

SEGURO DE SAÚDE MULTICARE

Condições Gerais e Especiais 94/95

ÍNDICE

CONDIÇÕES GERAIS	
Artigo Preliminar	03
CAPÍTULO I / Contrato	03
ARTIGO 1º	
Definições	04
ARTIGO 2º	
Objeto do Contrato	07
ARTIGO 3º	
Base do Contrato	08
ARTIGO 4º	
Declaração Inicial do Risco	08
ARTIGO 5º	
Início e Duração do Contrato	08
ARTIGO 6º	
Alterações ao Contrato	09
ARTIGO 7º	
Direito de Livre Resolução	09
ARTIGO 8º	
Resolução do Contrato e Exclusão da Pessoa Segura	10
ARTIGO 9º	
Caducidade do Contrato	10
ARTIGO 10º	
Coexistência de Contratos	10
ARTIGO 11º	
Comunicações e Notificações	10
CAPÍTULO II / Garantias	11
ARTIGO 12º	
Âmbito das Garantias	11
ARTIGO 13º	
Início e Duração das Garantias	12
ARTIGO 14º	
Cartão Multicare	12
ARTIGO 15º	
Âmbito Territorial	13
ARTIGO 16º	
Exclusões	13
ARTIGO 17º	
Valores Seguros, Franquias e Copagamentos	13
ARTIGO 18º	
Ônus da Prova	13
ARTIGO 19º	
Responsabilidade do Segurador em Caso de Não Renovação do Contrato	13
CAPÍTULO III / Obrigações e Direitos	14
ARTIGO 20º	
Obrigações do Segurador	14
ARTIGO 21º	
Obrigações do Tomador do Seguro e da Pessoa Segura	14
ARTIGO 22º	
Sub-Rogação	14
ARTIGO 23º	
Eficácia em Relação a Terceiros	15
ARTIGO 24º	
Compensação de Créditos	15
CAPÍTULO IV - Prémio	15
ARTIGO 25º	
Pagamento do Prémio	15
ARTIGO 26º	
Fracionamento do Prémio	15
ARTIGO 27º	
Alteração do Prémio	15
ARTIGO 28º	
Estorno do Prémio	16
CAPÍTULO V / Legislação e Resolução de Litígios	16
ARTIGO 29º	
Lei Aplicável	16
ARTIGO 30º	
Reclamações	16
ARTIGO 31º	
Arbitragem e Foro Competente	16

CONDIÇÕES GERAIS

Artigo Preliminar

Entre a **Fidelidade - Companhia de Seguros, S.A.**, adiante designada por *Segurador* e o *Tomador do Seguro* identificado nas *Condições Particulares*, estabelece-se o presente contrato de seguro que se regula pelas *Condições Gerais, Especiais e Particulares* desta *Apólice*, contratada de harmonia com as declarações constantes da *Proposta* que lhe serviu de base e que dele faz parte integrante.

CAPÍTULO I - CONTRATO

ARTIGO 1º

Definições

Para efeitos do presente contrato entende-se por:

// ACESSO À REDE MÉDICA

Disponibilização de serviços de cuidados de saúde, garantidos pelo presente contrato de seguro, executados por prestadores da *Rede Médica*, aos quais a *Pessoa Segura* tem acesso, suportando na totalidade os respetivos custos, nos termos do disposto nas *Condições Particulares*.

// ACESSO À REDE DE TERAPÊUTICAS NÃO CONVENCIONAIS

Disponibilização de serviços de cuidados de saúde por recurso a terapêuticas não convencionais, garantidos pelo presente contrato de seguro, executados por prestadores da *Rede Terapêuticas Não Convencionais*, aos quais a *Pessoa Segura* tem acesso, suportando na totalidade os respetivos custos, nos termos do disposto nas *Condições Particulares*.

// ACIDENTE

Acontecimento fortuito, súbito e anormal, provocado por causa externa e alheia à vontade da *Pessoa Segura* e que nesta origine *lesões corporais*, clínica e objetivamente comprovadas.

