

Seguro de Saúde Individual 60+ Multicare

Individual Health Insurance 60+ Multicare

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.

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 60+ Multicare

Mercado-Alvo: Clientes que pretendam contratar, para si e/ou para o seu cônjuge, um seguro de saúde que lhes disponibilize cuidados de saúde privados:

- 60+ Multicare 1: Para clientes que pretendam uma proteção que inclua um Capital para Internamento Hospitalar e um pacote de consultas (de consultório e de urgência) na Rede Multicare.
- 60+ Multicare 2: Para clientes que pretendam uma proteção mais robusta, através de um Capital de Internamento Hospitalar mais elevado e de Capital para Consultas, Exames e Tratamentos (Ambulatório).

Neste seguro não se podem incluir pessoas com idade inferior a 61 anos.

Condições de Inclusão como Pessoa Segura e Cessação das Garantias: A idade de subscrição é entre os 61 e os 70 anos de idade (inclusive), funcionando sem idade limite de permanência.

C - COBERTURA

1. O contrato garante à Pessoa Segura, em caso de Doença manifestada ou Acidente ocorrido durante a sua vigência, um conjunto de coberturas no domínio da saúde que pode integrar Prestações na Rede, Prestações por Reembolso e serviços de assistência.
2. O contrato de seguro pode garantir, nos termos e limites mencionados na Apólice, as seguintes coberturas, desde que contratadas:
 - 1 Internamento Hospitalar;
 - 2 Transporte de Urgência;
 - 3 Consultas, Exames e Tratamentos (Ambulatório);
 - 4 Consultas Plus;
 - 5 Medicina Online;
 - 6 Acesso à Rede de Consultas, Exames e Tratamentos (Ambulatório);
 - 7 Assistência Domiciliária;
 - 8 Acesso à Rede de Estomatologia e Medicina Dentária;
 - 9 Acesso à Rede de Terapêuticas Não Convencionais;
 - 10 Acesso à Rede de Óticas;
 - 11 Assistência Clínica em Viagem;
 - 12 Extensão ao Estrangeiro;
 - 13 Medicina Preventiva (Check-up);
 - 14 Transporte Não Urgente.
3. O contrato de seguro pode, ainda, incluir outras coberturas. As coberturas contratadas constam das Condições Particulares e no Certificado Individual de Seguro.

A - INSURER

Fidelidade - Companhia de Seguros, S.A., ("Insurer") is an insurance undertaking registered with the Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões (Insurance and Pension Fund Supervisory Authority), under number 1011, and its registration details may be consulted at www.asf.com.pt.

The Insurer does not grant counselling for the purposes provided for in the legal framework of insurance and reinsurance distribution, without prejudice to the provision of the legally compulsory contractual and precontractual information and the clarifications that may be requested from the Insurer so that the potential customer may be able to make an informed decision.

The commercialization of this product by the Insurer's employees does not give rise to any direct remuneration to them, but may reflect in overall on the annual productivity bonus.

B - PRODUCT / TARGET-MARKET

Product: Individual Health Insurance 60+ Multicare

Target-Market: Customers that intend to underwrite for themselves and/or their spouse a health insurance which provides them with access to private healthcare:

- 60+ Multicare 1: For customers who want a protection that includes a Capital for Inpatient Hospitalisation and a pack of medical appointments (scheduled, at the physician's office, and of urgent care) in the Multicare Network.
- 60+ Multicare 2: For customers who want a higher protection, through a higher Capital for Inpatient Hospitalisation and a Capital for Medical Appointments, Exams and Treatments (Outpatients).

Persons under 61 years of age cannot be included in this insurance.

Conditions for inclusion as an Insured Person and Termination of Guarantees: The age of subscription is set between 61 and 70 years of age (including), and the guarantees operate without permanence age limit.

C - COVERAGES

1. The contract guarantees to the Insured Person, in case of manifested Illness or Accident occurred during the term thereof, a set of coverages within the scope of healthcare that may include Benefits in the Network, Benefits by Reimbursement and assistance services.
2. The insurance contract may guarantee, under the terms and limits mentioned in the Policy, the following coverages, if underwritten:
 - 1 Inpatient Hospitalisation;
 - 2 Emergency Transportation;
 - 3 Medical Appointments, Exams and Treatments (Outpatients);
 - 4 Plus Appointments;
 - 5 Online Medicine;
 - 6 Access to the Network of Medical Appointments, Exams and Treatments (Outpatients);
 - 7 Home Assistance;
 - 8 Access to the Stomatology and Dental Medicine Network;
 - 9 Access to the Non-Conventional Therapies Network;
 - 10 Access to the Optical Network;
 - 11 Clinical Travel Assistance;
 - 12 Overseas Extension;
 - 13 Preventive Medicine (Check-up);
 - 14 Non-Emergency Transportation.
3. The insurance contract may also include other coverages. The underwritten coverages are mentioned in the Schedule of the Policy and in the Individual Insurance Certificate.

4. O Seguro de Saúde Individual 60+ Multicare é comercializado em módulos de coberturas, Capitais, Franquias e Copagamentos nos seguintes termos: The Individual Health Insurance 60+ Multicare is marketed in modules of Coverages, Capitals, Excesses and Co-payments under the following terms:

COBERTURAS COVERAGES	60+ MULTICARE 1	60+ MULTICARE 2	VALOR A CARGO DA PESSOA SEGURA AMOUNTS PAYABLE BY THE INSURED PERSON	
			REDE NETWORK	REEMBOLSO REIMBURSEMENT
INTERNAMENTO HOSPITALAR INPATIENT HOSPITALISATION	50.000 €	200.000 €	1.500 € / 2.000 € ¹	50%, COM LIMITE MÁX. A CARGO DA MULTICARE DE 6,75 € POR K ²
TRANSPORTE DE URGÊNCIA EMERGENCY TRANSPORTATION	✓	✓	0 €	EXCLUSIVO DE REDE NETWORK EXCLUSIVE
CONSULTAS, EXAMES E TRATAMENTOS (AMBULATÓRIO) MEDICAL APPOINTMENTS, EXAMS AND TREATMENTS (OUTPATIENTS)	■	2.000 € ³	■	60 %
FRANQUIA ANUAL ANNUAL EXCESS			■	50 €
CONSULTAS APPOINTMENTS				
CONSULTÓRIO OUTPATIENT CARE			19 €	
SERVIÇO ATENDIMENTO PERMANENTE PERMANENT ASSISTANCE SERVICE			50 €	
MEIOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA MCDT AUXILIARY DIAGNOSTIC TESTS (ADTS)				
ANÁLISES CLÍNICAS CLINICAL ANALYSES			50% (MÍN. 2 €)	
ANATOMIA PATOLÓGICA PATHOLOGICAL ANATOMY			15 €	
RAIO X X-RAY			10 €	
ECOGRAFIA ULTRASOUND			20 €	
TAC CAT SCAN			50 €	
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA MAGNETIC RESONANCE			90 €	
OUTROS MCDT OTHER ADTS			50 %	
MEDICINA FÍSICA E DE REABILITAÇÃO PHYSICAL AND REHABILITATION MEDICINE		250 € ⁴	50 %	
TERAPIA DA FALA SPEECH THERAPY			17,50 €	
FISIOTERAPIA DIGITAL DIGITAL PHYSIOTHERAPY			10%	
OUTROS TRATAMENTOS OTHER TREATMENTS			50%	
TAXAS MODERADORAS USER FEES			EXCLUSIVO DE REEMBOLSO REIMBURSEMENT EXCLUSIVE	0 €
CONSULTAS PLUS PLUS APPOINTMENTS				
CONSULTÓRIO OUTPATIENT CARE	8 CONSULTAS ³ 8 APPOINTMENTS ³	■	19 €	EXCLUSIVO DE REDE NETWORK EXCLUSIVE
SERVIÇO ATENDIMENTO PERMANENTE PERMANENT ASSISTANCE SERVICE	2 CONSULTAS 2 APPOINTMENTS		50 €	
MEDICINA ONLINE ONLINE MEDICINE	✓	✓	0 €	EXCLUSIVO DE REDE NETWORK EXCLUSIVE
ACESSO À REDE DE CONSULTAS, EXAMES E TRATAMENTOS (AMBULATÓRIO) ACCESS TO THE NETWORK OF MEDICAL APPOINTMENTS, EXAMS AND TREATMENTS (OUTPATIENTS)	✓	✓	PREÇOS MULTICARE ⁵ MULTICARE PRICES ⁵	EXCLUSIVO DE REDE NETWORK EXCLUSIVE
ASSISTÊNCIA DOMICILIÁRIA HOME ASSISTANCE				
CONSULTAS MÉDICAS DOMICILIÁRIAS HOUSE CALLS	✓	✓	25 €	EXCLUSIVO DE REDE NETWORK EXCLUSIVE
ENFERMAGEM DOMICILIÁRIA HOME NURSING	●	●	PREÇOS MULTICARE ⁵ MULTICARE PRICES ⁵	
EXAMES NO DOMICÍLIO HOME EXAMS	●	●	PREÇOS MULTICARE ⁵ MULTICARE PRICES ⁵	
ACESSO À REDE DE ESTOMATOLOGIA E MEDICINA DENTÁRIA - OPCIONAL ACCESS TO STOMATOLOGY AND DENTAL MEDICINE NETWORK - OPTIONAL	✓	✓	PREÇOS MULTICARE ⁵ MULTICARE PRICES ⁵	EXCLUSIVO DE REDE NETWORK EXCLUSIVE
ACESSO À REDE DE TERAPÊUTICAS NÃO CONVENCIONAIS ACCESS TO NON-CONVENTIONAL THERAPIES NETWORK	✓	✓	PREÇOS MULTICARE ⁵ MULTICARE PRICES ⁵	EXCLUSIVO DE REDE NETWORK EXCLUSIVE
ACESSO À REDE DE ÓTICAS ACCESS TO THE OPTICAL NETWORK	✓	✓	PREÇOS MULTICARE ⁵ MULTICARE PRICES ⁵	EXCLUSIVO DE REDE NETWORK EXCLUSIVE
ASSISTÊNCIA CLÍNICA EM VIAGEM CLINICAL TRAVEL ASSISTANCE	✓	✓	0 €	EXCLUSIVO DE REDE NETWORK EXCLUSIVE
EXTENSÃO AO ESTRANGEIRO OVERSEAS EXTENSION	✓	✓	EXCLUSIVO DE REEMBOLSO REIMBURSEMENT EXCLUSIVE	CONFORME COBERTURA ACIONADA DEPENDING ON THE ACTIVATED COVERAGE
MEDICINA PREVENTIVA (CHECK-UP) PREVENTIVE MEDICINE (CHECK-UP)	✓	✓	0 €	EXCLUSIVO DE REDE NETWORK EXCLUSIVE
TRANSPORTE NÃO URGENTE NON-EMERGENCY TRANSPORTATION	●	●	PREÇOS MULTICARE ⁵ MULTICARE PRICES ⁵	EXCLUSIVO DE REDE NETWORK EXCLUSIVE

