 €	0%	60%
Franquia por ato				24,94 €	24,94 €
<b>453 Medicamentos</b>	—	—	250 €	0%	60%
Franquia por Receita			—	2,49 €	2,49 €

<sup>(1)</sup>Capital incluído em Ambulatório.

- O contrato não garante quaisquer despesas médicas ou medicamentosas reclamadas pelo Serviço Nacional de Saúde ou por outro qualquer seguro ou subsistema de saúde de que a Pessoa Segura seja beneficiária.
- Sem prejuízo do disposto no número anterior, e desde que a respetiva cobertura seja contratada, poderá ser garantido o reembolso das seguintes despesas médicas ou medicamentosas:
  - Taxas moderadoras;
  - Parte remanescente e não comparticipada pelas entidades referidas no número 5, não podendo, em caso algum, este valor ser superior ao montante global da despesa incorrida, ou a incorrer, pela Pessoa Segura.

**Funcionam exclusivamente em regime de Prestação na Rede as seguintes coberturas:**

- Transporte de Urgência;
- Assistência Telefónica em Caso de Urgência;
- Apoio Familiar no Internamento Hospitalar
- Ambulatório (Consultas ao Domicílio – Assistência Médica Domiciliária – e Serviço de Atendimento Permanente);
- Segunda Opinião Best Doctors.

**Funcionam exclusivamente em regime de Prestação por Reembolso (fora da rede) as seguintes coberturas:**

- Próteses e Ortóteses (exceto no Plano de Rede nas Ortóteses Oftalmológicas, para as quais é facultada a prestação na Rede de Óticas);
- Medicamentos.

Todos os restantes Serviços funcionam no regime de Prestação na Rede e regime de Prestação por Reembolso (fora da rede), conforme opção do Cliente e de acordo com as Coberturas e Garantias disponíveis.

**D - EXCLUSÕES APLICÁVEIS A TODAS AS COBERTURAS**

Salvo convenção expressa em contrário, constante das Condições Particulares ou das Condições Especiais efetivamente contratadas, ficam excluídas do âmbito da cobertura do seguro as despesas decorrentes de:

- Atos realizados por médicos e outros profissionais de saúde que sejam cônjuge, pais, filhos ou irmãos da Pessoa Segura;
- Consequências de atraso injustificado ou negligência imputáveis ao prestador de cuidados de saúde ou à Pessoa Segura no recurso a assistência médica, ou da recusa ou inobservância de tratamentos que lhe tenham sido prescritos;
- Consultas ou exames médicos que sejam necessários para a emissão de atestados, declarações, certificados ou informação de qualquer tipo de documento que não tenha fins assistenciais ou terapêuticos;
- Assistência hospitalar por razões de caráter meramente social;
- Correção de doenças ou malformações congénitas, exceto para recém-nascidos cuja pré-adesão for efetuada nos termos da alínea a) do n.º2 do Artigo 6º das Condições Gerais;
- Doenças, lesões ou deformações preexistentes à data da celebração do contrato do seguro;
- Utilização abusiva de medicamentos;
- Alcoolismo e doenças resultantes do consumo de bebidas alcoólicas;
- Utilização de estupefacientes e narcóticos quando não prescritos por médico;
- Tratamentos relacionados com a toxic 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 os resultantes da hepatite A;
- Acidentes ou doenças provenientes de tentativa de suicídio ou automutilação, de participação em apostas ou desafios, intervenção em duelos e rixas ou da prática de atos dolosos ou gravemente culposos ou ilícitos por parte da Pessoa Segura;
- Perturbações do foro da saúde mental, consequentes ou não de outra doença que careça de internamento, sessões de psicologia, psicanálise, psicoterapia, hipnose e terapia do sono.
- Disfunções sexuais, exceto em consequência de doença garantida pela apólice;
- Tratamentos e/ou cirurgia para mudança de sexo;
- Infertilidade e atos médicos praticados no âmbito da reprodução medicamentosa assistida nomeada, mas não exclusivamente, consultas, testes, tratamentos de fertilidade, métodos de fecundação artificial, fertilização in vitro ou procedimentos de transferência embrionária, bem como as consequências da aplicação dos mesmos, exceto em caso de risco de vida;
- Métodos anticoncecionais e de planeamento familiar bem como despesas efetuadas para reverter os efeitos de uma cirurgia de esterilização voluntariamente realizada;
- Interrupção voluntária da gravidez, incluindo situações clínicas dela decorrentes;
- Tratamentos e/ou cirurgia de regularização do peso;
- Tratamentos ou cirurgias do foro estético, plástico ou reconstrutivo, desde que não tenham origem em acidente coberto pelo seguro ou não decorram de doença manifestada durante a vigência do contrato que os justifiquem;
- Tratamentos de hemodiálise crónica;
- Tratamentos cirúrgicos ou laser para correção de erros de refração da visão, nomeadamente em caso de miopia, astigmatismo e hipermetropia;
- Intervenções cirúrgicas para correção da roncopatia, exceto em caso de apneia;
- Transplantes e implantes incluindo todos os atos clínicos, atos laboratoriais e materiais necessários;
- Consultas e tratamentos em áreas não reconhecidas pela Ordem dos Médicos, assim como em áreas não enquadradas na Legislação sobre Terapêuticas Não Convencionais;