// ATA ADICIONAL

Documento que formaliza uma alteração à *Apólice*.

// ADERENTE

Aquele que subscreve a adesão a um *Seguro de Grupo*.

// AGREGADO FAMILIAR

O *Tomador do Seguro* ou, no caso de um *seguro de grupo*, o *Aderente* e as seguintes pessoas que com ele coabitam em economia comum:

- o cônjuge ou a pessoa com quem aquele viva em condições análogas às dos cônjuges;
- os ascendentes, os filhos, enteados e adotados do casal ou de qualquer deles, desde que economicamente dependentes (ainda que apenas de um dos membros do casal).

// AMBIENTE HOSPITALAR

Conjunto de meios infraestruturais, recursos técnicos, tecnológicos e humanos diferenciados, que permitem executar cada ato com qualidade e segurança, incluindo a capacidade de resposta eficaz para eventos súbitos que ponham em risco a vida da *Pessoa Segura*, e que existem nas estruturas convencionalmente designadas por "Hospitais" ou outras que lhes equivalham.

// APÓLICE

Documento que titula o contrato de seguro, constituído pelas respetivas *Condições Gerais, Especiais e Particulares*, a *Proposta de Seguro* ou *Boletim de Adesão*, no caso de *Seguro de Grupo*, e o *Questionário Individual de Saúde*, bem como as posteriores *Atas Adicionais*.

// APÓLICE ABERTA

Apólice de Seguro de Grupo em que o número de pessoas a segurar é variável, inicia-se com o mínimo de adesões definido, ocorrendo durante a vigência do contrato as inclusões e exclusões solicitadas pelo *Tomador do Seguro*.

// AUTORIZAÇÃO

Aprovação do financiamento para prestação de cuidados de saúde, solicitado pela *Pessoa Segura* aos serviços clínicos da Multicare.

// BENEFICIÁRIO

Titular do direito às prestações seguras no contrato de seguro.

// BOLETIM DE ADESÃO

Documento preenchido pela *Pessoa Segura*, no *Seguro de Grupo*, em que esta se identifica e expressa a vontade de aderir ao contrato de seguro.

// CAPITAL SEGURO

Montante máximo de *comparticipação* de despesas de saúde por *Pessoa Segura* ou por *Agregado Familiar*, definido para cada uma das coberturas contratadas nas *Condições Particulares*.

// CARTÃO MULTICARE

Cartão pessoal e intransmissível, que identifica a *Pessoa Segura* e permite o acesso aos cuidados de saúde prestados na *Rede Médica*.

// CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO

Documento emitido pelo *Segurador* para cada uma das *Pessoas Seguras*, comprovativo da sua inclusão no *Seguro*.

// CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

Intervenção cirúrgica programada, realizada sob anestesia geral, loco-regional ou local, em *ambiente hospitalar*, com segurança e de acordo com a boa prática médica, em regime de admissão e alta no mesmo dia.

// COEFICIENTE K

Coefficiente de ponderação para a valorização de atos médicos, utilizado no Código de Nomenclatura e Valor Relativo de Atos Médicos e publicado pela Ordem dos Médicos.

// COMPARTICIPAÇÃO

Valor a cargo do *Segurador*, em cada despesa de saúde garantida pela *Apólice*, calculado após dedução da(s) *franquia(s)*, nos termos definidos nas *Condições Particulares*.

// CONDIÇÕES ESPECIAIS

Disposições que complementam, especificam e esclarecem as *Condições Gerais*, prevalecendo sobre estas na interpretação dos termos contratuais.

// CONDIÇÕES GERAIS

Disposições que definem os princípios gerais do contrato e seu enquadramento.

// CONDIÇÕES PARTICULARES

Cláusulas que complementam as *Condições Gerais e Especiais* de um contrato que expressam os respetivos elementos específicos, precisando, entre outros, o seu início e duração, o(s) período(s) de carência, o(s) risco(s) coberto(s), o(s) capital(is) seguro(s), a(s) *franquia(s)*, o(s) *copagamento(s)*, o *prémio*, o *Tomador do Seguro*, a(s) *Pessoa(s) Segura(s)* e o(s) *Beneficiário(s)*.