✓ COBERTURA INCLUÍDA ● ACESSO À REDE MULTICARE ■ NÃO APLICÁVEL

- 1 FRANQUIA DE 1.500€ NO 60+ MULTICARE 1; FRANQUIA DE 2.000€ NO 60+ MULTICARE 2.
- 2 ATOS QUE CARECEM DE AMBIENTE HOSPITALAR: SE O MÉDICO NÃO PERTENCER À REDE MULTICARE, TODAS AS DESPESAS GARANTIDAS POR ESTA COBERTURA, SERÃO CONSIDERADAS NO REGIME DE PRESTAÇÕES POR REEMBOLSO, AINDA QUE OCORRAM EM UNIDADE DE SAÚDE DA REDE MULTICARE.
- 3 LIMITE DE 6 CONSULTAS DE PSIQUIATRIA.
- 4 SUBLIMITE, SENDO A UTILIZAÇÃO DEDUZIDA NO CAPITAL DE CONSULTAS, EXAMES E TRATAMENTOS (AMBULATÓRIO).
- 5 PREÇOS NEGOCIADOS PELA MULTICARE COM CADA PRESTADOR, QUE PODEM VARIAR DE PRESTADOR PARA PRESTADOR.

5. O contrato não garante quaisquer despesas reclamadas pelo Serviço Nacional de Saúde ou por outro qualquer seguro ou subsistema de saúde.
6. No entanto, podem ficar garantidas, desde que expressamente mencionado na Apólice, as seguintes despesas:
 - a) Taxas moderadoras;
 - b) Valores a cargo da Pessoa Segura em despesas previamente comparticipadas pelo Serviço Nacional de Saúde ou por qualquer outro seguro ou subsistema de saúde.

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

A utilização nas modalidades Prestação na Rede e Acesso à Rede pode necessitar de autorização prévia, conforme definido em cada cobertura.

D - EXCLUSÕES APLICÁVEIS A TODAS AS COBERTURAS

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

1. Serviços prestados por Médicos e outros profissionais de saúde que sejam cônjuge, pais, filhos ou irmãos da Pessoa Segura, bem como pela Pessoa Segura a si própria;
2. Consequências de atraso injustificado ou negligência imputáveis ao prestador de cuidados de saúde ou à Pessoa Segura no recurso a assistência médica ou na inobservância de tratamentos prescritos;
3. Consultas ou exames médicos que sejam necessários para a emissão de atestados, declarações, certificados ou qualquer tipo de documento que não tenha fins terapêuticos;
4. Assistência hospitalar por razões de carácter estritamente social;
5. Correção de Doenças ou Malformações Congénitas, exceto para recém-nascidos cuja inclusão for efetuada nos termos da alínea a) do n.º 2 da Cláusula 9ª das Condições Gerais;
6. Doenças, Lesões ou deformações Preexistentes à data da celebração do contrato;
7. Utilização abusiva de medicamentos, incluindo as respetivas consequências;
8. Alcoolismo e Doenças resultantes do consumo de bebidas alcoólicas;
9. Utilização de estupefacientes e narcóticos quando não prescritos por Médico, incluindo as respetivas consequências;
10. Tratamentos relacionados com a toxicodependência;
11. Patologias ou tratamentos relacionados, direta ou indiretamente, com infeção por vírus de imunodeficiência humana (HIV);
12. Tratamentos relacionados, direta ou indiretamente, com infeção por vírus da hepatite, excetuando a hepatite A;
13. Acidentes ou Doenças provenientes de tentativa de suicídio ou automutilação, de participação em apostas ou desafios, de intervenção em duelos e rixas ou da prática de atos dolosos ou gravemente culposos ou ilícitos por parte da Pessoa Segura;
14. Tratamentos de perturbações do foro da saúde mental, consequentes ou não de outra Doença ou de Acidente;
15. Sessões de psicologia, psicanálise, psicoterapia, psicomotricidade, hipnose e terapia do sono, qualquer que seja o diagnóstico;
16. Disfunções sexuais, exceto em consequência de Doença garantida pela Apólice;
17. Tratamentos e cirurgia para mudança de sexo e respetivas consequências;
18. Todos os atos médicos realizados no âmbito da infertilidade e reprodução medicamente assistida, incluindo consultas, meios complementares de diagnóstico e terapêutica, testes, tratamentos de infertilidade, métodos de fecundação artificial, fertilização in vitro ou procedimentos de transferência embrionária, bem como as consequências da aplicação dos mesmos;

✓ COVERAGE INCLUDED ● ACCESS TO MULTICARE NETWORK ■ NOT APPLICABLE

- 1 EXCESS OF 1.500€ IN 60+ MULTICARE 1; EXCESS OF 2.000€ IN 60+ MULTICARE 2.
- 2 ACTS THAT REQUIRE HOSPITAL ENVIRONMENT: IF THE PHYSICIAN DOES NOT BELONG TO THE MULTICARE NETWORK, ALL THE COSTS GUARANTEED BY THESE COVERAGES SHALL BE CONSIDERED WITHIN THE SCOPE OF BENEFITS BY REIMBURSEMENT, EVEN IF THEY ARE INCURRED IN A HEALTHCARE UNIT OF THE MULTICARE NETWORK.
- 3 LIMIT OF 6 PSYCHIATRY APPOINTMENTS.
- 4 SUBLIMIT, THE USE BEING DEDUCTED FROM THE CAPITAL OF MEDICAL APPOINTMENTS, EXAMS AND TREATMENTS (OUTPATIENTS).
- 5 PRICES NEGOTIATED BETWEEN MULTICARE AND EACH PROVIDER, WHICH MAY VARY FROM PROVIDER TO PROVIDER.

5. The contract does not guarantee any costs claimed by the Portuguese Healthcare Service or by any other health insurance or health subsystem.
6. However, the following costs may be guaranteed, provided they are expressly mentioned in the Policy:
 - a) User fees;
 - b) Amounts payable by the Insured Person in costs previously reimbursed by the Portuguese Healthcare System or by any other health insurance or health subsystem.

The guarantees of this contract may be used in the schemes of Benefits in the Network, Benefits by Reimbursement and Access to the Network. The underwritten options are indicated in the Policy. The Benefits in the Network scheme can only be used if the act has been underwritten with the Provider.

The use under the schemes of Benefits in the Network and Access to the Network may require previous authorisation, as defined in each coverage.

D - EXCLUSIONS APPLICABLE TO ALL COVERAGES

Except where otherwise agreed in the Policy, are excluded from the scope of the insurance coverages costs arising from:

1. Services provided by Physicians and other healthcare professionals who are spouse, parents, children or siblings of the Insured Person and well as by the Insured Person to himself;
2. Consequences of unjustified delay or negligence ascribable to the healthcare provider or to the Insured Person when resorting to medical assistance, or from the inobservance of treatments that have been prescribed;
3. Medical appointments or exams that may be necessary for the issuing of reports, statements, certificates or any kind of document that does not have therapeutic purposes;
4. Hospital assistance for strictly social reasons;
5. Correction of Congenital Illnesses or Malformations, except in the case of new-borns whose inclusion is made under the terms of clause 9(2)(a) of the General Conditions;
6. Pre-existing illnesses, injuries or deformities at the date of conclusion of the contract;
7. Abusive use of medication, including its consequences;
8. Alcoholism and Illnesses caused by alcohol consumption;
9. Use of drugs and narcotics if not prescribed by a Physician, including its consequences;
10. Treatments related to drug addiction;
11. Pathologies or treatments directly or indirectly related to the human immunodeficiency virus (HIV) infection;
12. Treatments directly or indirectly related to hepatitis virus infection, excluding hepatitis A;
13. Accidents or Illnesses caused by attempted suicide or self-mutilation, participation in bets or challenges, involvement in duels and fights or practice of intentional or seriously guilty or illicit acts by the Insured Person;
14. Mental health disorders being or not a consequence of another Illness or Accident;
15. Psychology, psychoanalysis, psychotherapy, psychomotricity, hypnosis and sleep therapy sessions, regardless of the diagnosis;
16. Sexual dysfunctions, except as consequence of an Illness covered by the Policy;
17. Sex change treatments and/or surgery, and their consequences;
18. All medical acts practiced within the scope of infertility and medically assisted reproduction, including medical appointments, complementary diagnostic and therapy means, exams, infertility treatments, artificial insemination methods, in-vitro fertilisation or embryo transfer procedures, as well as the consequences of the application thereof;