27. Tratamentos experimentais ou que necessitem de comprovação médica;
28. Acidentes e doenças com cobertura em seguros obrigatórios;
29. Acidentes de trabalho, acidentes em serviço e doenças profissionais;
30. Doenças infecciosas, quando em situação de epidemia declarada pelas autoridades competentes;
31. Doenças ou sequelas resultantes de radioatividade, incluindo consequências de utilização de armas bacteriológicas e/ou de agentes químicos;
32. Acidentes emergentes de:
  - a. Participação em competições desportivas e respetivos treinos, quer como profissional quer como amador;
  - b. Prática de desportos terrestres motorizados; BTT; Artes marciais, luta e boxe; Paraquedismo, incluindo a prática de queda livre, parapente e asa delta; Saltos ou saltos invertidos com mecanismo de suspensão corporal (bungee jumping); Tauromaquia e largadas de touros ou reses; Caça de animais ferozes ou que reconhecidamente sejam considerados perigosos; Hipismo; Moto náutica e esqui aquático; Desportos náuticos praticados sobre prancha; Descida de torrentes ou correntes originadas por desníveis nos cursos de água; Mergulho; Caça submarina; Desportos praticados sobre a neve e o gelo; Alpinismo e escalada; "slide" e "rappel"; espeleologia;
  - c. Cataclismos da natureza, atos de guerra, declarada ou não, de terrorismo, de sabotagem e de perturbações da ordem pública;
33. Tratamentos de enfermagem privados e/ou prestados no domicílio, bem como a realização domiciliária de quaisquer exames ou tratamentos (incluindo a fisioterapia);
34. Tratamentos termais e estadias em termas, sanatórios, lares, residências assistidas, casas de repouso, convalescença e cuidados continuados, centros de tratamento de toxicoddependência e/ou alcoolismo e outros estabelecimentos similares;
35. Ginástica, natação, massagens e outros similares, ainda que prescritos pelo médico, exceto os que resultem de doença ou acidente enquadráveis nas garantias do contrato;
36. Despesas efetuadas por 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;
37. Despesas com deslocações e/ou alojamento;
38. Despesas com Serviços que não sejam clinicamente necessários.

## E - PERÍODOS DE CARÊNCIA

O Período de Carência é contado a partir da data de início do seguro de cada Pessoa Segura.

Em caso de acidente ou doença súbita, 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
CIRURGIA DE AMBULATÓRIO EM AMBIENTE HOSPITALAR	60
PARTO NORMAL, CESARIANA E INTERRUPÇÃO INVOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ	300
AMBULATÓRIO	60
ESTOMATOLOGIA	60
PRÓTESES E ORTÓTESES	60
MEDICAMENTOS	60
PROTEÇÃO AO PAGAMENTO DE PRÉMIO DE SEGURO	30

Nos Planos Complementares apenas se aplica período de carência na cobertura de Parto Normal, Cesariana e Interrupção Involuntária da Gravidez.