// COPAGAMENTO

Valor que fica a cargo da *Pessoa Segura* por cada utilização na Rede.

// DECLARAÇÃO DE PRÉ-ADESÃO

Documento anexo ao pedido de pré-adesão até ao 6.º mês de gravidez, com os elementos necessários à avaliação do risco pelo *Segurador*.

// DOENÇA

Alteração involuntária do estado de saúde, não causada por *acidente*, clínica e objetivamente comprovada.

// DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE

Doença ou *lesão* da qual a *Pessoa Segura* deveria ter conhecimento ou que não poderia ignorar, pela evidência dos sinais e sintomas ou por ter recebido em relação à mesma aviso médico ou tratamento, antes da data de início das garantias do contrato de seguro.

// DOENÇA OU MALFORMAÇÃO CONGÉNITA

Doença e/ou malformação que se diagnostica ou identifica durante a gravidez e até 30 dias após o nascimento.

// DOENÇA SÚBITA

Alteração involuntária do estado de saúde, inesperada e aguda, que implica risco de morte ou perda funcional para a *Pessoa Segura*, necessitando de assistência médica urgente em *ambiente hospitalar*.

// ESTORNO

Devolução ao *Tomador do Seguro* da totalidade ou parte do *prémio* de seguro já pago.

// FRANQUIA

Valor, percentagem ou número de dias a cargo do *Tomador do Seguro* e/ou da *Pessoa Segura*, cujo montante, período ou forma de cálculo se encontra estipulado nas *Condições Particulares* e/ou no *Certificado Individual de Seguro*.

// FRANQUIA ANUAL

Franquia prioritariamente suportada por cada *Pessoa Segura* ou *Agregado Familiar*, por anuidade do seguro e até que se encontre esgotado o respetivo valor.

// IMPLANTE

Material (*prótese, ortótese, aparelho*) e/ou substância com finalidade terapêutica ou de correção de alteração morfológica e/ou funcional, para colocação no organismo de um indivíduo.

// LESÃO

Alteração involuntária do estado de saúde, morfológica ou funcional, causada por acidente, clínica e objetivamente comprovada.

// MÉDICO/MÉDICO DENTISTA

Licenciado por uma Faculdade de Medicina ou Medicina Dentária, legalmente autorizado a exercer a profissão e cuja especialidade e inscrição sejam reconhecidas pela Ordem dos Médicos ou pela Ordem dos Médicos Dentistas em Portugal, bem como pelas entidades congêneres nos países onde exerçam a atividade, relativamente aos cuidados de saúde prestados fora do território nacional.

// PEQUENA CIRURGIA

Toda a intervenção cirúrgica que corresponda aos seguintes critérios cumulativos:

- não necessitar de bloco operatório para a sua realização;
- não exigir mudança completa de roupa pelo cirurgião;
- ser realizada sob anestesia local;
- não necessitar de cuidados especiais de recobro.

// PERÍODO DE CARÊNCIA

Período que decorre entre a data de adesão da *Pessoa Segura* e a data em que podem ser acionadas determinadas coberturas do seguro, estipulado nas *Condições Particulares* ou no *Certificado Individual de Seguro*, no caso dos *Seguros de Grupo*.

// PESSOA SEGURA

Pessoa cuja saúde se segura, identificada nas *Condições Particulares* da *Apólice* ou no *Certificado Individual de Seguro*.

// PRÉMIO

Valor pago ao *Segurador* pelo *Tomador do Seguro* ou pelas *Pessoas Seguras*, tratando-se de *Seguro de Grupo Contributivo*, como contrapartida da cobertura acordada.

