

# Seguro de Saúde Individual Multicare Proteção Extra Individual Health Insurance Multicare Extra Protection Informações Pré-Contratuais Precontractual Information A entregar ao Tomador do Seguro To be submitted to the Policyholder

NONCOMMITTAL TRANSLATION. THIS FREE TRANSLATION INTO THE ENGLISH LANGUAGE IS INTENDED ONLY FOR SUPPORTING PURPOSES. THE ONLY BINDING WORDING IS THE ONE IN THE PORTUGUESE LANGUAGE.

## 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](http://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 Proteção Extra.

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

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

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

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

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

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

## C - COBERTURA

1. O contrato garante à Pessoa Segura, em caso de Doença manifestada ou Acidente ocorrido durante a sua vigência, um conjunto de coberturas no domínio da saúde que pode integrar Prestações na Rede e Prestações por Reembolso.
2. O contrato de seguro pode garantir, nos termos e limites mencionados na Apólice, as seguintes coberturas, desde que contratadas:
  1. Internamento Hospitalar, incluindo Parto, mesmo que este não esteja contratado na Apólice Base;
  2. Doenças Graves.
3. As coberturas contratadas constam das Condições Particulares e no Certificado Individual de Seguro.

## A - INSURER

Fidelidade - Companhia de Seguros, S.A., ("Insurer") is an insurance company registered with the Insurance and Pension Funds Supervisory Authority, under number 1011, the registration details of which can be found at [www.asf.com.pt](http://www.asf.com.pt).

The Insurer does not provide advice for the purposes set out in the legal framework for the distribution of insurance and reinsurance, without prejudice to providing the contractual and pre-contractual information that is mandatory by law and any clarifications that are requested in order for the potential customer to make an informed decision.

The sale of this product by the Insurer's employees does not give rise to any direct remuneration to them, but may be reflected globally in an annual productivity bonus.

## B - PRODUCT / TARGET-MARKET

**Product:** Individual Health Insurance Multicare Extra Protection.

**Target:** For customers who are an Insured Person and Policyholder in a Multicare Group Policy (SME or Tailor Made) Basic Policy, and the members of their Household, when these are also Insured Persons in the same Basic Policy, who wish to increase the Capital of the Hospitalisation cover and, optionally, take out the Serious Illnesses cover.

**This insurance is not intended for customers who do not have Multicare SME or Tailor Made Health Insurance.**

**Conditions for Subscribing, Inclusion as an Insured Person and Termination of Guarantees:**

- The age limit for inclusion as an Insured Person is 65 years of age;
- Being included as an Insured Person in the Basic Policy;

**The Serious Illnesses cover terminates at the end of the year in which the Insured Person reaches 70 years of age. The Hospitalisation guarantee remains active with no upper age limit, unless an age limit is set out in the Basic Policy, in which case that same age limit will apply to this contract.**

**As a necessary condition for this contract, the Basic Policy must remain in force for the Insured Person and their Household Members, with a minimum Capital for Hospitalisation of € 20,000. If the Basic Policy is no longer in force, for any reason, or if there is a change to the Capital for Hospitalisation so that it falls below the minimum, this insurance will automatically expire.**

## C - COVERAGES

1. The contract provides the Insured Person, in the event of an Illness that appears or an Accident that occurs during its validity period, with a range of covers in the area of health care which may include Provisions within the Network and Reimbursable Provisions.
2. The insurance contract may provide the following covers, in the terms and with the limits mentioned in the Policy, provided these are contractually agreed:
  1. Hospitalisation, including Childbirth, even if the latter is not contracted in the Basic Policy;
  2. Serious Illnesses.
3. The covers contractually agreed are set out in the Specific Conditions and in the Individual Certificate of Insurance.

4. O Seguro de Saúde Individual Multicare Proteção Extra é comercializado em módulos de coberturas, Capitais, Franquias e Copagamentos nos seguintes termos: The Individual Health Insurance Multicare Extra Protection is sold with the covers, Capitals, Deductibles and Co-payments in the following terms:

COBERTURAS COVERS	CAPITAIS <sup>1</sup> CAPITALS	VALORES A CARGO DA PESSOA SEGURA AMOUNTS PAYABLE BY THE INSURED PERSON	
		NA MODALIDADE DE REDE NETWORK	NA MODALIDADE DE REEMBOLSO REIMBURSEMENT
<b>INTERNAMENTO HOSPITALAR HOSPITALISATION</b>  PARTO CHILDBIRTH  CIRURGIA EM AMBIENTE HOSPITALAR SEM INTERNAMENTO (INFERIOR A 100 K) OUT-PATIENT SURGERY IN A HOSPITAL ENVIRONMENT (LESS THAN 100 K)	250.000 €, APÓS ESGOTAR O CAPITAL DA APÓLICE BASE € 250,000, AFTER THE BASIC POLICY CAPITAL HAS BEEN USED UP  ✓  ✓	FRANQUIA ANUAL: CAPITAL DA APÓLICE BASE, COM O MÍNIMO DE 20.000,00€ ANNUAL DEDUCTIBLE: BASIC POLICY CAPITAL, WITH A MINIMUM OF € 20,000.00  10%, COM MÍN. DE 250€ E MÁX. DE 500€ 10%, WITH MIN. OF €250 AND MAX. OF € 500  500 € <sup>3</sup>  10%, COM MÍN. DE 250€ E MÁX. DE 500€ 10%, WITH MIN. OF €250 AND MAX OF €500	60%, <sup>2</sup> HONORÁRIOS MÉDICOS LIMITADOS AO VALOR MÁXIMO DE K DE 6,75€ 60%, <sup>2</sup> DOCTORS' FEES LIMITED TO A MAXIMUM K VALUE OF € 6.75
<b>DOENÇAS GRAVES - OPCIONAL SERIOUS ILLNESSES - OPTIONAL</b>  DESPESAS COM VIAGEM DE AVIÃO AIR TRAVEL EXPENSES  DESPESAS COM ESTADIA ACCOMMODATION EXPENSES  REPATRIAMENTO REPATRIATION	1.000.000 €  3.000 €  4.000 €  10.000 €	0 €	EXCLUSIVO DE REDE EXCLUSIVE TO THE NETWORK

<sup>1</sup> NO 1.º ANO SERÁ FEITO ACERTO DE VENCIMENTO, PARA ESTE COINCIDIR COM O DA APÓLICE BASE, SENDO OS CAPITAIS SEGUROS CALCULADOS PROPORCIONALMENTE AO PERÍODO DE VIGÊNCIA (PRO RATA TEMPORIS).  
IN THE 1ST YEAR, THE MATURITY DATE WILL BE ADAPTED TO COINCIDE WITH THAT OF THE BASIC POLICY, AND THE SUMS INSURED WILL BE CALCULATED IN PROPORTION TO THE VALIDITY PERIOD (PRO RATA TEMPORIS).

<sup>2</sup> ATOS QUE CARECEM DE AMBIENTE HOSPITALAR: SE O MÉDICO NÃO PERTENCER À REDE MULTICARE, TODAS AS DESPESAS GARANTIDAS POR ESTAS COBERTURAS SERÃO CONSIDERADAS NO REGIME DE PRESTAÇÕES POR REEMBOLSO, AINDA QUE OCORRAM EM UNIDADE DE SAÚDE DA REDE.  
ACTS REQUIRING A HOSPITAL ENVIRONMENT: IF THE DOCTOR DOES NOT BELONG TO THE MULTICARE NETWORK, ALL EXPENSES GUARANTEED FOR THESE COVERS WILL BE CONSIDERED UNDER THE REIMBURSABLE PROVISIONS FORMAT, EVEN IF THEY OCCUR IN A HEALTH UNIT IN THE NETWORK.

<sup>3</sup> FRANQUIA ANUAL  
ANNUAL DEDUCTIBLE

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 comparticipadas pelo Serviço Nacional de Saúde ou por qualquer outro seguro ou subsistema de saúde.

As garantias deste contrato podem ser utilizadas nas modalidades de Prestação na Rede e Prestação por Reembolso. As modalidades contratadas constam da Apólice. A modalidade de Prestação na Rede só é possível quando o ato está contratado com o Prestador.

A utilização na modalidade de Prestação na Rede pode necessitar de autorização prévia, conforme definido em cada cobertura.