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; Caça de animais ferozes ou que reconhecidamente sejam considerados perigosos; Hipismo; Espeleologia;
 - c. Cataclismos da natureza, atos de guerra, declarada ou não, de terrorismo, de sabotagem e perturbações da ordem pública;
34. Meios complementares de diagnóstico e terapêutica e tratamentos realizados no domicílio, bem como enfermagem privativa;
35. Tratamentos termais e estadias em termas, sanatórios, lares, residências assistidas, casas de repouso, convalescença e cuidados continuados, centros de tratamento de toxicodependência e alcoolismo e outros estabelecimentos similares;
36. Ginástica, natação, massagens e outros similares, ainda que prescritos pelo Médico, exceto os que resultem de Doença ou Acidente enquadráveis nas garantias do contrato;
37. 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.
19. Family planning and contraceptive methods, surgical and non surgical, including possible complications and costs incurred in order to reverse the effects of a voluntarily performed sterilisation surgery;
20. Voluntary termination of pregnancy and its consequences;
21. Medical appointments, treatments and surgery for weight control, as well as clinical situations arising therefrom, regardless of the diagnosis that gives rise to the indication of these therapeutic interventions, including but not limited to obesity, whatever its classification, metabolic syndrome or pathologies related to eating disorders;
22. Aesthetic treatments or surgeries, plastic or reconstructive treatments, as well as their consequences, provided they are not related to an Accident covered by the insurance or arising from an illness manifested during the term of the contract;
23. Haemodialysis for the treatment of chronic pathologies;
24. Surgical or laser treatments to correct refractive errors of vision, including myopia, astigmatism and hypermetropia, as well as their consequences;
25. Surgical interventions for correcting snoring, except in case of apnoea;
26. Transplants and implants and their consequences, including all clinical acts, laboratory acts and materials necessary;
27. Medical appointments and treatments in areas not acknowledged by the Portuguese Medical Association or not within the frame of the Legislation on Non- conventional Therapies;
28. Experimental treatments, acts and tests that require medical certification;
29. Accidents and Illnesses covered or that should be covered by compulsory insurances, up to the limits guaranteed by them;
30. Occupational Accidents and Illnesses, up to the limits guaranteed by the State;
31. Diseases, where there is an epidemic or pandemic declared by the competent authorities;
32. Illnesses or sequelae arising from non-therapeutic radiation exposure, including consequences of the use of bacteriological weapons or chemical agents;
33. Accidents arising from:
 - a. Participation in sports competitions and respective trainings, whether as a professional or amateur;
 - b. Practice of dangerous or radical sports such as: land motor sports; Mountain-biking; Parachuting, including the practice of free fall, paragliding, hand-gliding and wingsuit flying with or without a parachute; Jumps or inverted jumps with the use of body suspension mechanisms (bungee jumping), jump off cliffs, rocks, mountains, precipices, buildings, towers, antennae, dams, bridges or other physical platforms with or without a parachute (base jumping); Water motor sports, water-skiing and any water sports where the person is driven by a motor, parachute or kite (kitesurfing); Water board sports; Rafting; Sport diving; Submarine hunting; Winter sports; Alpine climbing, mountaineering, climbing, skyrunning and coast running; Slide and rappel; Other sports of similar danger; Martial arts, fighting and boxing; Bullfighting and release of bulls or any type of livestock; Hunt of ferocious animals or those which are commonly considered dangerous; Equestrianism; Speleology;
 - c. Natural cataclysms, acts of war, be it declared or not, of terrorism, of sabotage and public order disturbances;
34. Complementary diagnostic and therapy means and treatments performed at home, as well as private nursing;
35. Thermal treatments and stays at spas, sanatoriums, group and care homes, retirement, convalescent and continued care homes, treatment centres for drug addiction and alcoholism and other similar establishments;
36. Gymnastics, swimming, massages and similar others, even if prescribed by a Physician, except those resulting from an illness or an Accident that may be covered by the guarantees of the contract;
37. Treatments performed in establishments not authorised to provide healthcare, such as gyms, beauty and wellness centres and similar establishments;
38. Accommodation of persons accompanying the Insured Person;
39. Travels and stays;
40. Maxillofacial surgery due to a pathology arising from alterations in growth or development that may lead to functional disorders;
41. Services that are not clinically necessary, given the clinical situation of the Insured Person and according to the protocols and standards acknowledged by the medical community.

E - PERÍODOS DE CARÊNCIA

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

Em caso de Acidente que implique tratamento hospitalar urgente em regime de internamento ou ambulatorio, 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
CONSULTAS, EXAMES E TRATAMENTOS (AMBULATORIO)	60
ASSISTÊNCIA DOMICILIÁRIA	60
EXTENSÃO AO ESTRANGEIRO	CONFORME COBERTURA ACIONADA
MEDICINA PREVENTIVA (CHECK-UP)	60

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

- 180 dias: Excisão cirúrgica de lesões benignas na pele.
- 360 dias: Facioemulsificação, cirurgia de varizes, adenoidectomia com ou sem amigdalectomia e/ou miringotomia, artrotomia e/ou artroscopia, septoplastia e/ou microcirurgia endonasal, meniscectomia, extirpação de hérnia discal e laserterapia de lesões benignas da pele.

Mediante pedido expresso das Pessoas Seguras, devidamente documentado, e desde que aceite pelo Segurador, a Pessoa Segura pode beneficiar de isenção de Períodos de Carência nas coberturas e Capitais de contrato de seguro que termine no dia anterior ao início deste (transferência). As isenções de Períodos de Carência que sejam aceites constam expressamente da Apólice.

Ainda que não sejam aplicáveis os Períodos de Carência nas transferências, estão excluídas as Doenças Preexistentes.

F - ÂMBITO DAS COBERTURAS

1. INTERNAMENTO HOSPITALAR

O QUE ESTÁ SEGURO

A cobertura garante, nos termos e limites fixados nas Condições Particulares ou Certificado de Seguro, o pagamento de despesas relativas a 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, recbro, 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.

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

A cobertura não garante despesas:

- Com Pequena Cirurgia, ainda que realizadas em Unidade Hospitalar e qualquer que seja o período de permanência;
- Com estadia de acompanhantes da Pessoa Segura, exceto em caso de internamento hospitalar de menores até aos catorze anos de idade ou de cidadãos portadores de deficiência congénita ou adquirida;
- Com os atos clínicos referidos na alínea f) do n.º 1 que possam ser executados sob anestesia loco-regional/local, ainda que sejam executados sob anestesia geral, nomeadamente dentisteria, endodontia, cirurgia oral, periodontologia, implantologia, prostodontia e ortodontia;

E - GRACE PERIODS

The Grace Period is counted from the date of commencement of the insurance of each Insured Person.

In case of Accident requiring emergency hospital inpatient or outpatient treatment, the Grace Periods are not applicable.

The Grace Periods applicable to this contract are indicated in the following table:

GRACE PERIODS	DAYS
INPATIENT HOSPITALISATION	180
MEDICAL APPOINTMENTS, EXAMS AND TREATMENTS (OUTPATIENTS)	60
HOME ASSISTANCE	60
OVERSEAS EXTENSION	DEPENDING ON THE ACTIVATED COVERAGE
PREVENTIVE MEDICINE (CHECK-UP)	60

Apart from the aforementioned Grace Periods, the following Grace Periods per therapy also apply:

- 180 days: Surgical excision of benign skin lesions.
- 360 days: Phacoemulsification, varicose vein surgery, adenoidectomy with or without tonsillectomy and/or myringotomy, arthroscopy and/or arthroscopy, septoplasty and/or endonasal microsurgery, meniscectomy, extirpation of disc herniation and laser therapy of benign skin lesions.

Upon an express written request of the Insured Person, provided it is accepted by the Insurer, the Insured Person may benefit from an exemption of Grace Periods in the coverages and capitals of the insurance contract which end on the day before the commencement of the insurance (transfer). Exemptions from Grace Periods that are accepted are expressly indicated in the policy.

Even if the Grace Periods are not applicable in transfers, Pre-existing Illnesses are excluded.

F - SCOPE OF THE COVERAGES

1. INPATIENT HOSPITALISATION

WHAT IS INSURED

This coverage guarantees, under the terms and limits set out in the Schedule of the Policy or the Insurance Certificate, the payment of costs incurred with diagnosis or therapy acts, including surgeries, whose performance requires the specific means and services of Hospital Environment, namely:

- Accommodation and use of the infrastructures necessary for the performance of medical acts (hospitalisation costs, operating room, recovery, intensive care unit and equipment), even if performed within the scope of admission and discharge on the same day (Surgery in Hospital Environment without Hospitalisation);
- Medical and nursing fees, related to the assistance provided;
- Medication, materials and all products associated to the provided care;
- Auxiliary diagnostic tests, associated to the medical acts performed;
- Osteosynthesis material and intra-surgical prosthetics;
- Maxillofacial Surgery, with the exception of Surgery in Hospital Environment without Hospitalisation;
- Chemotherapy and Radiotherapy treatments, even if performed within the scope of Outpatient Care.

WHAT IS NOT INSURED (apart from the exclusions in par. D - EXCLUSIONS)

This coverage does not guarantee costs:

- With minor surgeries, even if performed in a Hospital Unit and regardless of the period of stay;
- With the accommodation of persons accompanying the Insured Person, except in case of inpatient hospitalisation of minors up to the age of fourteen or citizens with congenital or acquired disabilities;
- With the clinical acts referred to in par. 1(f) that may be performed under loco-regional/local anaesthesia, even if they are performed under general anaesthesia, namely dentistry, endodontics, oral surgery, periodontology, implantology, prosthodontics and orthodontics;

- d) 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. TRANSPORTE DE URGÊNCIA

O QUE ESTÁ SEGURO

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

- Transporte de urgência até à Unidade Hospitalar mais próxima;
- Vigilância por parte de equipa médica 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 para o transporte;
- Em caso de necessidade determinada por indicação médica, transporte desde a Unidade Hospitalar em que se encontre internada para outra Unidade Hospitalar;
- Transporte de regresso ao seu domicílio habitual, após alta médica.

COMO PEDIR O TRANSPORTE

O transporte tem de ser pedido através do Apoio ao Cliente Multicare.

3. CONSULTAS, EXAMES E TRATAMENTOS (AMBULATÓRIO)

O QUE ESTÁ SEGURO

A cobertura garante, nos termos e limites fixados nas Condições Particulares ou Certificado de Seguro, o pagamento de despesas efetuadas com atos de diagnóstico ou terapêutica, que não requeiram os meios e serviços específicos de Ambiente Hospitalar, mesmo que nele sejam realizados, nomeadamente:

- Honorários de consultas médicas;
- Honorários médicos e de enfermagem relativos a outros atos médicos, incluindo a Pequena Cirurgia;
- Materiais e produtos associados aos atos médicos;
- Meios complementares de diagnóstico e terapêutica e meios terapêuticos;
- Tratamentos de Medicina Física e de Reabilitação, incluindo terapia da fala, desde que prescritos por Médico.

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

A cobertura não garante despesas com:

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

MODALIDADE DE UTILIZAÇÃO

As modalidades de utilização (Prestação na Rede ou Prestação por Reembolso) estão definidas na Apólice.