// PRESTAÇÕES NA REDE MÉDICA

Serviços de cuidados de saúde, garantidos pelo presente contrato de seguro, realizados em prestadores da Rede Médica, nos quais a comparticipação das despesas de saúde é suportada diretamente pelo *Segurador* e o respetivo acesso está sujeito aos critérios de utilização definidos pelo *Segurador*, incluindo a autorização para atos e procedimentos nos termos do disposto nas *Condições Particulares*.

// PRESTAÇÕES NA REDE DE TERAPÊUTICAS NÃO CONVENCIONAIS

Serviços de cuidados de saúde por recurso a terapêuticas não convencionais, realizados em prestadores da *Rede de Terapêuticas Não Convencionais*, nos quais a *comparticipação* das despesas é suportada diretamente pelo *Segurador*, nos termos do disposto nas *Condições Particulares*.

// PRESTAÇÕES POR REEMBOLSO

Serviços de cuidados de saúde garantidos pelo presente contrato de seguro, nos quais as despesas de saúde são pagas pela *Pessoa Segura*, sendo posteriormente objeto de comparticipação pelo *Segurador*, nos termos do disposto nas *Condições Particulares*.

// PROPOSTA DE SEGURO

Documento pelo qual um proponente declara que pretende subscrever um contrato de seguro.

// PRÓTESES E ORTÓTESES

Dispositivos que substituem total ou parcialmente um membro ou órgão (próteses) ou ajudam a cumprir no todo ou em parte a sua função (ortóteses).

// QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL DE SAÚDE

Documento anexo à *Proposta de Seguro*, através do qual cada proponente declara os elementos necessários à avaliação do risco pelo *Segurador*.

// REDE BEST DOCTORS[®] ⁽¹⁾

Especialistas em cuidados de saúde, cuja gestão é da responsabilidade da Best Doctors, através de uma estrutura organizada para a prestação de informação necessária ao diagnóstico e tratamento de problemas graves de saúde, de acordo com a melhor prática médica.

// REDE MÉDICA

Conjunto de prestadores de cuidados de saúde, nomeadamente *Médicos/Médicos Dentistas*, centros de diagnóstico, clínicas, *unidades hospitalares* e outras unidades de saúde, com os quais existe um acordo para a prestação de serviços às *Pessoas Seguras*, *comparticipados* diretamente pelo *Segurador* por conta da *Pessoa Segura*.

// SEGURADOR

A Fidelidade - Companhia de Seguros, S.A., entidade legalmente autorizada para a exploração do Seguro de Saúde e que subscreve o presente contrato.

// SEGURO DE GRUPO

Contrato celebrado para um conjunto de pessoas ligadas ao *Tomador do Seguro* por um vínculo que não seja o de segurar.

⁽¹⁾ Best Doctors é marca registada na Comunidade Europeia, nos Estados Unidos da América e noutros países.

// SEGURO DE GRUPO CONTRIBUTIVO

Seguro de Grupo em que as Pessoas Seguras contribuem no todo ou em parte para o pagamento do prêmio.

// SEGURO DE GRUPO NÃO CONTRIBUTIVO

Seguro de Grupo em que o Tomador do Seguro suporta a totalidade do prêmio.

// SEGURO INDIVIDUAL

Contrato celebrado para uma pessoa singular ou para um agregado familiar.

// SERVIÇO DE APOIO AO CLIENTE MULTICARE

Serviço de apoio ao cliente, através do qual o Tomador do Seguro e as Pessoas Seguras podem obter esclarecimentos.

// SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA

Apoio informativo e de serviços, prestado, em nome do Segurador, por uma empresa de assistência.

// SERVIÇO DE ATENDIMENTO PERMANENTE

Serviço disponível em qualquer momento do dia ou da noite, limitado a uma capacidade mínima de diagnóstico, nomeadamente consulta de clínica geral e exames auxiliares de diagnóstico básicos.

// SERVIÇOS CLINICAMENTE NECESSÁRIOS

Serviços de cuidados de saúde, adequados ao tratamento de doença ou acidente enquadrável nas garantias do contrato, cuja necessidade e validade seja clínica e objetivamente constatada.