5. The contract does not guarantee any expenses claimed by the National Health Service or by any other insurance or health sub-system.

6. However, and provided this is expressly mentioned in the Policy, the following expenses may be guaranteed:

- User fees;
- The Insured Person's share of expenses previously paid in part by the National Health Service or any other insurance or health sub-system.

The guarantees of this contract may be used in the Provisions within the Network and Reimbursable Provisions options. The options contracted are contained in the Policy. The Provisions within the Network option is only possible when the act is contracted with the Provider.

When the Provisions within the Network option is used, pre-authorisation may be necessary, as detailed in each cover.

## D - EXCLUSÕES APLICÁVEIS A TODAS AS COBERTURAS

Salvo convenção expressa em contrário na Apólice, ficam excluídas do âmbito da cobertura do seguro as despesas decorrentes de:

- Serviços prestados por Médicos e outros profissionais de saúde que sejam cônjuge, pais, filhos ou irmãos da Pessoa Segura, bem como pela Pessoa Segura a si própria;
- 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;

## D - EXCLUSIONS APPLICABLE TO ALL COVERAGES

Unless expressly agreed otherwise in the Policy, expenses resulting from the following are excluded from the scope of the insurance cover:

- Services provided by Doctors and other health professionals who are the spouse, parents, children or siblings of the Insured Person, or by the Insured Person on him/herself;
- Consequences of an unjustified delay or negligence attributable to the health care provider or to the Insured Person when having recourse to medical assistance or when failing to follow the prescribed treatments;
- Consults or medical tests which are necessary for the issue of testimonials, statements, certificates or any type of document which is not for treatment purposes;
- Hospital attendance for reasons of a merely social nature;
- Correction of Congenital Illnesses or Malformations, except in the case of new-borns whose inclusion occurred in line with Clause 9 (2) a) of the General Conditions;
- Illnesses, injuries or deformities existing prior to the date the insurance contract was entered into;
- Misuse of medication, including the consequences of this;
- Alcoholism and illnesses resulting from the consumption of alcoholic beverages;

9. Utilização de estupefacientes e narcóticos quando não prescritos por Médico, incluindo as respetivas consequências;
10. Tratamentos relacionados com a toxicod dependência;
11. Patologias ou tratamentos relacionados, direta ou indiretamente, com infeção por vírus de imunodeficiência humana (HIV);
12. Tratamentos relacionados, direta ou indiretamente, com infeção por vírus da hepatite, excetuando a hepatite A;
13. Acidentes ou Doenças provenientes de tentativa de suicídio ou automutilação, de participação em apostas ou desafios, de intervenção em duelos e rixas ou da prática de atos dolosos ou gravemente culposos ou ilícitos por parte da Pessoa Segura;
14. Tratamentos de perturbações do foro da saúde mental, consequentes ou não de outra Doença ou de Acidente;
15. Sessões de psicologia, psicanálise, psicoterapia, psicomotricidade, hipnose e terapia do sono, qualquer que seja o diagnóstico;
16. Disfunções sexuais, exceto em consequência de Doença garantida pela Apólice;
17. Tratamentos e cirurgia para mudança de sexo e respetivas consequências;
18. Todos os atos médicos realizados no âmbito da infertilidade e reprodução medicamente assistida, incluindo consultas, meios complementares de diagnóstico e terapêutica, testes, tratamentos de infertilidade, métodos de fecundação artificial, fertilização in vitro ou procedimentos de transferência embrionária, bem como as consequências da aplicação dos mesmos;
19. Planeamento familiar e métodos anticoncepcionais, cirúrgicos e não cirúrgicos, incluindo possíveis complicações e despesas efetuadas para reverter os efeitos de uma cirurgia de esterilização voluntariamente realizada;
20. Interrupção voluntária da gravidez e respetivas consequências;
21. Consultas, tratamentos e cirurgia de regularização do peso, assim como situações clínicas destes decorrentes, qualquer que seja o diagnóstico que origine a indicação para estas intervenções terapêuticas, nomeada, mas não exclusivamente, a obesidade, qualquer que seja a sua classificação, síndrome metabólico ou patologias associadas a transtornos alimentares;
22. Tratamentos e cirurgias do foro estético, plástico ou reconstrutivo, bem como as respetivas consequências, exceto quando tenham origem em Acidente coberto pelo seguro ou decorram de Doença manifestada durante a vigência do contrato;
23. Hemodiálise para tratamento de patologia crónica;
24. Tratamentos cirúrgicos ou laser para correção de erros de refração da visão, incluindo miopia, astigmatismo e hipermetropia, bem como as suas consequências;
25. Intervenções cirúrgicas para correção da roncopatia, exceto em caso de apneia;
26. Transplantes e Implantes e respetivas consequências, incluindo todos os atos clínicos, atos laboratoriais e materiais necessários;
27. Consultas e tratamentos em áreas não reconhecidas pela Ordem dos Médicos ou não enquadradas na Legislação sobre Terapêuticas Não Convencionais;
28. Tratamentos experimentais, atos e testes que necessitem de comprovação médica;
29. Acidentes e Doenças que tenham ou devam ter cobertura em seguros obrigatórios, até aos limites garantidos pelos mesmos;
30. Acidentes em serviço e Doenças profissionais, até aos limites garantidos pelo Estado;
31. Doenças em situação de epidemia ou pandemia declarada pelas autoridades competentes;
32. Doenças ou sequelas resultantes de radioatividade não terapêutica, incluindo consequências de utilização de armas bacteriológicas ou de agentes químicos;
33. Acidentes emergentes de:
  - a. Participação em competições desportivas e respetivos treinos, quer como profissional quer como amador;
  - b. Prática de desportos perigosos ou radicais, tais como: desportos terrestres motorizados; BTT; Paraquedismo, incluindo a prática de queda livre, parapente, asa delta, voo utilizando fatos planadores, com ou sem paraquedas (wingsuit); Saltos ou saltos invertidos com mecanismo de suspensão corporal (bungee jumping), salto de penhascos, rochedos, montanhas, precipícios, prédios, torres, antenas, barragens, pontes ou outras plataformas físicas, com ou sem paraquedas (base jumping); Motonáutica, esqui aquático e quaisquer desportos aquáticos em que o praticante é impulsionado por meio motorizado, paraquedas ou papagaio (kitesurf); Desportos náuticos praticados sobre prancha; Descida de torrentes ou correntes originadas por desníveis nos cursos de água; Prática desportiva de mergulho; Caça submarina; Desportos praticados sobre a neve e o gelo; Alpinismo, alta montanha, escalada, corrida em penhascos, serra ou montanha (skyrunning, coast running); Slide e rappel; Outros desportos de perigosidade análoga; Artes marciais, luta e boxe; Tauromaquia e largadas de touros ou reses;
9. Use of drugs and narcotics when not prescribed by a doctor, including the consequences of this;
10. Treatments related with drug addiction;
11. Pathologies or treatments related, directly or indirectly, with infection with the human immunodeficiency virus (HIV);
12. Treatments related, directly or indirectly, with infection with the hepatitis virus, except for Hepatitis A;
13. Accidents or Illnesses resulting from a suicide attempt or self-mutilation, participation in bets or challenges, participation in duels and brawls or the Insured Person's engagement in wilful or grossly negligent acts or illegal acts;
14. Treatment for mental health disorders, whether or not these are the result of another Illness or of an Accident;
15. Psychology, psychoanalysis, psychotherapy, psychomotricity, hypnosis and sleep therapy sessions, regardless of the diagnosis;
16. Sexual dysfunction, unless this is a consequence of an Illness covered by the Policy;
17. Gender reassignment treatment and surgery and the consequences of this;
18. All medical acts performed within the scope of infertility and medically assisted reproduction services, including consults, complementary diagnostic and therapeutic procedures, tests, infertility treatments, artificial insemination methods, in vitro fertilisation or embryo transfer procedures, and the consequences of applying these;
19. Family planning and surgical and non-surgical methods of contraception, including potential complications and expenses incurred to reverse the effects of sterilisation surgery undergone voluntarily;
20. Voluntary termination of pregnancy and the consequences of this;
21. Weight control consults, treatment and surgery, and clinical situations arising from these, regardless of the diagnosis that gives rise to these treatment interventions being indicated, in particular, but not limited to, obesity, regardless of how it is classified, metabolic syndrome or pathologies associated with eating disorders;
22. Aesthetic, plastic or reconstructive treatment and surgery, and the consequences of these, except when an Accident covered by the insurance has given rise to them or they are the result of an Illness that appears during the contract's validity period;
23. Haemodialysis to treat a chronic condition;
24. Surgical or laser treatments for the correction of refractive errors of sight, including myopia, astigmatism and hypermetropia, and the consequences of these;
25. Surgical interventions for the correction of rhonchopathy, except in the case of apnoea;
26. Transplants and implants and the consequences of these, including all clinical acts, laboratory acts and materials required;
27. Consults and treatment in areas not recognised by the Physicians' Association or in areas that do not fall within the Legislation on Non-Conventional Treatments;
28. Experimental treatments, acts and tests that require medical approval;
29. Accidents and Illnesses that are covered or should be covered by mandatory insurance, up to the limits guaranteed in that insurance;
30. Accidents at work and Occupational Illnesses, up to the limits guaranteed by the State;
31. Illnesses in a state of epidemic or pandemic declared by the competent authorities;
32. Illnesses or complications resulting from radioactivity not for treatment purposes, including the consequences of using bacteriological weapons or chemical agents;
33. Accidents resulting from:
  - a. Participation in sporting competitions and related practice, whether professionally or as an amateur;
  - b. The practice of dangerous or radical sports, such as: motorised land sports; Mountain biking; Parachuting, including the practice of freefall, paragliding, hang gliding; wingsuit flying (with or without a parachute); Jumps or reverse jumps with body suspension mechanism (bungee jumping); Jumping from cliffs, rocks, mountains, precipices, buildings, towers, aerials, dams, bridges or other physical platforms (base jumping); Powerboating, water skiing and any water sports where the participant is propelled by a motorised means, parachute or kite (kitesurfing); Water sports using a board; Riding of torrents or currents resulting from uneven watercourses; Diving; Underwater fishing; Sports played on the snow and ice; Mountaineering, high altitude climbing, climbing, skyrunning or coast running; slide and rappel; Other sports with a similar level of danger; Martial arts, wrestling and boxing;