## F - ÂMBITO DAS COBERTURAS

### 1. INTERNAMENTO HOSPITALAR

#### ÂMBITO

Esta cobertura garante, nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Particulares, o pagamento de despesas efetuadas, adiante indicadas, com os atos de diagnóstico ou terapêutica, cuja realização requeira os meios e serviços específicos de ambiente hospitalar com internamento por período igual ou superior a 24 horas. Ainda que o internamento tenha duração inferior a 24 horas, está também garantido o pagamento das despesas acima referidas, quando decorrentes de cirurgia de ambulatório cuja valorização relativa seja igual ou superior a 100 K, de acordo com as valorizações estabelecidas pelo Código de Nomenclatura e Valor Relativo de Atos Médicos, publicado pela Ordem dos Médicos.

Ficam abrangidas por esta cobertura as despesas efetuadas com:

- a) Acomodação e utilização das infraestruturas necessárias para a realização dos atos médicos (diárias, bloco operatório, recobro, unidade de cuidados intensivos e equipamentos);
- 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) Cirurgias de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilo-Facial que resultem de acidente e/ou doença coberto pelo contrato;
- g) Tratamentos de Quimioterapia Citostática e Radioterapia, ainda que realizadas em Ambulatório.

#### EXCLUSÕES ESPECÍFICAS (para além das aplicáveis a todas as coberturas)

A cobertura não garante despesas:

- a) Decorrentes da realização de pequena cirurgia, qualquer que seja o período de permanência na Unidade Hospitalar;
- b) Decorrentes de Parto Normal, Cesariana e Interrupção Involuntária da Gravidez;
- c) Efetuadas por acompanhantes da Pessoa Segura, exceto em caso de internamento hospitalar de menores até aos catorze anos de idade ou de cidadãos portadores de deficiência congénita ou adquirida;
- d) Despesas de natureza particular.

### 2. TRANSPORTE DE URGÊNCIA

#### ÂMBITO

Esta cobertura confere à Pessoa Segura, sempre que o seu estado de saúde o justifique, o direito a:

- a) Transporte de urgência em ambulância até à unidade hospitalar mais próxima;
- b) Vigilância por parte de equipa médica do Segurador, em colaboração com o Médico Assistente da Pessoa Segura, para determinação das medidas convenientes ao melhor tratamento a seguir e do meio mais adequado a utilizar, numa eventual transferência para outra unidade hospitalar mais apropriada ou até ao seu domicílio;
- c) Transporte desde a unidade hospitalar em que se encontra internada para outra unidade hospitalar que lhe seja indicada, nos termos da alínea anterior;
- d) Transporte de regresso ao seu domicílio habitual, após alta médica.

### 3. ASSISTÊNCIA TELEFÓNICA EM CASO DE URGÊNCIA

#### ÂMBITO

Esta cobertura garante à Pessoa Segura a possibilidade de, em caso de urgência, contactar o serviço de apoio médico telefónico, através do Serviço de Apoio ao Cliente Multicare, que prestará apoio e aconselhamento tendo em vista a adoção de medidas que visem a melhoria da sua saúde, podendo acionar os meios de socorro disponíveis e indicados para tais situações.

O aconselhamento e apoio médico concedido ao abrigo desta cobertura, visa a identificação dos sintomas que a Pessoa Segura comunicar telefonicamente ao Serviço de Apoio ao Cliente Multicare, cabendo ao serviço de apoio médico sugerir a utilização dos meios mais adequados ao tipo de situação comunicada, com indicação da eventualidade de a mesma carecer de cuidados médicos 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.

#### EXCLUSÕES ESPECÍFICAS (para além das aplicáveis a todas as coberturas)

Esta cobertura não garante:

- Eventuais danos por atrasos ou dificuldades no acesso ao Serviço de Apoio ao Cliente Multicare, em consequência de anomalias nas redes de telecomunicações;
- Eventuais consequências de atraso ou negligência imputáveis à Pessoa Segura no recurso à assistência médica, bem como as consequências de informação deficiente, incorreta ou inexacta 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 de Apoio ao Cliente Multicare.