A utilização em Rede necessita de autorização prévia, nomeadamente, nos seguintes casos:

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

- d) Of a personal nature (for example, food not included in the hospitalisation costs and telecommunications costs).

TYPE OF USE

The type of use (Network or Reimbursement) is defined in the Policy. The use in the Network always requires previous authorisation.

If the physician does not belong to the Multicare Network, all the costs guaranteed shall be considered within the scope of Benefits by Reimbursement, even if they are incurred in a Healthcare Unit of the Multicare Network.

The reimbursement of costs regarding medical fees is limited to the coefficient K amount indicated in the Policy.

2. EMERGENCY TRANSPORTATION

WHAT IS INSURED

This coverage grants to the Insured Person, whenever their state of health so justifies, the right to:

- Emergency transportation to the nearest hospital unit;
- Surveillance by the medical team, in cooperation with the Treating Physician of the Insured Person, in order to determine the most convenient actions to be taken for the best treatment to be followed and the most adequate means to be used for transportation;
- In case of need determined by medical indication, transportation from the hospital unit where they are staying to another hospital unit;
- Transportation back to their habitual domicile, after medical discharge.

HOW TO REQUEST FOR TRANSPORTATION

Transportation must be requested through Multicare's Customer Service.

3. MEDICAL APPOINTMENTS, EXAMS AND TREATMENTS (OUTPATIENTS)

WHAT IS INSURED

This coverage guarantees, under the terms and limits set out in the Schedule of the Policy or the Insurance Certificate, the payment of costs incurred with diagnosis or therapy acts that do not require the specific means and services of Hospital Environment, even if they are performed in said environment, namely:

- Medical appointments' fees;
- Medical and nursing fees related to other medical acts, including Minor Surgery;
- Materials and products associated to the medical acts;
- Auxiliary diagnostic tests and therapeutic means;
- Physical and Rehabilitation Medicine treatments, including speech therapy, provided they are prescribed by a Physician.

WHAT IS NOT INSURED (apart from the exclusions in par. D - EXCLUSIONS)

This coverage does not guarantee costs with:

- Surgery, including Surgery in Hospital Environment without Hospitalisation;
- Stomatology and Dental Medicine appointments, treatments, surgery and prosthetics and orthotics;
- Orthoptics exercises, except if prescribed by an Ophthalmologist;
- Prosthetics and Orthotics;
- Medication.

TYPE OF USE

The types of use (Benefits in the Network or Benefits by Reimbursement) are set out in the Policy. The use in the Network requires previous authorisation, namely in the following cases:

- Genetics appointments;
- Auxiliary diagnostic tests and therapeutic means:
 - Neurophysiology special services;
 - Genetics Auxiliary diagnostic tests;
 - Invasive means of diagnosis or therapy.
- Treatments:
 - Surgical treatments in Outpatient Care;
 - Physical and Rehabilitation Medicine.
- Any other diagnosis and therapy acts defined at www.multicare.pt as requiring previous authorisation.

4. CONSULTAS PLUS

O QUE ESTÁ SEGURO

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

- O número de consultas médicas, conforme definido nas Condições Particulares ou Certificado de Seguro.
- Para os restantes atos de Ambulatório, o Acesso à Rede.
- Esgotado o número de consultas previsto nas Condições Particulares ou no Certificado de Seguro, o Acesso à Rede também para consultas.

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

A cobertura não garante tratamentos e exames realizados durante a consulta.

Na modalidade de Acesso à Rede não são aplicáveis quaisquer exclusões.

MODALIDADE DE UTILIZAÇÃO

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

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

5. MEDICINA ONLINE

O QUE ESTÁ SEGURO

A cobertura garante apoio e aconselhamento remoto de médicos ou de outros profissionais de saúde. Este apoio e aconselhamento poderá ser realizado, conforme opção da Pessoa Segura e dependendo da disponibilidade:

- por telefone;
- por correio eletrónico;
- através de aplicação móvel (app);
- através de outro meio previsto em www.multicare.pt

O apoio ou aconselhamento são prestados de acordo com os sinais e sintomas que a Pessoa Segura comunique, cabendo ao serviço de apoio de especialistas sugerir a utilização dos meios mais adequados ao tipo de situação. Poderá haver indicação da necessidade de cuidados presenciais ou de outro tipo de ações. A responsabilidade desta cobertura fica, pois, limitada à responsabilidade decorrente deste tipo de serviço nas circunstâncias não presenciais em que é praticado.

Os serviços que integram a presente cobertura são os seguintes:

a) CONSULTA POR TELEFONE

A consulta por telefone permite à Pessoa Segura a avaliação por Médico de Medicina Geral e Familiar. Se houver referenciação para consulta de especialidade disponível nos serviços de telemedicina, a Pessoa Segura poderá, posteriormente, ser contactada pelo Médico especialista. A Pessoa Segura poderá fazer o envio de imagens e de exames para que os Médicos possam avaliar melhor a situação clínica.

b) VIDEOCONSULTA

Este serviço visa disponibilizar à Pessoa Segura, através de uma aplicação móvel (APP), a possibilidade de:

- Agendar previamente, com escolha de dia e hora, um contacto com um Médico, por meio remoto (vídeo);
- Fazer o envio (upload) de imagens e de exames para que o Médico possa estudar, antes da videoconsulta, a situação clínica;
- Ser contactada por um Médico por meio remoto (vídeo) na data/hora agendada e obter apoio e aconselhamento clínico para adoção de medidas que visem a melhoria da sua saúde.

c) SEGUNDA OPINIÃO

O serviço de Segunda Opinião permite, em caso de Doença diagnosticada da Pessoa Segura, ter acesso à opinião de especialistas Médicos. Com este serviço a Pessoa Segura obterá, num breve período, um relatório escrito que inclui a opinião de um ou vários especialistas, com base na informação médica facultada, a qual é imprescindível para solicitar o serviço.

Outros serviços identificados em multicare.pt.

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

A cobertura não garante:

- Eventuais danos por atrasos ou dificuldades no acesso a este serviço, em consequência de anomalias nas redes de telecomunicações;

4. PLUS APPOINTMENTS

WHAT IS INSURED

This coverage guarantees, under the terms and limits set out in the Schedule of the Policy:

- The number of medical appointments, as defined in the Schedule of the Policy or the Insurance Certificate;
- For the remaining Outpatients acts, the Access to the Network.
- After the number of medical appointments set out in Schedule of the Policy or the Insurance Certificate is depleted, the Access to the Network also for appointments.

WHAT IS NOT INSURED (apart from the exclusions in par. D - EXCLUSIONS)

This coverage does not guarantee treatments and tests occurred during the appointment. The exclusions are not applicable within the scope of Access to the Network.

TYPE OF USE

The use of this coverage is exclusive within the scope of Benefits in the Network for appointments and of Access to the Network under the conditions referred to in subparagraphs b) and c) of the item "WHAT IS INSURED" of this coverage.

Previous authorisation is required for genetics appointments. The Insurer may come to define the need for authorisation for other appointments that will be indicated, at each moment, in its website.

5. ONLINE MEDICINE

WHAT IS INSURED

This coverage guarantees remote assistance and counselling by physicians or other healthcare professionals. This support and counselling may be provided, at the Insured Person's discretion and depending on availability:

- by telephone;
- by e-mail;
- the mobile application (app);
- through any other means provided for at www.multicare.pt.

This support or counselling is provided according to the signs and symptoms reported by the Insured Person, being the responsibility of the specialist customer service to suggest the use of the means most adequate to the type of situation. They may suggest the need for in-person care or other type of actions. The liability of this coverage is thus limited to the liability arising from this kind of service in the remote circumstances it is performed.

The services included in this coverage are the following:

a) APPOINTMENT BY TELEPHONE

The appointment by telephone allows the Insured Person to be examined by a Physician specialised in general and family medicine. In case of referral to a specialty appointment available in the telemedicine services, the Insured Person may be contacted by the Medical specialist. The Insured Person may send medical images and exams so that the Physicians may better assess the clinical situation.

b) VIDEO APPOINTMENT

This service seeks to provide to the Insured Person, through the access to a mobile application (APP), the possibility to:

- Previously schedule, choosing the date and time, a contact with a Physician by remote means (video);
- Upload medical images and exams so that the Physicians may study the clinical situation before the video appointment;
- Be contacted by a Physician through remote means (video) at the appointed date/time and obtain clinical support and counselling for the adoption of measures seeking the improvement of their health.

c) SECOND OPINION

The Second Opinion service enables, in the case of a diagnosed illness of the Insured Person, to get access to the opinion of Medical specialists. With the service, the Insured Person shall obtain, within a short period of time, a written report including the opinion of one or several specialists, based on the medical information provided, which is indispensable in order to request the service.

Other services mentioned at multicare.pt.

WHAT IS NOT INSURED (apart from the exclusions in par. D - EXCLUSIONS)

This coverage does not guarantee:

- Any damages arising from delays or difficulties in accessing this service as a consequence of anomalies in telecommunications networks;

- b) Eventuais consequências de atraso ou negligência imputáveis à Pessoa Segura, bem como as consequências de informação deficiente, incorreta ou inexata por ela prestada ou por terceiros sob as suas instruções;
- c) Eventuais consequências do não cumprimento, por parte da Pessoa Segura, das indicações fornecidas através do serviço.

- b) Any consequences arising from delays or negligence ascribable to the Insured Person, as well as the consequences of deficient, incorrect or inaccurate information provided by them or third parties under their instructions;
- c) Any consequences arising from the non-compliance by the Insured Person with the recommendations provided through this service.

6. ACESSO À REDE DE CONSULTAS, EXAMES E TRATAMENTOS (AMBULATÓRIO)

O QUE ESTÁ GARANTIDO

Nos termos e limites fixados nas Condições Particulares ou Certificado de Seguro, está garantido o Acesso à Rede para atos de diagnóstico ou terapêutica, que não requeiram os meios e serviços específicos de Ambiente Hospitalar, mesmo que nele sejam realizados, suportando a Pessoa Segura a totalidade do respetivo custo, nomeadamente:

- a) Honorários de consultas médicas;
- b) Honorários médicos e de enfermagem relativos a outros atos médicos;
- c) Materiais e produtos associados aos atos médicos;
- d) Meios complementares de diagnóstico e terapêutica;
- e) Tratamentos do foro da Medicina Física e de Reabilitação, incluindo Terapia da Fala.