- Caça de animais ferozes ou que reconhecidamente sejam considerados perigosos; Hipismo; Espeleologia;
- c. Cataclismos da natureza, atos de guerra, declarada ou não, de terrorismo, de sabotagem e perturbações da ordem pública;
34. Meios complementares de diagnóstico e terapêutica e tratamentos realizados no domicílio, bem como enfermagem privativa;
35. Tratamentos termais e estadias em termas, sanatórios, lares, residências assistidas, casas de repouso, convalescença e cuidados continuados, centros de tratamento de 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 maxilofacial por patologia que resulte de alterações do crescimento ou do desenvolvimento que possam levar a perturbações funcionais;
41. Serviços que não sejam clinicamente necessários, face ao quadro clínico da Pessoa Segura e de acordo com os protocolos e padrões reconhecidos pela comunidade médica.

## E - PERÍODOS DE CARÊNCIA

O Período de Carência é contado a partir da data de início da vigência do seguro.

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	365
DOENÇAS GRAVES	180

Para além dos Períodos de Carência acima indicados, são ainda aplicáveis 360 dias de Período de Carência:

- Facoemulsificação, cirurgia de varizes, adenoidectomia com ou sem amigdalectomia e/ou miringotomia, artrotomia e/ou artroscopia, septoplastia e/ou microcirurgia endonasal, meniscectomia, extirpação de hérnia discal e laserterapia de lesões benignas da pele.

## F - ÂMBITO DAS COBERTURAS

### 1. INTERNAMENTO HOSPITALAR

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

#### O QUE ESTÁ SEGURO

- 1.1. A cobertura garante, nos termos e limites fixados nas Condições Particulares ou Certificado de Seguro, o pagamento de despesas relativas a atos de diagnóstico ou terapêutica, incluindo cirurgias, cuja realização requeira os meios e serviços específicos de Ambiente Hospitalar, nomeadamente:
- Acomodação e utilização das infraestruturas necessárias à realização dos atos médicos (diárias, bloco operatório, recobro, unidade de cuidados intensivos e equipamentos), ainda que realizados em regime de admissão e alta no mesmo dia (Cirurgia em Ambiente Hospitalar Sem Internamento);
  - Honorários médicos e de enfermagem, relacionados com a assistência prestada;
  - Medicamentos, materiais e todos os produtos associados aos cuidados prestados;
  - Meios complementares de diagnóstico e terapêutica, associados aos atos médicos realizados;
  - Material de osteossíntese e Próteses intracirúrgicas;
  - Cirurgia Maxilofacial, com exceção da Cirurgia em Ambiente Hospitalar Sem Internamento;
  - Tratamentos de Quimioterapia e Radioterapia, ainda que realizados em Ambulatório.

- Bullfighting and bull and cattle running; Hunting of wild animals or of those recognisably considered dangerous; Horse-riding; Caving;
- c. Natural catastrophes, acts of war, whether or not declared, acts of terrorism, acts of sabotage and disturbances to the public order;
34. Complementary diagnostic and therapeutic procedures and treatment performed in the home, and private nursing;
35. Spa treatments and stays at spas, sanatoriums, homes, assisted residences, rest homes, convalescent homes and continuing care homes, drug addiction and alcoholism treatment centres and other similar establishments;
36. Gymnastics, swimming, massages and other similar activities, even if prescribed by a Doctor, except those which result from an illness or Accident that falls within the framework of the contract covers;
37. Treatment carried out in an establishment not authorised to provide health care, such as gyms, beauty and well-being centres and other similar establishments;
38. Stay of persons accompanying the Insured Person;
39. Travel and accommodation;
40. Maxillofacial surgery for a pathology resulting from changes in growth or development that may cause functional disorders;
41. Services that are not clinically necessary, given the clinical status of the Insured Person and in line with protocols and standards recognised by the medical community.

## E - EXCLUSION PERIODS

The Exclusion Period is counted from the commencement date of the insurance.

The Exclusion Periods are not applicable in the case of an Accident that requires emergency in-patient or out-patient hospital treatment. The Exclusion Periods applicable to this contract are set out in the table below:

COVERS	DAYS
HOSPITALISATION	180
CHILDBIRTH	365
SERIOUS ILLNESSES	180

In addition to the Exclusion Periods indicated above, a 360-day Exclusion Period is also applicable to:

- Phacoemulsification, varicose vein surgery, adenoidectomy with or without tonsillectomy and/or myringotomy, arthrotomy and/or arthroscopy, septoplasty and/or endonasal microsurgery, meniscectomy, herniated disk removal and laser therapy on benign skin lesions.

## F - SCOPE OF THE COVERAGES

### 1. INPATIENT HOSPITALISATION

This cover operates as a complement to the Basic Policy and may only be triggered when the Sum Insured for Hospitalisation of that Policy has been used up.

#### WHAT IS INSURED

- 1.1. The cover guarantees, in the terms and with the limits established in the Specific Conditions or Certificate of Insurance the payment of expenses relating to acts of diagnosis or treatment, including surgery, the performance of which requires the specific means and services of a Hospital Environment, in particular:
- Accommodation and use of the infrastructures necessary to perform medical acts (daily rates, operating theatre, recovery, intensive care unit and equipment), even when these are performed with admission and discharge on the same day (Out-patient Surgery in a Hospital Environment);
  - Doctors and nurses' fees, related with the assistance provided;
  - Medication, materials and all products associated with the care provided;
  - Complementary diagnostic and therapeutic procedures, associated with the medical acts performed;
  - Osteosynthesis and intra-surgical Prostheses material;
  - Maxillofacial surgery, except for Out-patient Surgery in a Hospital Environment;
  - Chemotherapy and Radiotherapy treatment, even if administered on an out-patient basis.

## 1.2. PARTO

A presente cobertura garante o pagamento de despesas com Parto Normal, Cesariana e Interrupção Involuntária da Gravidez ou voluntária por indicação médica.

As despesas necessárias para com o recém-nascido, após alta da mãe, só ficam garantidas se o Tomador do Seguro solicitar ao Segurador a sua inclusão até 30 dias após o nascimento.