// SINISTRO/OCORRÊNCIA

O evento ou série de eventos resultantes de uma mesma causa, suscetível de acionar as garantias do contrato.

// TERAPEUTAS DA REDE DE TERAPÊUTICAS NÃO CONVENCIONAIS

Prestadores de cuidados de saúde por recurso a Terapêuticas não convencionais, cuja atividade está subordinada ao respetivo enquadramento legal em vigor.

// TOMADOR DO SEGURO

A pessoa singular ou coletiva que contrata com o Segurador, sendo responsável pelo pagamento do prêmio.

// TRANSPLANTE

Colocação, no organismo de um indivíduo, de órgão, tecido ou células, provenientes quer do próprio indivíduo, quer de outro indivíduo, com finalidade terapêutica ou para correção de alteração morfológica.

// UNIDADE DE SAÚDE

Estabelecimento legalmente autorizado que tenha por objeto a prestação de serviços médicos ou outros cuidados de saúde, abrangendo entidades com internamento, entidades generalistas para serviços de hospitalização e ambulatório e, ainda, entidades especializadas para serviços de ambulatório e meios complementares de diagnóstico e terapêutica independentemente da designação. Inclui Hospitais, Clínicas e Centros de meios complementares de diagnóstico e terapêutica.

// UNIDADE HOSPITALAR

Estabelecimento legalmente autorizado a prestar serviços de cuidados de saúde, dispondo de assistência médica, cirúrgica e de enfermagem permanente, abrangendo entidades com internamento, bloco operatório e sala de recobro.

ARTIGO 2º

Objeto do Contrato

1. O presente contrato garante à Pessoa Segura, em caso de doença manifestada ou acidente ocorrido durante a sua vigência, um conjunto de coberturas no domínio dos cuidados de saúde que pode integrar, conjunta ou isoladamente, prestações na rede, prestações por reembolso, acesso à rede e serviços de assistência, conforme definido nestas Condições Gerais, nas Condições Especiais e nas Condições Particulares aplicáveis.

2. O presente contrato pode ainda garantir, quando tal se encontre expressamente indicado nas *Condições Particulares* ou no *Certificado Individual de Seguro*, o pagamento do *prémio* de seguro nos termos previstos na respetiva *Condição Especial*.
3. O presente contrato de seguro não garante quaisquer despesas médicas ou medicamentosas reclamadas pelo Serviço Nacional de Saúde ou por outro qualquer seguro ou sub-sistema de saúde de que a *Pessoa Segura* seja beneficiária.
4. Sem prejuízo do disposto no número anterior, e desde que a respetiva cobertura seja contratada, poderá ser garantido o reembolso das seguintes despesas médicas ou medicamentosas:
 - a) Taxas moderadoras;
 - b) Parte remanescente e não comparticipada pelas entidades referidas no número 3 deste artigo, não podendo, em caso algum, este valor ser superior ao montante global da despesa incorrida, ou a incorrer, pela *Pessoa Segura*.

ARTIGO 3º Base do Contrato

A *Proposta de seguro*, assinada pelo respetivo *Tomador*, o *Questionário Individual de Saúde* de cada *Pessoa Segura* e, tratando-se de *Seguro de Grupo*, o *Boletim de Adesão* de cada *Pessoa Segura*, bem como toda a documentação de caráter clínico necessária à aceitação por parte do *Segurador*, constituem a base deste contrato e dele fazem parte integrante, determinando, em particular, o risco coberto.

ARTIGO 4º Declaração Inicial do Risco

1. O *Tomador do Seguro* e a *Pessoa Segura* estão obrigados, antes da celebração do contrato, a declarar com exatidão todas as circunstâncias que conheçam e razoavelmente devam ter por significativas para a apreciação do risco pelo *Segurador*.
2. O disposto no nº 1 é igualmente aplicável a circunstâncias cuja menção não seja solicitada em questionário fornecido pelo *Segurador*.
3. Em caso de incumprimento doloso do disposto no nº 1, o contrato é anulável, nos termos e com as consequências previstas na Lei.
4. Em caso de incumprimento com negligência do disposto no nº 1, o *Segurador* pode optar pela cessação ou alteração do contrato, nos termos e com as consequências previstas na Lei.