O QUE NÃO ESTÁ GARANTIDO

Não são aplicáveis as exclusões constantes do Item D deste documento – “Exclusões aplicáveis a todas as coberturas”.

MODALIDADE DE UTILIZAÇÃO

A cobertura só pode ser utilizada na modalidade de Acesso à Rede. Alguns atos médicos, definidos pelo Segurador em www.multicare.pt, necessitam de autorização prévia.

7. ASSISTÊNCIA DOMICILIÁRIA

O QUE ESTÁ SEGURO

A cobertura garante a assistência domiciliária à Pessoa Segura, quando o seu estado de saúde o justifique, confirmado através do Apoio ao Cliente Multicare, e nos termos e limites fixados nas Condições Particulares ou Certificado de Seguro. Desde que contratadas e mencionadas na Apólice, ficam garantidas:

- a) Consultas médicas domiciliárias;
- b) Enfermagem domiciliária (com prescrição médica);
- c) Exames no domicílio (com prescrição médica).

COMO PEDIR A ASSISTÊNCIA

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

8. ACESSO À REDE DE ESTOMATOLOGIA E MEDICINA DENTÁRIA

O QUE ESTÁ GARANTIDO

Nos termos e limites fixados nas Condições Particulares ou Certificado de Seguro, está garantido o Acesso à Rede para atos de diagnóstico ou terapêutica de Estomatologia e Medicina Dentária, suportando a Pessoa Segura a totalidade do respetivo custo (Preços Convencionados), nomeadamente:

- a) Honorários médicos;
- b) Meios complementares de diagnóstico e terapêutica;
- c) Próteses estomatológicas;
- d) Ortodontia;
- e) Materiais e todos os produtos associados aos atos médicos realizados.

O QUE NÃO ESTÁ GARANTIDO

Não são aplicáveis as exclusões constantes do Item D deste documento – “Exclusões aplicáveis a todas as coberturas”.

MODALIDADE DE UTILIZAÇÃO

A cobertura só pode ser utilizada na modalidade de Acesso à Rede. Alguns atos médicos, definidos pelo Segurador em www.multicare.pt, necessitam de autorização prévia.

9. ACESSO À REDE DE TERAPÊUTICAS NÃO CONVENCIONAIS

O QUE ESTÁ GARANTIDO

Nos termos e limites fixados nas Condições Particulares ou Certificado de Seguro, está garantido o Acesso à Rede de Terapêuticas Não Convencionais, suportando a Pessoa Segura a totalidade dos custos (Preços Convencionados), nos seguintes serviços:

6. ACCESS TO THE NETWORK OF MEDICAL APPOINTMENTS, EXAMS AND TREATMENTS (OUTPATIENTS)

WHAT IS GUARANTEED

Under the terms and limits set out in the Schedule of the Policy or the Insurance Certificate, this coverage guarantees the Access to the Network for diagnosis or therapy acts which do not require the specific means and services of Hospital Environment, even if they are performed in such environment, the Insured Person bearing their full costs, namely:

- a) Medical appointments' fees;
- b) Medical and nursing fees regarding other medical acts;
- c) Materials and products associated to medical acts;
- d) Auxiliary diagnostic tests;
- e) Physical and Rehabilitation Medicine treatments, including Speech Therapy.

WHAT IS NOT GUARANTEED

The exclusions in Item D of this document – “Exclusions applicable to all coverages” are not applicable to this coverage.

TYPE OF USE

This coverage may only be used within the scope of Access to the Network. Some medical acts, defined by the Insurer at www.multicare.pt, require previous authorisation.

7. HOME ASSISTANCE

WHAT IS INSURED

This coverage guarantees home assistance to the Insured Person, whenever the state of health of the Insured Person so justifies, confirmed through Multicare's Customer Service, and under the terms and limits set out in the Schedule of the Policy or the Insurance Certificate. Provided that the following are underwritten and mentioned in the Policy, this coverage guarantees:

- a) House calls;
- b) Home nursing (with medical prescription);
- c) Home tests/examinations (with medical prescription).

HOW TO REQUEST FOR ASSISTANCE

Assistance must be requested through Multicare's Customer Service.

8. ACCESS TO THE STOMATOLOGY AND DENTAL MEDICINE NETWORK

WHAT IS GUARANTEED

Under the terms and limits set out in the Schedule of the Policy or the Insurance Certificate, this coverage guarantees the Access to the Network for diagnosis or therapy acts of stomatology and dental medicine, the Insured Person bearing their full costs (Agreed Prices), namely:

- a) Medical fees;
- b) Auxiliary diagnostic tests;
- c) Dental prosthetics;
- d) Orthodontics;
- e) Materials and all products associated to the medical acts performed.

WHAT IS NOT GUARANTEED

The exclusions in Item D of this document – “Exclusions applicable to all coverages” are not applicable to this cover.

TYPE OF USE

This coverage may only be used within the scope of Access to the Network. Some medical acts, defined by the Insurer at www.multicare.pt, require previous authorisation.

9. ACCESS TO THE NON-CONVENTIONAL THERAPIES NETWORK

WHAT IS GUARANTEED

Under the terms and limits set out in the Schedule of the Policy or the Insurance Certificate, this coverage guarantees the Access to the Non-Conventional Therapies Network, the Insured Person bearing the full costs thereof (Agreed Prices), in the following services:

- a) Acupuntura;
- b) Homeopatia;
- c) Osteopatia;
- d) Medicina Tradicional Chinesa;
- e) Naturopatia;
- f) Fitoterapia;
- g) Quiropraxia.

O QUE NÃO ESTÁ GARANTIDO

Não são aplicáveis as exclusões constantes do Item D deste documento – “Exclusões aplicáveis a todas as coberturas”.

MODALIDADE DE UTILIZAÇÃO

A cobertura só pode ser utilizada na modalidade de Acesso à Rede.

- a) Acupuncture;
- b) Homeopathy;
- c) Osteopathy;
- d) Chinese Traditional Medicine;
- e) Naturopathy;
- f) Phytotherapy;
- g) Chiropractic.

WHAT IS NOT GUARANTEED

The exclusions in Item D of this document – “Exclusions applicable to all coverages” are not applicable to this coverage.

TYPE OF USE

This coverage may only be used under Access to the Network.

10. ACESSO À REDE DE ÓTICAS

O QUE ESTÁ GARANTIDO

Nos termos e limites fixados nas Condições Particulares ou Certificado de Seguro, está garantido o Acesso à Rede de Óticas, suportando a Pessoa Segura a totalidade dos custos (Preços Convencionados) dos Aros e Lentes.

O QUE NÃO ESTÁ GARANTIDO

Não são aplicáveis as exclusões constantes do Item D deste documento – “Exclusões aplicáveis a todas as coberturas”.

MODALIDADE DE UTILIZAÇÃO

A cobertura só pode ser utilizada na modalidade de Acesso à Rede.

10. ACCESS TO THE OPTICAL NETWORK

WHAT IS GUARANTEED

Under the terms and limits set out in the Schedule of the Policy or the Insurance Certificate, this coverage guarantees the Access to the Optical Network, the Insured Person bearing the full costs, in expenses incurred within the scope of the subscribed models for Frames and Lenses (Agreed Prices).

WHAT IS NOT GUARANTEED

The exclusions in Item D of this document – “Exclusions applicable to all coverages” – are not applicable to this coverage.

TYPE OF USE

This coverage may only be used under Access to the Network.

11. ASSISTÊNCIA CLÍNICA EM VIAGEM

O QUE ESTÁ SEGURO

A cobertura garante a Assistência, quando a Pessoa Segura se encontre em viagem em Portugal ou em deslocação ao estrangeiro não superior a 60 dias, nos termos e limites fixados nas Condições Particulares ou Certificado de Seguro, nas situações seguintes:

- a) Admissão em Unidade Hospitalar
Verificada a necessidade de internamento ou tratamento, junto do Apoio ao Cliente Multicare, o Segurador assegura os procedimentos necessários à admissão na Unidade escolhida pela Pessoa Segura.
- b) Transporte para Unidade Hospitalar
Verificada a necessidade, junto do Apoio ao Cliente Multicare, de transporte em ambulância, veículo sanitário ligeiro ou outro meio de transporte que a gravidade da situação justifique, o Segurador garante o mesmo, até à Unidade indicada pela Pessoa Segura, podendo incluir o transporte para um acompanhante (Médico, familiar ou outro).
Após alta médica, o Segurador garante o transporte de regresso, em meio de transporte adequado, para a Pessoa Segura e para o acompanhante.
O serviço de transporte para internamento numa Unidade Hospitalar fora do território nacional, apenas está garantido quando a Pessoa Segura se encontre no estrangeiro à data do Acidente ou Doença súbita ou desde que não exista em Portugal qualquer unidade onde o tratamento possa ser realizado. O serviço é ainda garantido, quando não haja possibilidade de internamento, em tempo útil, em Unidade de Saúde no território nacional, estando a Pessoa Segura em risco de vida.
Se a Pessoa Segura for portadora de Doença contagiosa, a utilização do transporte de avião de linha aérea regular fica condicionada à autorização da companhia aérea transportadora. Não sendo concedida autorização, se a Pessoa Segura o desejar, poderá optar por qualquer meio de transporte, previamente acordado entre o seu Médico Assistente e os serviços clínicos do Segurador.
- c) Despesas de Funeral e Repatriamento
Se a Pessoa Segura falecer no estrangeiro, durante o Internamento Hospitalar, o Segurador suportará eventuais despesas com as formalidades legais a cumprir no local do falecimento, com o transporte do corpo em urna até ao local do funeral em Portugal, assim como as despesas de funeral, até ao valor máximo de € 2.500,00.
- d) Alta sob Vigilância Clínica Se, em consequência de Internamento Hospitalar, a Pessoa Segura necessitar de ficar alojada fora da sua residência habitual para vigilância médica, fica garantido o pagamento do alojamento por ela escolhido, até ao valor máximo de € 100,00/dia, no máximo de 7 (sete) dias por anuidade.