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

A cobertura não garante despesas:

- Com Pequena Cirurgia, ainda que realizadas em Unidade Hospitalar e qualquer que seja o período de permanência;
- Com estadia de acompanhantes da Pessoa Segura, exceto em caso de internamento hospitalar de menores até aos catorze anos de idade ou de cidadãos portadores de deficiência congénita ou adquirida;
- Com os atos clínicos referidos na alínea f) do n.º 1 que possam ser executados sob anestesia loco-regional/local, ainda que sejam executados sob anestesia geral, nomeadamente dentisteria, endodontia, cirurgia oral, periodontologia, implantologia, protodontia e ortodontia;
- Com a interrupção voluntária da gravidez por opção da mulher, sem outra causa de exclusão da ilicitude, prevista na alínea e) do n.º 1 do artigo 142.º do Código Penal ou disposição legal que a substitua;
- De natureza particular (por exemplo, alimentação não incluída na diária de internamento e despesas com telecomunicações).

### MODALIDADE DE UTILIZAÇÃO

As modalidades de utilização (Rede ou Reembolso) estão definidas na Apólice. A utilização em Rede necessita sempre de autorização prévia. Se o Médico não pertencer à Rede Multicare, todas as despesas garantidas serão consideradas na modalidade de Prestação por Reembolso, ainda que ocorram em Unidade de Saúde da Rede Multicare.

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

## 2. DOENÇAS GRAVES

### O QUE ESTÁ SEGURO

A cobertura garante, nos termos e limites fixados nas Condições Particulares ou Certificado de Seguro, o pagamento de despesas com diagnóstico e terapêutica de qualquer uma das Doenças e procedimentos a seguir indicados, cujos primeiros sintomas e primeiro diagnóstico tenham ocorrido durante o período de vigência da cobertura, na sequência de recomendação do serviço de Segunda Opinião (Condição Especial Medicina Online).

Ficam garantidas as Doenças Graves e os procedimentos terapêuticos a seguir indicados:

- Doença Oncológica**  
Tumor maligno caracterizado por não estar encapsulado e pelo crescimento e dispersão descontrolada de células malignas e pela invasão dos tecidos;
- 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.
- "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;
- 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;
- Cirurgia da aorta torácica**  
A cirurgia, incluindo procedimentos minimamente invasivos, para tratamento de coarctação, estenose, aneurisma ou dissecação da aorta torácica. A autorização depende da proposta de cirurgia por um cirurgião da especialidade e da evidência imagiológica da doença;
- Transplante de órgãos**  
O Transplante cirúrgico de coração, pulmão, fígado, rim, pâncreas ou medula óssea resultante da perda total e irreversível da respectiva função orgânica. O órgão ou medula óssea deverá ser substituído por outro do mesmo tipo e proveniente de outro ser humano identificado como dador.

## 1.2. CHILDBIRTH

This cover guarantees the payment of expenses with Normal Childbirth, Caesarean and Involuntary Termination of Pregnancy or voluntary termination when indicated by a doctor.

Expenses which are required for the new-born, after the mother has been discharged, are only covered if the Policyholder has requested inclusion of the new-born by the 30th day following his/her birth.

### WHAT IS NOT COVERED (besides that indicated in point D - EXCLUSIONS)

The cover does not guarantee expenses:

- With Minor Surgery, even if this is performed in a Hospital Unit and regardless of the length of stay;
- With the stay of persons accompanying the Insured Person, except in the case of hospitalisation of minors up to the age of fourteen or of citizens with a congenital or acquired disability;
- With the clinical acts mentioned in 1) f) that can be performed under a local-regional or local anaesthetic, even if they are performed under a general anaesthetic, in particular dentistry, endodontics, oral surgery, periodontology, implantology, prosthodontics and orthodontics;
- With voluntary termination of pregnancy at the woman's option, when there are no other grounds to exclude unlawfulness, set out in Article 142 (1) e) of the Criminal Code or a legal provision that replaces it;
- Of a personal nature (for example, food not included in the hospitalisation daily rates and telecommunications expenses).

### USE FORMAT

The use formats (Network or Reimbursable) are defined in the Policy. Use within the Network always requires pre-authorization.

If the Doctor does not belong to the Multicare Network, all expenses covered will be considered under the Reimbursable Provisions format, even if they occur in a Health Unit in the Multicare Network.

Reimbursement of expenses relating to doctors' fees is limited to the K Coefficient value indicated in the Policy.

## 2. SERIOUS ILLNESSES

### WHAT IS COVERED

The cover guarantees, in the terms and with the limits established in the Specific Conditions or Certificate of Insurance, the payment of expenses with the diagnosis and treatment of any of the Illnesses and procedures indicated below, when the first symptoms and first diagnosis of these have occurred during the validity period of the cover, following a recommendation of the Second Opinion service (Online Medicine Special Condition).

The following Serious Illnesses and treatment procedures are covered:

- Oncological Illness**  
Non-encapsulated malignant tumour with uncontrolled growth and spread of malignant cells and invasion of tissues;
- Neurosurgery**  
Surgery to the brain or other intracranial structure. In the case of surgery for brain tumours, benign or malignant tumours with their origins in brain tissue, meninges or cranial nerves are considered. The tumour must be treated by craniotomy with resection of the tumour or stereotactic radiosurgery. Authorisation is subject to confirmation of the diagnosis by the Neuro-Oncologist or Neurosurgeon and imagiological proof of the illness.
- Bypass of coronary arteries**  
Surgical treatment involving open heart surgery and use of bypass to correct stenosis of at least two coronary arteries. Authorisation is subject to angiographic proof of the Illness;
- Surgical procedures for the replacement of heart valves**  
Total replacement of one or more heart valves. Authorisation is subject to angiographic proof of the Illness;
- Thoracic aorta surgery**  
Surgery, including minimally invasive procedures, for the treatment of coarctation, stenosis, aneurysm or dissection of the thoracic aorta. Authorisation is subject to the surgery being proposed by a specialist surgeon and imagiological proof of the illness;
- Organ transplant**  
Surgical transplant of the heart, lung, liver, kidney, pancreas or bone marrow resulting from total and irreversible loss of the respective organ function. The organ or bone marrow must be replaced by another of the same type from another human being identified as a donor.

## 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:

- Honorários de enfermagem durante o internamento;
- Outros serviços hospitalares, incluindo consultas, ainda que realizadas no departamento de consulta externa de hospital;
- Diárias da Pessoa Segura;
- 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:

- Anestesia e respetiva aplicação por Médico anestesista;
- Exames de laboratório e patologia, radiografias, meios complementares de diagnóstico e terapêutica 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;
- Transfusões de sangue, aplicação de plasma e soros;
- Aplicação de oxigénio e de produtos injetáveis.

### 1.1.5. Produtos farmacêuticos ou medicamentos prescritos por Médico para o pós-operatório durante a hospitalização ou pelo período máximo de 30 dias após a alta médica.

### 1.1.6. Deslocações e transportes em ambulâncias terrestres e aéreas quando a sua utilização for prescrita por um Médico.

### 1.1.7. Viagem de ida e volta em linha aérea regular (classe económica) para a Pessoa Segura e um acompanhante, com o limite de €3.000,00 por anuidade.

### 1.1.8. Alojamento da Pessoa Segura e de um acompanhante, com o limite de €200,00 por dia e de €4.000,00 por anuidade.

### 1.1.9. Em caso de falecimento da Pessoa Segura durante o tratamento, despesas relacionadas com as formalidades legais a cumprir no local do falecimento, bem como as decorrentes do transporte do corpo em urna para o local do funeral em Portugal, com o limite de €10.000,00.

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

### 2.1. Exclusões Gerais

Não estão garantidas as despesas com:

- O tratamento de Doença ou situação clínica que não esteja prevista no item "O que está seguro" desta cobertura;
- 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;
- Cuidados realizados em prestadores médicos não indicados pelo Segurador;
- 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;
- 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;
- Terapêuticas não convencionais, mesmo quando prescritas de forma específica por um Médico;
- Compra ou aluguer de cadeiras de rodas, camas especiais, aparelhos de ar condicionado, purificadores de ar e quaisquer outros artigos ou equipamentos similares.