ARTIGO 5º Início e Duração do Contrato

1. Desde que o *prémio* ou fração inicial seja pago, o presente contrato produz os seus efeitos a partir das zero horas do dia imediato ao da aceitação da *Proposta* pelo *Segurador*, salvo se, por acordo das partes, for estabelecida outra data para a produção de efeitos, a qual não pode, todavia, ser anterior à da receção da *Proposta* pelo *Segurador*. Tratando-se de *Seguro de Grupo*, as garantias do contrato entram em vigor, para cada *Pessoa Segura*, às zero horas do dia indicado no respetivo *Certificado Individual de Seguro*.
2. O contrato, tratando-se de *seguro individual* em que o *Tomador do Seguro* seja uma pessoa singular, considera-se aceite no 14º dia a contar da data de receção da *Proposta* pelo *Segurador*, a menos que entretanto o candidato a *Tomador do Seguro* seja notificado da recusa ou da sua antecipada aprovação, ou ainda da necessidade de recolher esclarecimentos essenciais para a avaliação do risco, ficando a aprovação, neste caso, dependente do envio e análise dos elementos solicitados. A aceitação será confirmada pelo *Segurador* através da emissão do *cartão Multicare* e respetivas *Condições Particulares* ou *Certificado Individual de Seguro*.
3. As *Condições Particulares* e os *Certificados Individuais de Seguro*, identificam as coberturas sujeitas a *período de carência*, bem como as *franquias*, os *copagamentos* e os valores máximos indemnizáveis, de acordo com o previsto nas presentes *Condições Gerais* e nas *Condições Especiais da Apólice*.
4. O contrato pode ser celebrado por um ano a continuar pelos seguintes ou por um período certo e determinado, estando a sua duração definida nas *Condições Particulares*.

5. Quando o contrato for celebrado por um período de tempo determinado, os seus efeitos cessam às 24 horas do último dia do referido período.
6. Quando o contrato for celebrado por um ano a continuar pelos seguintes, considera-se sucessivamente renovado, salvo se qualquer das partes o tiver denunciado, por escrito ou por outro meio do qual fique registo duradouro, com a antecedência mínima de 30 dias em relação ao termo da anuidade, ou se não for pago o *prémio* da anuidade subsequente ou da primeira fração deste.
7. Sem prejuízo do disposto nos Artigos 8º e 19º, as prestações garantidas pelo *Segurador* respeitam exclusivamente a cada período de vigência do contrato, não havendo lugar a qualquer prorrogação ou extensão das garantias para além da data do seu vencimento e encontrando-se apenas garantidas as prestações convencionadas ou as despesas efetuadas em cada ano de vigência do contrato.

ARTIGO 6º Alterações ao Contrato

1. Pelo Segurador

Qualquer alteração de coberturas, capitais, franquias, copagamentos e prémios, para vigorar na anuidade seguinte, deverá ser comunicada pelo Segurador ao *Tomador do Seguro* com uma antecedência mínima de 30 dias em relação à data de vencimento do contrato. **O Tomador do Seguro dispõe de um prazo de 30 dias, a contar da receção, para aceitar ou recusar a Proposta, prazo este findo o qual se entende aprovada a modificação Proposta, caso venha a ser pago o prémio correspondente à anuidade subsequente ou à primeira fração desta.** Não sendo aceite a *Proposta* pelo *Tomador do Seguro*, o contrato deverá ter-se por denunciado pelo *Segurador*, para o termo da anuidade em curso.