11. CLINICAL TRAVEL ASSISTANCE

WHAT IS INSURED

This coverage guarantees Assistance to the Insured Person when travelling in Portugal or abroad for a maximum of 60 days, under the terms and limits set out in the Schedule of the Policy or the Insurance Certificate, in the following situations:

- a) Admission in a Hospital Unit
After verifying the need for hospitalisation or treatment through Multicare’s Customer Service, the Insurer guarantees the procedures necessary for the admission in the Hospital Unit chosen by the Insured Person.
- b) Transportation to the Hospital Unit
After verifying the need, through Multicare’s Customer Service, for transportation in an ambulance, light medical transport or other means of transportation justified by the seriousness of the situation, the Insurer shall guarantee such transportation up to the Hospital Unit indicated by the Insured Person, which may include transportation for one accompanying person (Physician, family member or other).
After medical discharge, the Insurer shall provide transportation back, in a suitable means of transportation, for the Insured Person, as well as for the accompanying person. The transport for hospitalisation in a Hospital Unit outside Portuguese territory is guaranteed only if the Insured Person is already abroad at the date of the Accident or sudden illness or provided that there is no unit in Portugal where the treatment may be performed. The service is also guaranteed where there is no possibility of timely hospitalisation in a Healthcare Unit in Portuguese territory, if the Insured Person’s life is at risk.
If the Insured Person has a contagious illness, the use of airplane transport (regular flight) is conditioned by the authorisation of the airline. In case authorisation is not granted, the Insured Person may at their discretion choose any means of transport, previously agreed between their Treating Physician and the clinical services of the Insurer.
- c) Funeral and Repatriation Costs
If the Insured Person dies abroad, during the period of Inpatient Hospitalisation, the Insurer shall bear any costs related to the legal formalities to be observed at the place of death, as well as the costs arising from the transport of the corpse in a coffin up to the place of the funeral in Portugal, as well as the funeral costs, up to the maximum amount of EUR 2,500.00.
- d) Discharge under Clinical Surveillance
If, as a consequence of Hospitalisation, the Insured Person needs to stay outside their habitual residence for medical surveillance, the Insurer shall cover the accommodation chosen by the Insured Person, up to the maximum of EUR 100.00/day, for a maximum of 7 (seven) days per annuity.

- e) Envio de Medicamentos
Garante a procura e envio de medicamentos prescritos por Médico, se os mesmos não estiverem disponíveis no local onde a Pessoa Segura se encontra.
O custo de aquisição desses medicamentos será suportado pela Pessoa Segura.

COMO PEDIR A ASSISTÊNCIA

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

- e) Sending of Medication
The Insurer shall guarantee the obtaining and sending of medication prescribed by a Physician, if they are not available in the place where the Insured Person is.
The purchase cost of said medication shall be borne by the Insured Person.

HOW TO REQUEST FOR ASSISTANCE

Assistance must be requested through Multicare's Customer Service.

12. EXTENSÃO AO ESTRANGEIRO

O QUE ESTÁ SEGURO

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

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

Não estão garantidas as despesas com deslocação e estadia.

MODALIDADE DE UTILIZAÇÃO

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

13. MEDICINA PREVENTIVA (CHECK-UP)

O QUE ESTÁ SEGURO

A cobertura garante, nos termos e limites fixados nas Condições Particulares ou Certificado de Seguro, as despesas com a realização de check-up pela Pessoa Segura, cuja periodicidade e composição poderá consultar em detalhe em www.multicare.pt.

MODALIDADE DE UTILIZAÇÃO

O Segurador envia a autorização que permite a utilização desta cobertura, exclusivamente na Rede Multicare. Após receção da autorização, a Pessoa Segura procede à marcação e realização dos exames e consulta(s) no Prestador da rede por si selecionado.

A lista dos Prestadores da Rede de Serviços Médicos (Check-Up) está disponível para consulta em www.multicare.pt.

14. TRANSPORTE NÃO URGENTE

O QUE ESTÁ SEGURO

A cobertura garante, nos termos e limites fixados nas Condições Particulares ou Certificado de Seguro, a organização do transporte da Pessoa Segura, pelo meio mais adequado, de ou para o seu domicílio. O Segurador disponibiliza o serviço, efetuando a respetiva marcação, sendo todos os custos do serviço da responsabilidade da Pessoa Segura.

COMO PEDIR O TRANSPORTE

O transporte tem de ser pedido através do Apoio ao Cliente Multicare.

G - DURAÇÃO, RENOVAÇÃO E DENÚNCIA DO CONTRATO

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

H - RESPONSABILIDADE DO SEGURADOR EM CASO DE NÃO RENOVAÇÃO DO CONTRATO

1. Em caso de não renovação do contrato ou da cobertura e não estando o risco coberto por um contrato de seguro posterior o Segurador fica, pelo período de 2 anos e até que se mostre esgotado o Capital Seguro disponível na anuidade em que o contrato cessar a sua vigência, com a obrigação de efetuar as prestações contratualmente devidas, em consequência de Doenças manifestadas ou Acidentes ocorridos durante o período de vigência da Apólice, desde que cobertos pelo seguro.
2. O Segurador deve ser informado da Doença nos trinta dias imediatos ao termo do contrato, salvo justo impedimento.
3. Em caso de não renovação do contrato ou da cobertura, as autorizações emitidas e ainda não utilizadas caducam automaticamente na data do termo do mesmo, sem prejuízo do referido nos números anteriores.

12. OVERSEAS EXTENSION

WHAT IS INSURED

This extension enables the Insured Person to benefit from the coverages of the contract within the scope of Benefits by Reimbursement, for the payment of costs incurred with healthcare outside Portuguese territory.

WHAT IS NOT INSURED (apart from the exclusions in par. D - EXCLUSIONS)

Costs with travels and accommodation are not guaranteed.

TYPE OF USE

This coverage may only be used within the scope of Benefits by Reimbursement.

13. PREVENTIVE MEDICINE (CHECK-UP)

WHAT IS INSURED

This coverage guarantees, under the terms and limits set out in the Schedule of the Policy or the Insurance Certificate, costs incurred with the performance of a check-up to the Insured Person, whose periodicity and composition may be verified in detail at www.multicare.pt.

TYPE OF USE

The Insurer shall grant the authorisation enabling the use of this coverage exclusively in the Multicare Network. After receiving the authorisation, the Insured Person then schedules and performs the exams and medical appointments in the network provider they had selected.

The list of Network Providers of Medical Services is available for consultation at www.multicare.pt.

14. NON-EMERGENCY TRANSPORTATION

WHAT IS INSURED

This coverage guarantees, under the terms and limits set out in the Schedule of the Policy or the Insurance Certificate, the arrangement for the transportation of the Insured Person, by the most adequate means, from or to their domicile.

The Insurer provides the service and shall make the appointment, all the costs of the service being borne by the Insured Person.

HOW TO REQUEST TRANSPORTATION

Transportation must be requested through Multicare's Customer Service.

G - DURATION, RENEWAL AND TERMINATION OF THE CONTRACT

The contract may be entered into for a fixed period (temporary insurance) or for one year and subsequent years, in which case it shall be automatically renewed at the end of each annuity, for equal periods, except if one of the parties terminates it with a prior notice of at least 30 days regarding the end of the annuity.

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

1. In case of non-renewal of the contract or coverage and if the risk is not covered by a subsequent insurance contract, the Insurer shall, for a period of 2 years and until the depletion of the Insured Capital available in the annuity where the contract ceases to be in force, remain with the obligation to pay the benefits contractually due as a consequence of Illnesses manifested or Accidents that occurred during the validity of the Policy, provided they are covered by the insurance.
2. The Insurer must be informed of the Illness within thirty days after the end date of the contract, except in case of a justified impediment.
3. In case of non-renewal of the contract or coverage, any authorisations issued and not yet used automatically expire at the end date of the contract, notwithstanding the provisions in the preceding paragraphs.

I - DIREITO DE LIVRE RESOLUÇÃO DO CONTRATO

1. O Tomador do Seguro que seja pessoa singular dispõe de um prazo de 30 dias, a contar da receção da Apólice, para resolver, nos termos da lei, o contrato, sem necessidade de indicação do motivo, mediante comunicação por escrito, em suporte de papel ou outro meio duradouro disponível e acessível ao Segurador.
2. O prazo referido no nº 1 conta-se a partir da data da celebração do contrato, desde que o Tomador do Seguro nessa data disponha, em papel ou noutro suporte duradouro, de todas as informações relevantes sobre o seguro que tenham de constar da Apólice.
O exercício do direito de livre resolução deve fazer-se através de:
 - Carta dirigida para o seguinte endereço postal:
Multicare - Seguros de Saúde, S.A. Apartado 24213
EC CAMPO DE OURIQUE (LISBOA) 1251-997 LISBOA
 - E-mail para o seguinte endereço:
atendimento@multicare.pt
3. O exercício do direito de livre resolução extingue as obrigações e direitos decorrentes do contrato, com efeitos a partir da data da sua celebração, estando ambas as partes obrigadas a restituir quaisquer quantias que tenham recebido, no prazo de 30 dias, a contar, respetivamente, da receção da notificação pelo Segurador, ou a contar do seu envio pelo Tomador do Seguro. Porém, no caso do seguro ter início, a pedido do Tomador do Seguro, antes do termo do prazo de livre resolução do contrato, o segurador terá direito:
 - a) Ao valor do Prémio calculado proporcionalmente ao tempo já decorrido, na medida em que tenha suportado o risco até à resolução do contrato;
 - b) Ao montante das despesas razoáveis que tenha efetuado com exames médicos anteriores à contratação ou inclusão da Pessoa Segura no contrato, sempre que esse valor seja imputado contratualmente ao Tomador do Seguro.

J - DIREITO DE RESOLUÇÃO

1. Para além do estabelecido no ponto anterior, relativo ao direito de livre resolução por iniciativa do Tomador do Seguro, o contrato, pode ainda, ser resolvido, a todo o tempo, por qualquer das partes, com fundamento em justa causa.
2. A resolução por falta de pagamento de Prémios opera nos termos indicados no ponto L - PRÉMIO infra.
3. A resolução com fundamento em justa causa produz efeitos às 24 horas do próprio dia em que se verificou.

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.