### 2.2. Exclusões específicas

Às coberturas garantidas aplicam-se ainda as seguintes exclusões:

- #### 2.2.1. Doença Oncológica - Não são garantidos os tratamentos de:
- Qualquer tumor histologicamente descrito como pré-maligno ou que apenas mostre as primeiras alterações malignas;

## 1.1. Expenses Covered

When any of the aforementioned Serious Illnesses or medical conditions is confirmed, the Insurer guarantees payment of the following expenses:

### 1.1.1. Hospitalisation:

- Fees for nursing during the hospitalisation;
- Other hospital services, including consults, even if these are performed in the hospital's out-patient consult department;
- Daily rates of the Insured Person;
- Daily rates of an accompanying person, if the hospital provides that service.

### 1.1.2. Out-patient surgery.

### 1.1.3. Doctors' fees for consults, treatment, medical care or surgery.

### 1.1.4. Expenses with the following services, treatments or medical and surgical prescriptions:

- Anaesthesia and its application by an anaesthetist;
- Laboratory and pathology tests, radiography, complementary diagnostic and therapeutic procedures (radiotherapy, radioactive isotopes, chemotherapy, electrocardiograms, echocardiograms, myelograms, electroencephalograms, angiograms, computerised tomography and other similar tests and treatments), required for diagnosis and treatment, whenever these are prescribed by a Doctor;
- Blood transfusions, application of plasma and serum;
- Application of oxygen and injectable products.

### 1.1.5. Pharmaceutical products or medication prescribed by a Doctor for the post-operative period during hospitalisation or for a maximum period of 30 days after medical discharge.

### 1.1.6. Travel and transportation in land and air ambulances when their use is prescribed by a Doctor.

### 1.1.7. Return flight with a regular airline (economy class) for the Insured Person and one accompanying person, with a limit of €3,000 per contract year.

### 1.1.8. Accommodation of the Insured Person and one accompanying person, with a limit of €200 per day and €4,000 per contract year.

### 1.1.9. In the event of the death of the Insured Person during the treatment, expenses related with the legal formalities to be complied with at the location of the death, and those resulting from transportation of the body in a casket to the location of the funeral in Portugal, with a limit of €10,000.

## WHAT IS NOT COVERED (besides that indicated in point D - EXCLUSIONS)

### 2.1. General Exclusions

Expenses with any of the following are not covered:

- Treatment of an Illness or medical situation that is not set out in the "What is covered" section of this cover;
- Custodial care services, home health care or services provided in a convalescence centre or institution, or retreat or home for the elderly, even when those services are required or necessary as a consequence of a covered Illness;
- Care performed at medical providers not indicated by the Insurer;
- Any type of Prostheses, orthopaedic devices and footwear, braces, ligatures, crutches, artificial limbs or organs, wigs (even when their use is considered necessary during chemotherapy treatment), hernia supports and other similar items or equipment, with the exception of breast implants;
- All types of pharmaceutical products and medication that have not been dispensed by a licenced pharmacist, or that can be obtained without a Doctor's prescription;
- Non-conventional treatment, even when specifically prescribed by a Doctor;
- The purchase or hire of wheelchairs, special beds, air-conditioning devices, air purifiers, and any other similar items or equipment.

### 2.2. Specific Exclusions

The following exclusions also apply to the covers provided:

- #### 2.2.1. Oncological Illness - Treatment for the following is not covered:
- Any tumour histologically described as pre-malignant or only showing early malignant change;

- 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 aorta femoral ou aorto-ilíaco;
  - b) decorrentes de Doenças hereditárias do tecido conjuntivo (e.g. Síndrome de Marfan, Ehlers Danlos);
  - c) na sequência de traumatismo com Lesão da aorta.
- 2.2.6. Transplante de órgãos - Não estão garantidos quaisquer Transplantes de órgãos ou tecidos quando:
- a) A Pessoa Segura for ela própria uma dadora para um terceiro;
  - b) A necessidade de Transplante resultar de patologia congénita;
  - c) A necessidade de Transplante resultar de cirrose hepática de etiologia alcoólica;
  - d) O Transplante configurar um ato cirúrgico de autotransplante, com exceção de Transplante de medula óssea.

#### ÂMBITO TERRITORIAL E MODALIDADE DE UTILIZAÇÃO

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

#### LIMITE DE CAPITAL

O Capital Seguro anual é de € 1.000.000,00, sendo que, caso o contrato de seguro vigore por um período superior a um ano, o Capital Seguro aplicável para a totalidade da vigência da Apólice é de € 2.000.000,00.

#### G - DURAÇÃO, RENOVAÇÃO E DENÚNCIA DO CONTRATO

O contrato pode ser celebrado por um período certo e determinado (seguro temporário) ou por um ano e seguintes, caso em que se renovará sucessivamente no termo de cada anuidade, por períodos anuais, exceto se qualquer das partes o denunciar com a antecedência mínima de, pelo menos, 30 dias em relação ao termo da anuidade.

- b) Non-invasive malignant tumours;
- c) Tumours related with the Human Immunodeficiency virus (HIV);
- d) Skin cancer except malignant melanoma;
- e) Papillary bladder cancer.

2.2.2. Neurosurgery - The following are not covered:

- a) craniotomy when the pathology is the result of a traumatic injury;
- b) diagnosis or treatment of cysts, granulomas, hamartomas, intracranial vascular malformations and tumours in the pituitary gland.

2.2.3. Bypass of coronary arteries - Surgery that is the result of traumatic injuries or congenital alterations of the aortic coronaries is not covered.

2.2.4. Surgical procedures for the replacement of heart valves - No surgical procedures to correct congenital alterations of the heart valves are covered.

2.2.5. Thoracic aorta surgery - The following surgeries are not covered:

- a) surgery to any branches of the thoracic aorta and surgery to the abdominal aorta, including femoral aorta or aortoiliac bypass;
- b) surgery resulting from hereditary diseases of the connective tissue (e.g. Marfan Syndrome, Ehlers-Danlos Syndrome);
- c) surgery following a traumatism with injury to the aorta.

2.2.6. Organ transplant - No organ or tissue transplants are covered when:

- a) The Insured Person is him/herself a donor for a third party;
- b) The need for a transplant is the result of a congenital pathology;
- c) The need for a transplant is the result of alcoholic cirrhosis of the liver;
- d) The transplant takes the form of an auto-transplant surgical act, with the exception of bone marrow transplant.

#### GEOGRAPHICAL SCOPE AND USE FORMAT

The cover exclusively guarantees health care provided outside Portuguese territory, at providers indicated by the Insurer, and this always requires pre-authorisation, which must be requested via the Multicare Customer Support Service at least 14 business days in advance. The Insured Person must, in any case, authorise the Doctors and Hospital Units to provide the Insurer's clinical services with medical reports and any other information that the services consider appropriate in order to document the process.

#### CAPITAL LIMIT

The annual Sum Insured is € 1,000,000.00, and if the insurance contract is in force for more than a year, the Sum Insured that applies to the whole period the Policy is in force is € 2,000,000.00.

#### G - DURATION, RENEWAL AND TERMINATION OF THE CONTRACT

The contract may be entered into for a given fixed term (temporary insurance) or for one year and subsequent years, in which case it is successively renewed at the end of each year, for annual periods, unless one of the parties terminates it with at least 30 days advance notice in relation to the end of the contract year.

## 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 verificar.

## H - LIABILITY OF THE INSURER IN CASE OF NON-RENEWAL OF THE CONTRACT

1. In the event of non-renewal of the contract or of the cover and where the risk is not covered by a subsequent insurance contract, the Insurer is required, for a period of 2 years and until it is shown that the Sum Insured available for the year in which the contract ceased to be in force has been used up, to make the payments due under the contract, as a consequence of Illnesses that appear or Accidents that occur during the Policy's validity period, provided these are covered by the insurance.
2. The Insurer must be informed of the Illness in the thirty days immediately following the expiry of the contract, unless there is a just impediment.
3. In the event of non-renewal of the contract or of the cover, any authorisations issued and not yet used automatically expire on the expiry date of the contract, without prejudice to that set out in the previous paragraphs.