### 4. APOIO FAMILIAR NO INTERNAMENTO HOSPITALAR

#### ÂMBITO

Esta cobertura garante, nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Particulares, o pagamento das despesas relativas a dormida, efetuadas por um acompanhante da Pessoa Segura em Internamento Hospitalar de menores até aos catorze anos de idade ou de cidadãos portadores de deficiência congénita ou adquirida, garantido por uma das seguintes Condições Especiais: "441 Internamento Hospitalar" ou "458 Doenças Graves Internamento Hospitalar - Portugal". Esta Garantia tem como limite máximo três dormidas, por sinistro e por anuidade.

### 5. CIRURGIA DE AMBULATÓRIO EM AMBIENTE HOSPITALAR

#### ÂMBITO

Esta cobertura garante, nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Particulares, o pagamento de despesas, adiante indicadas, efetuadas com os atos de diagnóstico ou terapêutica, cuja realização requeira os meios e serviços específicos de ambiente hospitalar, quando decorrentes de atos médicos cuja valorização relativa seja inferior a 100 K, de acordo com as valorizações estabelecidas pelo Código de Nomenclatura e Valor Relativo de Atos Médicos, publicado pela Ordem dos Médicos.

Ficam abrangidas por esta cobertura as despesas efetuadas com:

- Acomodação e utilização das infraestruturas necessárias para a realização dos atos médicos (diárias, bloco operatório, recobro e equipamentos);
- Honorários médicos e de enfermagem, relacionados com a assistência prestada;
- Medicamentos, materiais e todos os produtos associados aos cuidados prestados;
- Exames auxiliares de diagnóstico, associados aos referidos atos médicos;
- Material de osteossíntese e próteses intracirúrgicas.

#### EXCLUSÕES ESPECÍFICAS (para além das aplicáveis a todas as coberturas)

Esta cobertura não garante despesas de natureza particular.

### 6. PARTO NORMAL, CESARIANA E INTERRUÇÃO INVOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ

#### ÂMBITO

Esta cobertura garante, nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Particulares, o pagamento das despesas efetuadas com os atos de diagnóstico ou terapêutica, inerentes a Parto Normal, Cesariana e Interrupção Involuntária da Gravidez, que requeiram os meios e serviços específicos de ambiente hospitalar.

Ficam abrangidas por esta cobertura as despesas efetuadas com:

- Acomodação e utilização das infraestruturas necessárias para a realização dos atos médicos (diárias, bloco operatório, recobro e equipamentos);
- Honorários médicos e de enfermagem relacionados com a assistência prestada;
- Materiais e todos os produtos associados aos cuidados prestados;
- Exames auxiliares de diagnóstico da Pessoa Segura efetuados durante o período de internamento;
- Medicamentos ministrados à Pessoa Segura durante o internamento hospitalar.

As despesas necessárias para com o recém-nascido, após alta da mãe, só ficam garantidas se o Tomador do Seguro solicitar ao Segurador a pré-adesão até ao 6º mês de gravidez, complementada com uma adesão definitiva até 30 dias após o respetivo nascimento. Neste caso, aceite a inclusão do recém-nascido como Pessoa Segura, será devido o correspondente prémio a partir do seu nascimento.

#### EXCLUSÕES ESPECÍFICAS (para além das aplicáveis a todas as coberturas)

Esta cobertura não garante:

- Despesas de natureza particular;
- Despesas com acompanhantes.

### 7. AMBULATÓRIO

#### ÂMBITO

Esta cobertura garante, nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Particulares, o pagamento de despesas efetuadas com os atos de diagnóstico ou terapêutica, que não requeiram os meios e serviços específicos de ambiente hospitalar, mesmo que nele sejam realizados.