2. Pelo Tomador do Seguro

As alterações ao contrato por iniciativa do *Tomador do Seguro* obedecem ao seguinte:

- a) A inclusão de *Pessoas Seguras* que integrem o *agregado familiar* é solicitada mediante comunicação ao *Segurador*, com preenchimento de *Proposta* e *Questionário Individual de Saúde*. A inclusão de recém-nascidos num contrato que tenha como *Pessoa Segura* pelo menos um dos Pais, é aceite sem *períodos de carência*, sem *doenças preexistentes* e sem exclusão de *doenças* e *malformações congénitas*, desde que seja efetuada uma pré-adesão até ao 6º mês de gravidez, com preenchimento da *Declaração de Pré-adesão*. Para aplicação destas condições, a adesão definitiva deve ser feita nos primeiros 30 dias de vida da criança, retroagindo à data do seu nascimento e mediante o preenchimento de *Proposta* e *Questionário Individual de Saúde*.
- b) A exclusão de *Pessoas Seguras* é solicitada mediante comunicação ao *Segurador*, com uma antecedência mínima de 30 dias em relação à data de produção de efeitos. O *Segurador* procederá ao *estorno* do *prémio* pago relativo ao período não decorrido.
- c) A transferência da titularidade do plano contratado é solicitada pelo *Tomador do Seguro* mediante comunicação ao *Segurador*, com uma antecedência mínima de 30 dias em relação à data de produção de efeitos, incluindo a aceitação da *Pessoa Segura* que será *titular* do novo contrato, iniciando-se o mesmo no dia seguinte, com preenchimento de *Proposta*, mas sem necessidade de novo *Questionário Individual de Saúde*.
- d) A alteração do plano contratado é solicitada pelo *Tomador do Seguro*, mediante comunicação ao *Segurador*, com uma antecedência mínima de 90 dias em relação à data de vencimento, no âmbito dos planos em comercialização. A partir da data de início do novo plano, são considerados *períodos de carência* relativos a novas coberturas ou a aumentos de *capital* nas coberturas do plano anterior.

ARTIGO 7º Direito de Livre Resolução

1. O *Tomador do Seguro* que seja pessoa singular, dispõe de um prazo de 30 dias, a contar da receção da *Apólice*, para resolver o contrato, mediante comunicação por escrito, em suporte de papel ou outro meio duradouro disponível e acessível ao *Segurador*.
2. O prazo referido no nº 1 conta-se a partir da data da celebração do contrato, desde que o *Tomador do Seguro* nessa data disponha, em papel ou noutro suporte duradouro, de todas as informações relevantes sobre o seguro que tenham de constar da *Apólice*.
3. O exercício do direito de livre resolução determina a cessação do contrato, extinguindo todas as obrigações dele decorrentes, com efeitos a partir da celebração do mesmo, tendo o *Segurador* direito:

- a) Ao valor do *prémio* calculado *pro rata temporis*, na medida em que tenha suportado o risco até à resolução do contrato;
- b) Ao montante das despesas razoáveis que tenha efetuado com exames médicos, sempre que esse valor seja imputado contratualmente ao *Tomador do Seguro*.

ARTIGO 8º

Resolução do Contrato e Exclusão da Pessoa Segura

1. O contrato de seguro pode ser resolvido por qualquer das partes, a todo o tempo, havendo justa causa, nos termos gerais.
2. A resolução do contrato por falta de pagamento do *prémio* fica sujeita ao disposto nas disposições legais e contratuais aplicáveis.
3. A resolução do contrato produz os seus efeitos às 24 horas do próprio dia em que se verifique.
4. A *Pessoa Segura* poderá, no *Seguro de Grupo* contributivo, ser excluída do seguro quando não entregue ao *Tomador do Seguro* ou ao *Segurador*, consoante o que estiver convencionado, a quantia destinada ao pagamento do *prémio*, aplicando-se, com as devidas adaptações, as regras sobre a falta de pagamento de *prémios* no que respeita à adesão.
5. A *Pessoa Segura* poderá ainda ser excluída quando ela ou o *beneficiário*, com conhecimento daquela, pratique atos fraudulentos em prejuízo do *Segurador* ou do *Tomador do Seguro*.
6. A exclusão da *Pessoa Segura* prevista no número 5 não tem eficácia retroativa e deve ser exercida, por declaração escrita, com aviso prévio de 8 dias, pelo *Segurador*.