## I - CANCELLATION RIGHT

1. The Policyholder who is a natural person has a period of 30 days from the receipt of the Policy to legally withdraw from the contract, without justification, upon communication in writing on paper or by other means that provide a durable record available and accessible to the Insurance Company.
2. The period referred to in par. 1 above is counted from the date of conclusion of the contract, provided that the Policyholder possesses at that date on paper or in another means providing a durable record, all the relevant information about the insurance that must be mentioned in the Policy.
3. The exercise of the right of withdrawal must be made by means of:
  - Letter addressed to:  
Multicare - Seguros de Saúde, S.A.  
Apartado 24213  
EC CAMPO DE OURIQUE (LISBOA)  
1251-997 LISBOA
  - E-mail to the following address: atendimento@multicare.pt
4. The exercise of the right of withdrawal results in the termination of the obligations and rights arising from the contract, as of the date of conclusion thereof, and both parties are obligated to return any amounts they have received, within 30 days from the receipt of the notification by the Insurer or from the sending thereof by the Policyholder, respectively. However, in case the insurance commenced, at the request of the Policyholder, before the end of the period of withdrawal from the contract, the Insurer shall be entitled to:
  - a) The amount of the Premium calculated on a pro rata basis, insofar as the Insurer has borne the risk up to the termination of the contract;
  - b) The amount of reasonable costs the Insurer has incurred with medical exams prior to the hiring or inclusion of the Insured Person in the contract, whenever this amount is contractually ascribed to the Policyholder.

## J - TERMINATION RIGHT

1. Apart from the provisions in the previous paragraphs regarding the right of withdrawal on the initiative of the Policyholder, the contract may also be rescinded at any moment by any of the parties with just cause.
2. The rescission of the contract due to lack of payment of the Premiums is subject to the provisions in L - PREMIUM below.
3. The rescission grounded on just cause takes effect at 12 midnight of the day it is verified.

## 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 renovará. A falta de pagamento de qualquer outra fração do Prémio, na data em que é devida, determina a resolução automática e imediata do contrato nessa mesma data.
8. A falta de pagamento de um Prémio adicional na data indicada no aviso, desde que este decorra de um pedido do Tomador do Seguro para alteração da garantia, determinará que a alteração fique sem efeito. Nesse caso, repor-se-ão as condições contratuais em vigor anteriormente àquele pedido, a menos que a manutenção do contrato se revele impossível, caso em que se considera resolvido na data do vencimento do Prémio não pago.
9. A revogação do débito em conta referente ao pagamento do Prémio ou fração produz efeitos retroativos à data em que este é devido, equivalendo ao seu não pagamento.

## M - SUB-ROGAÇÃO

1. Uma vez paga a despesa, o Segurador fica sub-rogado em todos os direitos da Pessoa Segura contra terceiro responsável pelos prejuízos, com o limite do valor da mesma.
2. A Pessoa Segura obriga-se a assegurar os meios necessários para o exercício dos direitos referidos no nº 1 e responderá por perdas e danos por qualquer ato ou omissão voluntária que possa impedir ou prejudicar o exercício desses direitos.

## K - INITIAL STATEMENT OF RISK

1. Before the contract is entered into, the Policyholder and the Insured Persons are obligated to state with accuracy all the circumstances they are aware of and reasonably deem significant for the assessment of the risk by the Insurer.
2. The provision in paragraph 1 above is equally applicable to circumstances whose mention is not requested in the questionnaire provided by the Insurer.
3. The contract may be declared null and void, under the terms and with the consequences provided for in the law, in case of fraudulent non-compliance with the provision in paragraph 1 above.
4. In case of negligent non-compliance with the provision in paragraph 1 above, the Insurer may choose to terminate or amend the contract, in accordance with the terms and consequences provided for by law.

## L - PREMIUM

1. The premium to be paid to the Insurer will be calculated by applying the Insurer's tariff or reference rates to the block of cover indicated by the Policyholder in the proposal. The tariff rate may vary according to age.
2. By agreement between the Insurer and the Policyholder, payment of the annual insurance Premium may be divided into monthly, quarterly or half-yearly payments.
3. The Premium is paid in line with the method selected or available in the insurance proposal.
4. The Premium or initial portion is due on the date the contract is entered into. Failure to make such payment by the date indicated on the notice implies the automatic cancellation of the contract from the date it was entered into.
5. Subsequent premiums or portions are due according to the frequency established in the Policy and on the dates indicated in the payment notices.
6. The Insurer sends Premium or portion payment notices to the Policyholder, in writing, at least 30 days prior to the date these are due. If it has been agreed that the Premium will be paid in portions with a frequency of three months or less, the Insurer may opt to send only an annual notice with the due dates of the portions, their amounts and the consequences of non-payment.
7. Failure to pay the Premium of a subsequent year, or the 1st portion thereof, on the due date prevents the contract from being extended, and it is not therefore renewed. Failure to pay any other portion of the Premium on the due date implies the automatic and immediate cancellation of the contract on that same date.
8. Failure to pay an additional Premium on the date indicated in the notice, provided this is the result of a request by the Policyholder to amend the cover, will lead to the amendment being without effect. In that case, the conditions of the contract in force prior to that request will remain, unless the continuation of the contract proves impossible, in which case it is deemed to be cancelled on the due date of the unpaid Premium.
9. Cancellation of the direct debit relating to the payment of the Premium or portion produces retroactive effects from the date this is due, and is equivalent to non-payment thereof.

## M - SUBROGATION

1. Once the expense has been paid, the Insurer is subrogated to all rights of the Insured Person against a third party liable for the harm, up to the amount of that payment.
2. The Insured Person agrees to ensure the means necessary for the exercise of the rights mentioned in paragraph 1 and will be liable for loss and damage due to any voluntary act or omission that may impede or harm the exercise of those rights.

## N - RESPONSABILIDADE MÁXIMA DO SEGURADOR EM CADA PERÍODO DE VIGÊNCIA DO CONTRATO

1. Os valores máximos garantidos pelo contrato, assim como as Franquias contratadas e os Períodos de Carência aplicáveis, constam das Condições Particulares e vigoram em cada anuidade do contrato.
2. O Segurador garante à Pessoa Segura o pagamento, em moeda euro, das despesas efetuadas ou capital, até ao limite contratado, em cada período de vigência do contrato.
3. Esgotados os capitais seguros ou limites da apólice, quando esteja em curso uma prestação de cuidados de saúde, fica a cargo da Pessoa Segura suportar as despesas remanescentes para evitar a sua interrupção ou descontinuidade.
4. Salvo convenção em contrário, nas situações de acerto de vencimento, os valores garantidos são proporcionais ao tempo em risco.

## O - PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

1. Em caso de Sinistro coberto pelo contrato, o Tomador do Seguro e a Pessoa Segura, sob pena de responderem por perdas e danos, obrigam-se a:
  - a) Tomar as medidas ao seu alcance para evitar o agravamento do seu estado de saúde;
  - b) Participar o Sinistro ao Segurador, por escrito, nos 8 dias imediatos à sua ocorrência;
  - c) Apresentar todos os elementos clínicos relativos ao seu estado de saúde e aos serviços prestados, cessando a responsabilidade do Segurador enquanto não o fizer;
  - d) Realizar, sempre que solicitados, exames que serão suportados pelo Segurador em Médicos por ele designados, cessando a responsabilidade do mesmo se não o fizer;
  - e) Autorizar, no âmbito de Sinistro que motive um pedido de prestação ou de reembolso ao abrigo do contrato de seguro, os Médicos e outros profissionais ou instituições de saúde a que tenha recorrido, a prestar ao Médico que o Segurador designar, as informações por este solicitadas relativas ao seu estado de saúde e aos serviços clínicos prestados.
2. Na modalidade de Prestação por Reembolso, o Tomador do Seguro e a Pessoa Segura obrigam-se ainda a apresentar ao Segurador os recibos originais das despesas, no prazo máximo de 120 dias a contar da data da sua realização.

Sempre que os originais tenham sido utilizados pela Pessoa Segura para pedido de reembolso de despesas a outra entidade, podem ser apresentadas cópias dos mesmos, desde que acompanhadas de declaração emitida pela mesma entidade que faça prova do valor total da despesa e do valor do reembolso; de igual modo, sempre que a Pessoa Segura necessite de apresentar os originais para efeitos de pedido de reembolso posterior a outra entidade, apresentará para o efeito cópias dos mesmos, acompanhadas de declaração emitida pelo Segurador, por forma a fazer prova do valor total da despesa e do valor do reembolso.