I - RIGHT OF WITHDRAWAL FROM THE CONTRACT

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 - RIGHT OF RESCISSION

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 set in L - PREMIUM below.
3. The rescission grounded on just cause takes effect at 12 midnight of the day it takes place.

K - INITIAL RISK STATEMENT

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 shall be calculated through the application of the tariff or reference rates of the Insurer to the coverage module indicated in the subscription form by the Policyholder. The tariff rate may vary according to age.
2. The payment of the annual insurance Premium, upon agreement between the Insurer and the Policyholder, may be divided into monthly, quarterly or half-yearly instalments.
3. The payment of the Premium is made according to the payment method chosen or available in the insurance subscription form.
4. The Premium or initial instalment thereof is due at the date of conclusion of the contract. Failure to pay at the date indicated in the notice shall result in the automatic termination of the contract from the date of its conclusion.

- Os Prêmios ou frações seguintes são devidos com a periodicidade estabelecida na Apólice e nas datas informadas nos avisos de pagamento.
- Os avisos para pagamento dos Prêmios ou frações são enviados pelo Segurador ao Tomador do Seguro, por escrito, até 30 dias antes da data em que são devidos. Se tiver sido acordado o pagamento do Prêmio em frações com periodicidade igual ou inferior a três meses, o Segurador pode optar por enviar apenas um aviso anual com as datas de vencimento das frações, os seus montantes e as consequências da falta de pagamento.
- A falta de pagamento do Prêmio de uma anuidade subsequente ou da 1ª fração deste, na data em que é devido, impede a prorrogação do contrato, pelo que este não se renovará. A falta de pagamento de qualquer outra fração do Prêmio, na data em que é devida, determina a resolução automática e imediata do contrato nessa mesma data.
- A falta de pagamento de um Prêmio adicional na data indicada no aviso, desde que este decorra de um pedido do Tomador do Seguro para alteração da garantia, determinará que a alteração fique sem efeito. Nesse caso, repor-se-ão as condições contratuais em vigor anteriormente àquele pedido, a menos que a manutenção do contrato se revele impossível, caso em que se considera resolvido na data do vencimento do Prêmio não pago.
- A revogação do débito em conta referente ao pagamento do Prêmio ou fração produz efeitos retroativos à data em que este é devido, equivalendo ao seu não pagamento.

M - SUB-ROGAÇÃO

- 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.
- A Pessoa Segura obriga-se a assegurar os meios necessários para o exercício dos direitos referidos no n.º 1 e responderá por perdas e danos por qualquer ato ou omissão voluntária que possa impedir ou prejudicar o exercício desses direitos.

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

- 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.
- 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.
- 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.
- 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

- 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:
 - Tomar as medidas ao seu alcance para evitar o agravamento do seu estado de saúde;
 - Participar o Sinistro ao Segurador, por escrito, nos 8 dias imediatos à sua ocorrência;
 - Apresentar todos os elementos clínicos relativos ao seu estado de saúde e aos serviços prestados, cessando a responsabilidade do Segurador enquanto não o fizer;
 - Realizar, sempre que solicitados, exames que serão suportados pelo Segurador em Médicos por ele designados, cessando a responsabilidade do mesmo se 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.
- Na modalidade de Prestação por Reembolso, o Tomador do Seguro e a Pessoa Segura obrigam-se ainda a apresentar ao Segurador os recibos

- The following Premiums or instalments are due with the periodicity defined in the Policy and at the dates indicated in the respective payment notices.
- The Insurer shall send the written payment notices of the following premiums or instalments to the Policyholder up to 30 days before due date. If, however, the payment of the Premium has been agreed to be made in instalments with a periodicity equal to or less than every three months, the Insurer may choose to send only an annual notice with the due dates of the instalments, the amounts thereof and the consequences of lack of payment.
- The lack of payment of the Premium of a subsequent annuity or of the 1st instalment thereof until the date where it is due, prevents the extension of the contract, and it shall not be renewed. The lack of payment of any other instalment of the Premium at the date where it is due results in the automatic and immediate termination of the contract at that same date.
- The lack of payment of an additional Premium at the date indicated in the notice, if related to a request by the Policyholder for the amendment of the guarantee will determine that the amendment will be without effect. In this case, the contractual conditions in force prior to said request shall continue to apply, unless the subsistence of the contract proves to be impossible, in which case it will be considered terminated at the due date of the unpaid Premium.
- The revocation of the debit on the account regarding the payment of the Premium or instalment thereof has a retroactive effect as of the date at which it is due, and shall be equivalent to its non-payment.

M - SUBROGATION

- Once the cost is paid, the Insurer is subrogated to all the rights of the Insured Person against the third-parties responsible for the damages, up to the value of the cost incurred.
- The Insured Person undertakes to ensure all the means necessary for the exercise of the rights referred to in par. 1 above and shall be liable for losses and damages arising from any voluntary act or omission that may prevent or prejudice the exercise of those rights.

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

- The maximum amounts guaranteed by the contract, as well as the underwritten Excesses and the applicable Periods of Grace, are indicated in the Schedule of the Policy and are in force in each annuity of the contract.
- The Insurer guarantees to the Insured Person the payment in Euro of the costs incurred or of a capital up to the limit contractually defined in each period of validity of the contract.
- After the depletion of the insured capitals or limits of the policy, during the course of healthcare provision, the Insured Person shall be responsible for bearing the remaining costs in order to avoid the interruption or discontinuity thereof.
- Except where otherwise agreed, in situations of adjustment of the expiry, the guaranteed amounts are proportional to the time at risk.

O - PROCEDURES IN CASE OF A CLAIM

- In case of a Claim covered by the contract, the Policyholder and the Insured Person, under penalty of becoming liable for losses and damages, undertake to:
 - Take all the measures in their power to avoid the aggravation of their state of health;
 - Report the Claim to the Insurer in writing within 8 days following the occurrence thereof;
 - Submit all the clinical elements regarding their state of health and the services provided, the Insurer having no liability until they do so;
 - Whenever these are requested, submit to exams that shall be borne by the Insurer performed by Physicians appointed by it, the Insurer having no liability until they do so;
 - Authorise, within the scope of a Claim that gives rise to a request for benefits or reimbursement under the insurance contract, the Physicians and other healthcare professionals or institutions that have treated the Insured Person to provide to the Physician appointed by the Insurer any information requested by the latter regarding their state of health and the clinical services provided.
- Under Benefits by Reimbursement, the Policyholder and the Insured

originais das despesas, no prazo máximo de 120 dias a contar da data da sua realização. Sempre que os originais tenham sido utilizados pela Pessoa Segura para pedido de reembolso de despesas a outra entidade, podem ser apresentadas cópias dos mesmos, desde que acompanhadas de declaração emitida pela mesma entidade que faça prova do valor total da despesa e do valor do reembolso; de igual modo, sempre que a Pessoa Segura necessite de apresentar os originais para efeitos de pedido de reembolso posterior a outra entidade, apresentará para o efeito cópias dos mesmos, acompanhadas de declaração emitida pelo Segurador, por forma a fazer prova do valor total da despesa e do valor do reembolso.

Os pedidos podem ser apresentados através dos meios digitais disponibilizados pelo Segurador.

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

P - DADOS PESSOAIS DE SAÚDE

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

Tal acesso apenas pode ter lugar desde que, para tal, a Pessoa Segura haja dado o seu consentimento informado, livre, específico e expresse, 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 expresse, poderão, também, ser efetuados por iniciativa do Segurador, através de Médico, ainda que de entidade subcontratada, questionários de saúde, por telefone, com gravação das correspondentes chamadas e tratamento dos dados respetivos.

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

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

Q - RECLAMAÇÕES

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

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

R - AUTORIDADE DE SUPERVISÃO

Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões.

S - LEI APLICÁVEL

1. A Lei aplicável ao contrato é a portuguesa.
2. Nos contratos à distância, as relações estabelecidas pelo Segurador com o consumidor antes da celebração do contrato regem-se pela lei portuguesa.
3. O foro competente para dirimir os litígios emergentes deste contrato é o fixado na lei civil.

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

Person also undertake to submit to the Insurer the original receipts of the costs within 120 days after they are incurred.

Whenever the originals have been used by the Insured Person to request for reimbursements to another entity, copies thereof may be submitted provided they are accompanied by a statement issued by said entity confirming the total value of the cost and the amount of the reimbursement; equally, whenever the Insured Person needs to submit the originals for the purposes of requesting a subsequent reimbursement to another entity, they shall submit copies thereof, along with a statement issued by the Insurer confirming the total value of the costs and the amount of the reimbursement.

The requests may be submitted through the digital channels provided by the Insurer.

3. The Insured Person undertakes to resort to medical assistance and to follow the treatments prescribed in a timely manner, under penalty of the Insurer's liability terminating or being reduced.
4. The Policyholder and the Insured Person are legally liable for losses and damages in cases of fraud, simulation and falsehood to justify health costs or by any other fraudulent means seeking the abusive use of the contract in order to obtain an illegitimate benefit.
5. It is the Insured Person's responsibility to prove the truthfulness of their statements, and the Insurer may require from the Insured Person adequate means of evidence within their power.

P - HEALTH PERSONAL DATA

The Insurer, whether for purposes of acceptance of the contract or for purposes of Claim settlement, may need to access the Insured Person's health personal data.

Such access may only take place if the Insured Person has granted their informed, free, specific and express consent for the purpose, and the access must be processed in strict observance of the legal provisions in force.

Within the scope of risk assessment and provided that the prospective Insured Person has granted their informed, free, specific and express consent for the purpose, health questionnaires may also be carried out on the initiative of the Insurer, by a Physician, even if from an outsourced entity, by telephone with recording of calls and processing of the respective data.

The prospective Insured Person shall be called to provide their consent upon the underwriting of/inclusion in the contract, in order to prevent any dispute situations in case of Claim settlement.

The refusal to grant such consent under the terms and for the purposes mentioned above, in case there is evidence of omissions or inaccuracies by the Insured Person upon the initial risk statement and/or the report of the Claim, shall render the Insurer unable to accept the insurance contract or settle the Claim reported under the insurance contract until the information required by the Insurer is finally 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

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.

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 de Saúde Individual 60+ Multicare.