Ficam abrangidas por esta cobertura as despesas efetuadas com:

- Honorários de consultas médicas;
- Honorários médicos e de enfermagem relativos a outros atos médicos realizados em regime Ambulatório, incluindo a Pequena Cirurgia;
- Materiais e produtos associados aos atos médicos realizados em regime Ambulatório;
- Exames Auxiliares de Diagnóstico;
- Tratamentos do foro da Medicina Física e de Reabilitação, incluindo terapia da fala, desde que prescritos por médico.

#### **EXCLUSÕES ESPECÍFICAS (para além das aplicáveis a todas as coberturas)**

Esta cobertura não garante:

- Despesas decorrentes de cirurgia realizada em ambiente hospitalar, conforme definido nas Condições Especiais 441 e 445;
- Consultas, tratamentos, cirurgia e próteses e ortóteses do foro estomatológico;
- Exercícios de Ortóptica, exceto se prescrito por médico da especialidade;
- Próteses e Ortóteses;
- Medicamentos.

#### **EXTENSÃO DE COBERTURA**

Ficam garantidas consultas de Psiquiatria, limitadas a 4 por anuidade.

### **8. ASSISTÊNCIA MÉDICA DOMICILIÁRIA**

#### **ÂMBITO**

Esta cobertura garante, sempre que o estado de saúde da Pessoa Segura o justifique e nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Particulares, o serviço de assistência médica a realizar no domicílio da Pessoa Segura.

### **9. ESTOMATOLOGIA**

#### **ÂMBITO**

Esta cobertura garante, nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Particulares, o pagamento de despesas efetuadas com os atos de diagnóstico ou terapêutica, do foro estomatológico.

Ficam abrangidas por esta cobertura as despesas efetuadas com:

- Honorários médicos;
- Exames auxiliares de diagnóstico;
- Próteses estomatológicas, excetuando próteses sobre implantes;
- Materiais e todos os produtos associados aos atos médicos realizados;
- Acomodação e utilização das infraestruturas necessárias para a realização dos atos médicos realizados em ambiente hospitalar (diárias, bloco operatório, recobro e equipamentos);
- Medicamentos ministrados durante o Internamento Hospitalar.

#### **EXCLUSÕES ESPECÍFICAS (para além das aplicáveis a todas as coberturas)**

Esta cobertura não garante:

- Tratamentos efetuados com utilização de metais preciosos;
- Reabilitação de dentes em falta ou reabilitados com prótese à data da celebração do contrato;
- Implantes do foro estomatológico, 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).

A primeira consulta desta especialidade efetuada na Rede Médica inclui um registo da situação clínica por cada Pessoa Segura, resultando do mesmo a elaboração de uma ficha de observação para arquivo do Segurador.

### **10. PRÓTESES E ORTÓTESES**

#### **ÂMBITO**

Esta cobertura garante, nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Particulares, o pagamento de despesas efetuadas com Próteses ou Ortóteses, desde que prescritas por um Médico da especialidade, Optometrista ou Técnico de Ortóptica.

#### **EXCLUSÕES ESPECÍFICAS (para além das aplicáveis a todas as coberturas)**

Esta cobertura não garante:

- Próteses do foro estomatológico;
- Testes optométricos;
- Cintas medicinais, meias elásticas e colchões ortopédicos;
- Aquisição ou aluguer de equipamentos;
- Calçado ortopédico;
- Aquisição isolada de aros oculares;
- Extravio, furto, roubo ou quebra de ortóteses oculares.

Relativamente a ortóteses de foro oftalmológico, as despesas garantidas pela presente cobertura, são aceites pelo Segurador mediante a aplicação dos procedimentos a seguir indicados:

- Na primeira apresentação de despesa de lentes, a mesma só será comparticipada quando acompanhada da respetiva prescrição efetuada por Médico, Optometrista ou Técnico de Ortóptica. Nas apresentações seguintes, a comparticipação de despesas só será efetuada quando se verificar a existência de alteração da correção relativamente à prescrição anterior;
- Os aros oculares só são comparticipáveis quando adquiridos em conjunto com as lentes oculares, desde que estas sejam também comparticipáveis;
- Considera-se como vida útil para os aros e lentes o prazo de três anos, findo o qual estes passam a ser comparticipáveis, mesmo que não se verifique a existência de alteração da correção relativamente à prescrição anterior. Este prazo de vida útil não é aplicável a lentes de contacto descartáveis;
- No caso de menores de 16 anos, os aros e lentes poderão ser comparticipáveis sem que se verifique a referida alteração, desde que na prescrição médica seja explícita a necessidade de trocar de óculos em consequência do seu crescimento;
- Não serão nunca consideradas as situações de furto, roubo, extravio ou quebra de óculos ou lentes, exceto quando consequente de acidente garantido pelo contrato, desde que a respetiva participação de sinistro seja acompanhada de documento comprovativo das lesões físicas provocadas na Pessoa Segura, elaborado pelo Médico, ou unidade hospitalar que prestou assistência.

#### **REDE DE ÓTICAS**

No Plano de Rede é garantido à Pessoa Segura o direito de acesso à Rede de Óticas, nas despesas efetuadas no âmbito dos modelos contratados para Aros e Lentes, suportando a Pessoa Segura o copagamento nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Particulares ou no Certificado Individual de Seguro.

## 11. MEDICAMENTOS

### ÂMBITO

Esta cobertura garante o pagamento de despesas efetuadas com medicamentos, que como tal se encontrem classificados pela autoridade competente do Ministério da Saúde previamente participados pelo Serviço Nacional de Saúde e/ou outro Subsistema ou Seguro de Saúde, e desde que dispensados com receita médica, para tratamento de doença ou acidente que tenham cobertura na apólice, nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Particulares ou no Certificado Individual de Seguro.

### EXCLUSÕES ESPECÍFICAS (para além das aplicáveis a todas as coberturas)

Esta cobertura não garante:

- Champôs, sabonetes, pastas medicinais e similares;
- Produtos de estética, cosmética e higiene;
- Produtos dietéticos, homeopáticos ou manipulados;
- Anticoncecionais e dispositivos intrauterinos;
- Vacinas, com exceção das do foro alergológico;
- Alimentação infantil;
- Artigos sanitários e antissépticos;
- Material de penso;
- Produtos para tratamento da obesidade.

## 12. SEGUNDA OPINIÃO - BEST DOCTORS

### ÂMBITO

Esta cobertura garante, nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Particulares, o acesso aos serviços de Segunda Opinião Médica, prestados no âmbito da Rede Best Doctors e consubstanciados na análise da condição clínica da Pessoa Segura, por forma a permitir a definição do respetivo diagnóstico e indicação dos cuidados médicos mais adequados. Para efeitos desta cobertura, consideram-se enquadradas as seguintes doenças ou condições clínicas:

- SIDA;
- Afasia;
- Doença de Alzheimer;
- Esclerose Múltipla;
- Cegueira;
- Transplante de órgãos;
- Tumor Cerebral Benigno;
- Tumores Malignos;
- Doença Motora Neurológica;
- Doença Cardiovascular;
- Doença de Parkinson;
- Coma;
- Paralisia;
- Surdez;
- Queimaduras Graves;
- Insuficiência Renal.

A prestação dos serviços integrados nesta cobertura realiza-se fora do território nacional, sendo da exclusiva responsabilidade dos profissionais de saúde pertencentes à Rede Best Doctors.

### EXCLUSÕES ESPECÍFICAS (para além das aplicáveis a todas as coberturas)

Esta cobertura não garante quaisquer atos médicos adicionais à prestação dos serviços de Segunda Opinião médica, ainda que destes resulte uma recomendação nesse sentido.

## 13. PROTEÇÃO AO PAGAMENTO DE PRÉMIOS DE SEGURO

### ÂMBITO

Esta cobertura garante, nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Particulares, o pagamento do prémio ou fração de prémio devido pelo Tomador do Seguro, para o conjunto das pessoas seguras, em situações imprevisíveis que afetem o seu nível de rendimentos e resultem de:

- Morte do Tomador ou do seu cônjuge – ou de quem com ele viva em condições análogas às de cônjuge –;
- Invalidez Absoluta e Definitiva do Tomador ou do seu cônjuge – ou de quem com ele viva em condições análogas às de cônjuge –;
- Desemprego Involuntário do Tomador ou do seu cônjuge – ou de quem com ele viva em condições análogas às de cônjuge – por:
  - despedimento coletivo;
  - despedimento por extinção de postos de trabalho justificada por motivos económicos ou de mercado, tecnológicos ou estruturais, relativos à entidade empregadora;
  - despedimento promovido unilateralmente pela entidade empregadora sem invocação de justa causa;
  - despedimento promovido unilateralmente pelo trabalhador com invocação de justa causa;
- Internamento Hospitalar do Tomador ou do seu cônjuge – ou de quem com ele viva em condições análogas às de cônjuge –, só para trabalhadores por conta própria.

### EXCLUSÕES

Esta cobertura não garante as situações abaixo descritas (por cobertura).

- Morte ou Invalidez Absoluta e Definitiva que resultem direta ou indiretamente de:
  - 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;
  - Levantamento militar ou ato do poder militar legítimo ou usurpado;
  - 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;
  - Greves, tumultos ou alterações da ordem pública;
  - Atos de terrorismo, vandalismo, maliciosos ou de sabotagem;
  - Tremores de terra, terremotos, erupções vulcânicas, maremotos, assim como deslizamento, derrocadas ou afundamentos de terrenos e outros fenómenos geológicos e, bem assim, qualquer acontecimento catastrófico relacionado com as forças inevitáveis da natureza;
  - Atos ou omissões dolosos do Tomador do Seguro ou da Pessoa Segura, ou de pessoas por quem sejam civilmente responsáveis;
  - Suicídio;
  - Doenças, lesões ou deformações preexistentes à data do início de vigência da presente cobertura no contrato do seguro;
  - Alcoolismo (tanto em processos agudos como crónicos), de toxicomania ou de uso de estupefacientes ou outras drogas não prescritas por Médico.
- Desemprego Involuntário que resulte direta ou indiretamente de:
  - Caducidade do contrato de trabalho por a Pessoa Segura ter atingido a reforma ou pré reforma;
  - Revogação do contrato de trabalho por acordo das partes;
  - Resolução do contrato de trabalho pelo trabalhador, sem justa causa;
  - Denúncia do contrato de trabalho, no período experimental;

- e) Trabalhadores no estrangeiro com contratos de trabalho não vinculados à legislação portuguesa;
  - f) Despedimento com justa causa;
  - g) Caducidade de contrato de trabalho a termo;
  - h) Desemprego resultante de atividade sazonal.
- 3 Internamento Hospitalar que resulte direta ou indiretamente de:
- a) Rixas ou ferimentos autoinfligidos intencionalmente pela Pessoa Segura;
  - b) Uso de álcool ou drogas não prescritas clinicamente;
  - c) Parto, gravidez ou interrupção de gravidez;
  - d) Dores nas costas ou lombalgias;
  - e) Psicopatologias de qualquer natureza;
  - f) Todas as patologias sem comprovação clínica;
  - g) Tratamentos de estética e cosmética (exceto se resultante de doença ou acidente).

#### Designação Beneficiária

O Segurador é o beneficiário irrevogável desta garantia, não podendo o Tomador ou o seu cônjuge – ou de quem com ele viva em condições análogas às de cônjuge – revogar ou alterar a presente designação beneficiária. Para as coberturas de Morte e Invalidez Absoluta e Definitiva, no montante do capital que exceder o valor correspondente a seis meses de prémio, em caso de falta de designação de beneficiário pela Pessoa Segura serão beneficiários os seus herdeiros legais.

## G - DURAÇÃO, RENOVAÇÃO E DENÚNCIA DO CONTRATO

O contrato pode ser celebrado por um período de tempo 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 - 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, 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 determina a cessação do contrato, extinguindo todas as obrigações dele decorrentes, com efeitos a partir da celebração do mesmo, tendo o segurador direito:
  - a) Ao valor do prémio calculado pro rata temporis, 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 sempre que esse valor seja imputado contratualmente ao Tomador do Seguro.