Os pedidos podem ser apresentados através dos meios digitais disponibilizados pelo Segurador.
3. A Pessoa Segura obriga-se a recorrer atempadamente a assistência médica e a seguir os tratamentos prescritos, sob pena de cessar ou ser reduzida a responsabilidade do Segurador.
4. O Tomador do Seguro e a Pessoa Segura respondem nos termos legais por perdas e danos, nos casos de fraude, simulação e falsidade para justificar despesas de saúde ou em qualquer outro uso de meios dolosos, que visem uma utilização abusiva do contrato para obter um benefício ilegítimo.
5. Impende sobre a Pessoa Segura o ónus da prova da veracidade das declarações, podendo o Segurador exigir-lhe os meios de prova adequados e que estejam ao seu alcance.

## N - MAXIMUM LIABILITY OF THE INSURER IN EACH PERIOD OF VALIDITY OF THE CONTRACT

1. The maximum sums guaranteed by the contract, and the contracted Deductibles and applicable Exclusion Periods, are set out in the Specific Conditions and are in force in each contract year.
2. The Insurer guarantees payment to the Insured Person, in Euros, of expenses incurred or capital, up to the contracted limit, in each contract validity period.
3. Once the policy's sums insured or limits have been used up, when the provision of health care is ongoing, the Insured Person is responsible for bearing the remaining costs so as to avoid interrupting or discontinuing that health care.
4. Unless expressly agreed otherwise, in situations where the maturity date is altered, the sums guaranteed are proportional to the time the risk remains.

## O - PROCEDURES IN CASE OF A CLAIM

1. In the event of a Claim covered by the contract, the Policyholder and the Insured Person, at the risk of otherwise being held liable for loss and damage, agree to:
  - a) Take the measures within their reach to avoid any worsening of their state of health;
  - b) Report the Claim to the Insurer, in writing, in the 8 days immediately following its occurrence;
  - c) Submit all clinical details relating to their state of health and to the services provided, or otherwise the Insurer's responsibility will cease while this is not done;
  - d) Whenever requested, undergo tests to be paid for by the Insurer, at Doctors indicated by it, or otherwise the Insurer's responsibility will cease if they fail to do so;
  - e) Within the scope of a Claim that gives rise to a request for a provision or for a reimbursement under this insurance contract, authorise the Doctors, and other health professionals or institutions they have used, to provide the Doctor appointed by the Insurer with the information requested by the latter relating to their state of health and the clinical services provided.
2. In the Reimbursable Provisions format, the Policyholder and the Insured Person also agree to submit to the Insurer the original receipts for the expenses, within 120 days of the date they were incurred.

Whenever the originals have been used by the Insured Person to request a reimbursement of expenses from another entity, photocopies of these may be submitted, provided that they are accompanied by a statement issued by that same entity proving the total amount of the expenses and the amount of the reimbursement; likewise, whenever the Insured Person needs to submit the originals for the purposes of requesting a subsequent reimbursement from another entity, he/she shall submit photocopies of them for such purpose, accompanied by a statement issued by the Insurer, in order to prove the total amount of the expenses and the amount of the reimbursement.

Requests may be submitted using digital means provided by the Insurer.
3. The Insured Person agrees to timely seek medical assistance and to follow the prescribed treatments, at the risk of the Insurer's liability otherwise ceasing or being reduced.
4. The Policyholder and the Insured Person are liable in the terms of the law for loss and damage, in the event of fraud, simulation and falsehood to justify health expenses or any other use of wilful means that seek to misuse the contract in order to obtain an unlawful gain.
5. The Insured Person has the burden of proving the truthfulness of statements, and the Insurer may require that he/she provide appropriate means of proof that are within his/her reach.

## P - DADOS PESSOAIS DE SAÚDE

O Segurador poderá ter necessidade, quer para efeitos de aceitação do contrato, quer para efeitos de regularização de Sinistro, de aceder a dados pessoais de saúde da Pessoa Segura.

Tal acesso apenas pode ter lugar desde que, para tal, a Pessoa Segura haja dado o seu consentimento informado, livre, específico e expresso, devendo o acesso processar-se em estrita observância das disposições legais em vigor.

No quadro da avaliação do risco e desde que, para tal, o candidato a Pessoa Segura haja dado o seu consentimento informado, livre, específico e expresso, poderão, também, ser efetuados por iniciativa do Segurador, através de Médico, ainda que de entidade subcontratada, questionários de saúde, por telefone, com gravação das correspondentes chamadas e tratamento dos dados respetivos.

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

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

## Q - RECLAMAÇÕES

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

A informação geral relativa à gestão de reclamações e às instâncias de resolução alternativa de litígios encontra-se disponível em [www.fidelidade.pt](http://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.**

## P - HEALTH PERSONAL DATA

The Insurer may need, either for the purposes of accepting the contract, or for Claims settlement purposes, to access personal data regarding the Insured Person's health.

Such access may only occur if the Insured Person has given his/her informed, free, specific and express consent to such, and the access must be processed in strict compliance with the legal rules in force.

As part of assessing the risk and provided that the applicant to become an Insured Person has given his/her informed, free, specific and express consent to such, health questionnaires can also be carried out, at the instigation of the Insurer, by a Doctor, who may belong to a sub-contracted entity, by telephone, with the phone calls being recorded and respective data processed.

The applicant to become an Insured Person will be asked to give such consent, when the contract is entered into or when he/she is included in it, so as to prevent any situations of dispute, in the event of a Claim settlement.

Refusing consent in the terms and for the purposes mentioned above may mean, if there are indications suggesting omissions or inaccuracies at the time of the statement of the risk and/or when the Claim is reported, that the Insurer is unable to accept the insurance contract or to settle any claim that may be reported under the insurance contract, until the information it has requested is provided.

## Q - COMPLAINTS

The Insurer has a specific organic unit that receives, analyses and addresses the complaints made, notwithstanding the fact that these can be submitted to the Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões (Insurance and Pension Fund Supervisory Authority) and the possibility of resorting to alternative dispute resolution instances.

General information regarding complaint management and alternative dispute resolution instances is available at [www.fidelidade.pt](http://www.fidelidade.pt).

## R - SUPERVISORY AUTHORITY

Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões (Insurance and Pension Fund Supervisory Authority).

## S - APPLICABLE LEGISLATION

1. This contract is governed by the Portuguese legislation.
2. The relations established between the Insurer and the consumer before the conclusion of distance contracts are governed by the Portuguese legislation.
3. The Courts with jurisdiction to settle any dispute arising from this contract are those established by the Portuguese civil law. (Pension Fund Supervisory Authority).

**This information does not exempt from the careful reading of the General Conditions, Special Conditions and Schedule of the contract.**

## Documento de informação sobre o produto de seguros

Companhia: Fidelidade - Companhia de Seguros, S.A., com sede em Portugal, empresa de seguros registada junto da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões sob o número 1011.

Produto: Seguro Individual Multicare Proteção Extra.

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

### Qual é o tipo de seguro?

Seguro de Saúde (ramo de seguro Doença).



#### Que riscos são segurados?

**Coberturas e Capitais disponíveis dependendo do seguro escolhido:**

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

#### Coberturas opcional:

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



#### Que riscos não são segurados?

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



## Há alguma restrição da cobertura?

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



## Onde estou coberto?

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



## Quais são as minhas obrigações?

- Antes da celebração do contrato, devo declarar com exatidão todas as circunstâncias que conheça e razoavelmente deva ter por significativas para a apreciação do risco pelo Segurador, ainda que não sejam solicitadas em questionário fornecido pelo Segurador;
- Pagar atempadamente o Prémio de seguro ou as suas frações para que a Apólice se mantenha em vigor;
- Em caso de não renovação do contrato, informar o Segurador, nos trinta dias subsequentes ao termo do contrato, salvo justo impedimento, de qualquer Doença então existente para que aquele continue responsável durante dois anos;
- Comunicar ao Segurador alterações importantes, tais como morada e contactos.