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 e Cirurgia em Ambiente Hospitalar sem Internamento, com os Capitais seguintes:
 - ✓ 60+ Multicare 1: 50.000€;
 - ✓ 60+ Multicare 2: 200.000€.
- ✓ Consultas, Exames e Tratamentos (Ambulatório):
 - ✓ 60+ Multicare 1: 10 consultas garantidas apenas na rede de prestadores, sendo 8 programadas de consultório e 2 de Serviço de Atendimento Permanente;
 - ✓ 60+ Multicare 2: Capital de 2.000 €.
- ✓ Acesso às Redes de Óticas e de Terapêuticas Não Convencionais, mediante pagamento dos preços convencionados e sem aplicação das exclusões gerais do contrato;
- ✓ Medicina Preventiva (Check-up), sem custos adicionais, nas unidades Luz Saúde ou noutros prestadores indicados pela Multicare;
- ✓ Medicina Online, serviços de assistência prestados através de telefone ou de canais digitais, incluindo videoconsulta;
- ✓ Coberturas de Assistência (pedidas através do Apoio ao Cliente):
 - Transporte de Urgência;
 - Assistência Clínica em Viagem;
 - Consultas Domiciliárias;
 - Enfermagem Domiciliária;
 - Exames no Domicílio;
 - Transporte Não Urgente.

Cobertura opcional:

- ✓ Acesso à Rede de Estomatologia e Medicina Dentária, mediante pagamento dos preços convencionados e sem aplicação das exclusões gerais do contrato.

Capitais seguros

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



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;
- ✗ Transplantes e Implantes;
- ✗ 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;
- ✗ Parto, cesariana e interrupção 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 e pandemia;
- ✗ Tratamentos experimentais;
- ✗ Despesas com acompanhantes, deslocações e alojamento;
- ✗ 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, dos regimes de prestação (Prestação na Rede, Prestação por Reembolso e Acesso à Rede), das franquias, dos copagamentos, do limite de valorização do K (por referência à tabela da Ordem dos Médicos) e dos Períodos de Carência que sejam aplicáveis;
- ! Em caso de Sinistro, se não forem tomadas medidas para evitar o agravamento do estado de saúde, o pagamento de despesas pode ser reduzido ou excluído;
- ! Despesas de natureza particular;
- ! A Pequena Cirurgia é garantida apenas na cobertura de Consultas, Tratamentos e Exames;
- ! Existem atos médicos sujeitos a autorização prévia para serem garantidos pelo seguro no regime de Prestação na rede.



Onde estou coberto?

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



Quais são as minhas obrigações?

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

Em caso de Sinistro devo:

- Tomar medidas para evitar o agravamento do estado de saúde da Pessoa Segura;
- Participar ao segurador nos 8 dias subsequentes à ocorrência;
- Informar o Segurador de todos os factos sobre o Sinistro e permitir o seu acesso à informação clínica, solicitando autorização, quando necessária, conforme indicado na respetiva cobertura;
- Sempre que solicitados, pelo Segurador, realizar, exames que serão suportados por este, em Médicos por ele designados, cessando a responsabilidade do mesmo se a Pessoa Segura não o fizer;
- Apresentar todos os elementos clínicos relativos ao seu estado de saúde e aos serviços prestados, cessando a responsabilidade do Segurador enquanto não o fizer;
- 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 idade de inclusão como Pessoa Segura é entre os 61 e os 70 anos de idade. O seguro funciona sem idade limite de permanência.



Como posso rescindir o contrato?

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

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

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

Insurance product data sheet

Company: Fidelidade - Companhia de Seguros, S.A., based in Portugal, insurance undertaking registered with the Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões under number 1011.
Product: Individual Health Insurance 60+ Multicare

The complete precontractual and contractual information regarding this product is provided in other documents.

What type of insurance is it?

Health Insurance (Sickness insurance branch).



What risks are covered?

Coverages and Capitals available depending on the insurance selected:

- ✓ Inpatient Hospitalisation and Surgeries in Hospital Environment, with the following Capitals:
 - ✓ 60+ Multicare 1: 50.000€;
 - ✓ 60+ Multicare 2: 200.000€.
- ✓ Medical Appointments, Exams and Treatments (Outpatients):
 - ✓ 60+ Multicare 1: 10 medical appointments guaranteed only in the network of providers, 8 being scheduled at the physician's office and 2 of Permanent Assistance Service;
 - ✓ 60+ Multicare 2: Capital of 2.000 €.
- ✓ Access to the Optical and Non-Conventional Therapies Networks, upon payment of the agreed prices and without the application of the general exclusions of the contract;
- ✓ Preventive Medicine (Check Up), without additional costs, at Luz Saúde or other Multicare providers;
- ✓ Online Medicine, assistance services provided by telephone or digital channels, including video appointments;
- ✓ Assistance Coverages (requested through Customer Service):
 - Emergency Transportation;
 - Clinical Travel Assistance;
 - Home Medical Assistance;
 - Home Nursing;
 - Home Exams;
 - Non-Emergency Transportation.

Optional coverage:

- ✓ Access to the Stomatology and Dental Medicine Network, upon payment of the agreed prices and without the application of the general exclusions of the contract.

Insured capitals

- ✓ The Capitals are considered per annuity and Insured Person, being specific per coverage in function of the selected insurance and underwritten Capital options, as per the provisions in the Precontractual Information.



What risks are not insured?

- ✗ Pre-existing or congenital illnesses or injuries;
- ✗ Mental health disorders;
- ✗ Sexual dysfunctions, infertility and contraceptive methods;
- ✗ Weight regulation treatments;
- ✗ Aesthetics surgeries, plastic or reconstructive, except in case of an illness or accident guaranteed by the policy;
- ✗ Transplants and im
- ✗ Illnesses arising from the consumption of alcoholic beverages, the abusive use of medication and the use of unprescribed drugs and narcotics;
- ✗ Costs with medication;
- ✗ HIV and Hepatitis;
- ✗ Haemodialysis treatments;
- ✗ Surgeries to correct snoring disorders;
- ✗ Road and occupational accidents, as well as occupational illnesses;
- ✗ High-risk sports and sports competitions;
- ✗ Events of force majeure, war, terrorism and similar;
- ✗ Services that are not clinically necessary nor do not have a therapeutic purpose;
- ✗ Childbirth, C-Section and pregnancy termination;
- ✗ Surgical or laser treatments to correct sight refractive errors, namely in case of myopia, astigmatism and hypermetropia;
- ✗ Spa treatments, gymnastics, swimming and massages;
- ✗ Illnesses arising from epidemics;
- ✗ Experimental treatments;
- ✗ Costs with accompanying persons, travels and accomodation;
- ✗ All risks that do not fit into the underwritten coverages;
- ✗ All excluded risks in any of the underwritten coverages.



Does the coverage have any restrictions?

- ! Those arising from fraudulent or negligent omissions or inaccuracies by the Policyholder or the Insured Person in the initial risk statement;
- ! Those arising from the insured capital limits, the benefits schemes (Benefits in the Network, Benefits by Reimbursement and Access to the Network), the excesses, the co-payments, the K valuation limit (by reference to the Medical Association table) and the Grace Periods that may be applicable;
- ! In case of a Claim, if measures are not taken to prevent the aggravation of the state of health, the payment of the costs may be reduced or excluded;
- ! Costs of a personal nature;
- ! Minor Surgery is only guaranteed in the coverage for Medical Appointments, Exams and Treatments;
- ! Some medical acts are subject to previous authorisation in order to be guaranteed within the scope of Benefits in the network.



Where am I covered?

- ✓ Worldwide. However, some guarantees are valid only where the Multicare Network operates.



What are my obligations?

- Before entering into the contract, I am obligated to state with accuracy all the circumstances I am aware of and reasonably deem significant for the assessment of the risk by the Insurer, even if they are not requested in the questionnaire provided by the Insurer;
- To pay the insurance Premium or instalments thereof in a timely manner so that the Policy remains in force;
- In case of non-renewal of the contract, to inform the Insurer, within thirty days following the end date of the contract, except for justified impediment, about any Illness then existing so that the Insurer may remain liable for two years;
- To report to the Insurer important changes, such as the composition of the Family Household, address, contact details;
- In case of loss of the Multicare Card, to communicate it to the Insurer within a maximum period of 48 hours.

In case of a Claim I must:

- Take measures to avoid the aggravation of the state of health of the Insured Person;
- Report it to the insurer within 8 days following the occurrence;
- Inform the Insurer of all the facts about the Claim and allow it to access the clinical information, requesting authorisation, if necessary, as indicated in the respective coverage;
- Whenever requested by the Insurer, submit to exams that shall be borne by the Insurer, performed by Physicians appointed by it, the Insurer having no liability if the Insured Person does not do so;
- Submit all the clinical data regarding their state of health and the services provided, the Insurer having no liability if the Insured Person does not do so;
- Authorise, within the scope of a Claim that gives rise to a request for benefits or reimbursement under the insurance contract, the Physicians and other healthcare professionals or institutions that have treated the Insured Person to provide to the Physician appointed by the Insurer any information requested by the latter regarding their state of health and the clinical services provided;
- Act in good faith when using the services in the network of providers and submitting costs for reimbursement;
- Submit the costs for reimbursement within 120 days maximum after they are incurred;
- Not prejudice the Insurer's right of subrogation.



When and how should I pay?

The initial Premium is paid at the date of conclusion of the contract. Subsequent Premiums or instalments are due at the date indicated in the respective payment notice. The Premium may be paid, depending on what has been agreed, in cash, by cheque, debit on the account, postal order and credit card.



When does the coverage start and end?

Without prejudice to the Grace Periods that may be applicable, the contract takes effect as of the payment of the initial Premium and until a subsequent Premium or instalment is not paid, unless in the meantime any other cause for termination of the contract is verified.

The age for subscription is set between the ages of 61 and 70 years old. The insurance operates without permanence age limit.



How can I terminate the contract?

The Policyholder may: a) Terminate the contract, upon notice to the Insurer at least 30 days in advance regarding the end of the annuity; b) Rescind the contract with just cause; c) Withdraw from the contract (without having to indicate any motive) within 30 days after receiving the policy, if the Policyholder is a natural person.

The contract may also be terminated by revocation, by agreement with the Insurer and also by expiry. Notices must be sent in writing or by any other means that provide a durable record.