## I - DECLARAÇÃO INICIAL DO RISCO

1. O Tomador do Seguro e a Pessoa Segura estão obrigados, antes da celebração do contrato, 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 nº 1 é igualmente aplicável a circunstâncias cuja menção não seja solicitada em questionário fornecido pelo Segurador.
3. Em caso de incumprimento doloso do disposto no nº 1, o contrato é anulável, nos termos e com as consequências previstas na lei.
4. Em caso de incumprimento com negligência do disposto no nº 1, o Segurador pode optar pela cessação ou alteração do contrato, nos termos e com as consequências previstas na lei.

## J - 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 varia em função da idade.
2. Quando acordado entre o Segurador e o Tomador do Seguro, o prémio poderá ser pago fracionadamente, com uma periodicidade mensal, trimestral ou semestral.
3. O prémio ou fração inicial é devido na data da celebração do contrato, pelo que a eficácia deste depende do pagamento respetivo.
4. Os prémios ou frações seguintes são devidos na data indicada no aviso para pagamento respetivo.
5. Nos termos da lei, na falta de pagamento do prémio ou fração inicial o contrato considera-se resolvido desde o início, não produzindo quaisquer efeitos.
6. Nos termos da lei, o Segurador avisará o Tomador do Seguro, por escrito, até 30 dias antes da data em que os prémios ou frações seguintes são devidos. Se, porém, tiver sido acordado o pagamento do prémio em frações com periodicidade inferior à trimestral, o Segurador pode optar por não enviar o referido aviso, fazendo, nesse caso, constar de documento contratual as datas de vencimento das frações, os seus montantes e as consequências da falta de pagamento.
7. A falta de pagamento do prémio de uma anuidade subsequente ou da 1ª fração deste na data em que é devido, impede a prorrogação do contrato, pelo que este não se renovará. A falta de pagamento de qualquer outra fração do prémio na data em que é devida, determina a resolução automática e imediata do contrato nessa mesma data.
7. A falta de pagamento, na data indicada no aviso, de um prémio adicional, desde que este decorra de um pedido do Tomador do Seguro para alteração da garantia que não implique agravamento do risco, determinará que a alteração fique sem efeito, mantendo-se as condições contratuais em vigor anteriormente àquele pedido, a menos que a subsistência do contrato se revele impossível, caso em que se considera resolvido na data do vencimento do prémio não pago.
8. As disposições dos números anteriores são aplicáveis ao pagamento dos prémios ou frações devidos por cada um dos aderentes ao seguro de grupo, quando este seguro seja contributivo e o Tomador do Seguro e o Segurador hajam estabelecido que o respetivo pagamento seja efetuado ao Segurador pelo aderente.

## K - 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, até ao limite contratado, em cada período de vigência do contrato.
3. Salvo convenção em contrário, nas situações de acerto de vencimento, os valores garantidos são proporcionais ao tempo em risco.

## L - 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.

O candidato a Pessoa Segura será chamado a prestar esse consentimento, aquando da subscrição/adesão ao contrato, de forma a prevenir eventuais situações de litígio em caso de regularização de sinistro.

A recusa de consentimento nos termos e para os efeitos acima referidos poderá determinar, no caso de existirem indícios que evidenciem ter havido omissões ou inexatidões aquando da declaração do risco e ou da participação do sinistro, que o Segurador fique impossibilitado de proceder, enquanto não forem prestadas as informações por ele requeridas, à regularização de sinistro que vier a ser participado ao abrigo do contrato de seguro.

## M - 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 à arbitragem.

A informação geral relativa à gestão de reclamações encontra-se disponível em [www.fidelidade.pt](http://www.fidelidade.pt).

## N - AUTORIDADE DE SUPERVISÃO

Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões.

## O - LEI APLICÁVEL

O Segurador propõe a aplicação da lei portuguesa ao contrato. As partes podem, no entanto, acordar expressamente aplicar lei diferente da lei portuguesa, desde que motivadas por um interesse sério e a lei escolhida esteja em conexão com algum dos elementos do contrato.

**Esta informação não dispensa a leitura atenta das Condições Gerais, Especiais e Particulares do contrato.**