### Em caso de sinistro devo:

- Tomar medidas para evitar o agravamento do meu estado de saúde;
- Participar ao segurador nos 8 dias subsequentes à ocorrência;
- Informar o Segurador de todos os factos sobre o Sinistro e permitir o seu acesso à informação clínica, solicitando autorização, quando necessária, conforme indicado na respetiva cobertura;
- Sempre que solicitados, pelo Segurador, realizar, exames que serão suportados por este, em Médicos por ele designados, cessando a responsabilidade do mesmo se a Pessoa Segura não o fizer;
- Apresentar todos os elementos clínicos relativos ao meu estado de saúde e aos serviços prestados, cessando a responsabilidade do Segurador enquanto não o fizer;
- Autorizar, no âmbito de Sinistro que motive um pedido de prestação ou de reembolso ao abrigo do contrato de seguro, os Médicos e outros profissionais ou instituições de saúde a que tenha recorrido, a prestar ao Médico que o Segurador designar, as informações por este solicitadas relativas ao seu estado de saúde e aos serviços clínicos prestados;
- Atuar com boa-fé na utilização dos serviços na rede de prestadores e na apresentação de despesas para reembolso;
- Apresentar as despesas para reembolso no prazo máximo de 120 dias após a sua realização;
- Não prejudicar o direito de sub-rogação do Segurador.



### Quando e como devo pagar?

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



### Quando começa e acaba a cobertura?

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

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

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

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



### Como posso rescindir o contrato?

O Tomador do Seguro pode: a) **Denunciar** o contrato, mediante comunicação ao Segurador com a antecedência mínima de 30 dias em relação ao termo da anuidade; b) **Resolver** o contrato com justa causa; c) **Resolver livremente** (sem necessidade de indicação do motivo), nos 30 dias imediatos à receção da Apólice, quando o Tomador do Seguro seja pessoa singular.

O contrato pode, ainda, cessar por revogação, por acordo com o Segurador, e também por caducidade.

As comunicações devem revestir forma escrita ou ser prestadas por outro meio de que fique registo duradouro.

## Information document on insurance products

**Company:** Fidelidade - Companhia de Seguros, S.A., with registered office in Portugal, an insurance company registered with the Insurance and Pension Funds Supervisory Authority under the number 1011.  
**Product:** Individual Insurance Multicare Extra Protection.

Full pre-contractual and contractual information on the product is provided in other documents.

### What type of insurance is it?

Health Insurance (Health line of business).



#### What risks are insured?

**Covers and capitals available depending on the insurance selected:**

- ✓ Hospitalisation, including Childbirth - Capital € 250,000;

#### Optional Covers:

- ✓ Serious Illnesses, treatment of which is guaranteed exclusively in providers indicated by the Insurer, outside of Portuguese territory (Oncological illness, neurosurgery, coronary bypass and organ transplant) – Capital €1,000,000, but if the contract is in force for longer than one year, the maximum indemnifiable Capital is € 2,000,000.



#### What risks are not insured?

- ✗ Pre-existing or congenital illnesses or injuries;
- ✗ Mental health disorders;
- ✗ Sexual dysfunction, infertility and methods of contraception;
- ✗ Weight control treatment;
- ✗ Aesthetic, plastic or reconstructive surgery, except in the case of an Illness or Accident covered by the Policy;
- ✗ Implants;
- ✗ Orthodontics and stomatology treatment with precious metals;
- ✗ Illnesses resulting from the consumption of alcoholic beverages, misuse of medication, use of non-prescribed drugs and narcotics;
- ✗ Expenses with medication;
- ✗ HIV and Hepatitis;
- ✗ Haemodialysis treatment;
- ✗ Surgery to correct rhonchopathy;
- ✗ Road accidents, accidents at work or in service, and occupational illnesses;
- ✗ High-risk sports and sporting competitions;
- ✗ Force majeure natural events, war, terrorism and the like;
- ✗ Services that are not clinically necessary or have no treatment purpose;
- ✗ Voluntary termination of pregnancy;
- ✗ Surgical or laser treatments for the correction of refractive errors of sight, in particular in the case of myopia, astigmatism and hypermetropia;
- ✗ Spa treatments, gymnastics, swimming and massages;
- ✗ Illnesses resulting from an epidemic or pandemic;
- ✗ Experimental treatments;
- ✗ All risks that do not fall within the covers taken out;
- ✗ All risks excluded in any of the covers taken out.



### Are there any restrictions to the cover?

- ! Restrictions as a result of the Policyholder or Insured Person making wilful or negligent omissions or inaccuracies in the initial statement of risk;
- ! Restrictions resulting from the Sum Insured limits, the provisions format (Provisions within the Network and Reimbursable Provisions), the Deductibles, the Co-payments, the K value limit (by reference to the Physicians Association table) and the applicable Exclusion Periods;
- ! In the event of a claim, if measures are not taken to avoid worsening of the state of health, payment of expenses may be reduced or excluded;
- ! For Transplants, expenses with accompanying persons, and with travel and accommodation are only guaranteed if the Serious Illnesses cover is taken out;
- ! Expenses of a personal nature;
- ! In the Serious Illnesses cover, the following are excluded: pre-malignant tumours, non-invasive tumours, skin cancer, neurosurgery and bypass the pathology of which arose from traumatic injuries, transplant in which the Insured Person is him/herself a donor for a third party or auto-transplant, non-conventional treatment, and Prostheses and Orthoses;
- ! Vaccines, sanitary and antiseptic items, dressing material, shampoos, soaps, medicinal pastes, hygiene products, dietetic products, infant food, homeopathic or processed products, medical braces, compression stockings and orthopaedic mattresses, acquisition or hiring of equipment;
- ! Glasses and contact lenses;
- ! Some medical acts are subject to prior authorisation in order to be covered by the insurance in the Provisions within the Network format.



### Where am I covered?

- ✓ In Portugal, although some guarantees are valid where the Multicare Network exists.
- ✓ The Serious Illnesses cover is only valid abroad at the providers indicated by the Insurer.



### What are my obligations?

- Before entering into the contract, you must accurately state all the circumstances you are aware of and that you should reasonably regard as significant for assessment of the risk by the Insurer, even if these are not requested on the questionnaire provided by the Insurer;
- To pay the insurance Premium or portions of it on time in order for the Policy to remain in force;
- If the contract is not renewed, you must inform the Insurer in the 30 days following the end of the contract, unless you have a just impediment, of any Illness existing at that time so that it can continue to be responsible for two years;
- To inform the Insurer of any important changes, such as your address and contact details.

#### In the event of a claim I must:

- Take measures to avoid worsening my state of health;
- Report the claim to the Insurer in the 8 days after it occurs;
- Inform the Insurer of all facts relating to the Claim and allow it to access clinical information, requesting authorisation, when necessary, as indicated in the respective cover;
- Whenever asked to by the Insurer, undergo tests that the Insurer will pay for, at Doctors it indicates, or otherwise the Insurer's responsibility will end if the Insured Person does not do this;
- Submit all clinical details relating to my state of health and to the services provided, or otherwise the Insurer's responsibility will end until this is done;
- Authorise, as part of a Claim that leads to a request for a provision or for a reimbursement under the insurance contract, the Doctors, and other health professionals or institutions I have used, to provide the Doctor appointed by the Insurer with the information he/she requests regarding my state of health and the clinical services provided;
- Act in good faith when using the services in the providers network and when submitting expenses for reimbursement;
- Submit expenses for reimbursement within 120 days of incurring them;
- Not harm the Insurer's subrogation right.



### When and how should I pay?

The first Premium is paid on the date the contract is entered into. Subsequent Premiums or portions are due on the date indicated in the respective payment notice. The Premium can be paid, depending on what is agreed, in cash, by bank cheque, by direct debit, by postal order and by debit card.



### When does the cover begin and end?

Without prejudice to the applicable Exclusion Periods, the contract produces effects from the moment the first Premium is paid and until a subsequent Premium or portion is not paid, unless, in the meantime, there is any other reason for termination of the contract.

The Serious Illnesses cover terminates at the end of the year in which the Insured Person reaches 70 years of age.

The Hospitalisation guarantee remains active with no upper age limit, unless an age limit is set out in the Basic Policy, in which case that same age limit will apply to this contract.

If the Basic Policy is no longer in force, for any reason, or if the Capital for Hospitalisation is changed to an amount below €20,000, this insurance will automatically expire.



### How can I terminate the contract?

The Policyholder can: a) **Terminate** the contract, by giving notice to the Insurer at least 30 days prior to the end of the contract year; b) **Terminate** the contract with just cause; c) **Cancel** the contract (without any requirement to state the reason) in the 30 days immediately following receipt of the Policy, if the Policyholder is a natural person.

The contract may also be revoked, by agreement with the Insurer, and may also expire.

Notices must be in writing or provided on another durable medium.