ARTIGO 9º

Caducidade do Contrato

1. O contrato de seguro caduca automaticamente na data do seu termo, tratando-se de seguro celebrado por um período de tempo certo e determinado.
2. Tratando-se de seguro celebrado por um ano a continuar pelos anos seguintes, cada uma das adesões caduca automaticamente:
 - a) No termo da anuidade em que a *Pessoa Segura* deixe de reunir as condições que lhe permitiram integrar o grupo seguro;
 - b) No termo da anuidade em que a *Pessoa Segura* completar a idade limite estabelecida pelo *Segurador* nas *Condições Particulares*;
 - c) No termo da anuidade em que a *Pessoa Segura* deixe de fazer parte do *agregado familiar*, ou no caso de descendente ou adotado, deixe de ser considerado economicamente dependente.

ARTIGO 10º

Coexistência de Contratos

Existindo à data do *sinistro* mais do que um contrato de seguro, garantindo os mesmos riscos, assiste ao Segurado, nos termos previstos na Lei, o direito de escolher o *Segurador* que pretenda que satisfaça a prestação devida, nos limites da respetiva *autorização*, sem prejuízo do disposto na alínea b), do n.º 4, do art.º 2.º.

ARTIGO 11º

Comunicações e Notificações

1. As comunicações e notificações do *Tomador do Seguro* e da *Pessoa Segura* previstas nesta *Apólice*, consideram-se válidas e plenamente eficazes caso sejam efetuadas por escrito ou por outro meio do qual fique registo duradouro para a sede social do *Segurador*.
2. **Todavia, a alteração de morada ou de sede do *Tomador do Seguro* ou da *Pessoa Segura*, deve ser comunicada ao *Segurador* nos 30 dias subsequentes à data em que se verificarem, sob pena das comunicações ou notificações que o *Segurador* venha a efetuar para a morada desatualizada se terem por válidas e eficazes.**

3. As comunicações e notificações do *Segurador* previstas nesta *Apólice*, consideram-se válidas e plenamente eficazes caso sejam efetuadas por escrito ou por outro meio do qual fique registo duradouro, para a última morada do *Tomador do Seguro* ou da *Pessoa Segura* constante do contrato, ou entretanto comunicada nos termos previstos no número anterior.

CAPÍTULO II - GARANTIAS

ARTIGO 12º Âmbito das Garantias

1. Quanto às Pessoas Seguras

São beneficiários das garantias conferidas pelo presente contrato as *Pessoas Seguras* identificadas nas *Condições Particulares*, após aceitação expressa do Segurador.

A aceitação do seguro, relativamente a cada *Pessoa Segura*, efetiva-se através da emissão pelo Segurador das condições contratuais, do cartão Multicare e, nos Seguros de Grupo, do Certificado Individual de Seguro, podendo algumas coberturas estar sujeitas a períodos de carência, a franquias, a copagamentos e a valores máximos indemnizáveis, de acordo com o previsto nas presentes *Condições Gerais*, nas *Condições Especiais* e *Particulares* da *Apólice*.

2. Quanto ao Âmbito das Coberturas

Os termos e limites das coberturas garantidas pelo contrato de seguro estão definidos nas respectivas *Condições Especiais* e *Condições Particulares* e, tratando-se de *Seguro de Grupo*, no *Certificado Individual de Seguro*. As coberturas efectivamente contratadas constam das *Condições Particulares* e, tratando-se de *Seguro de Grupo*, do *Certificado Individual de Seguro*.

3. Quanto ao Regime das Prestações

As garantias consignadas pelo presente contrato, podem revestir a modalidade de *prestações na rede*, *prestações por reembolso* ou a modalidade mista de *prestações na rede* e de *prestações por reembolso*. Quando contratada(s) a(s) *Condição(s) Especial(s)* "Acesso à Rede" e/ou "Acesso à Rede de Terapêuticas Não Convencionais", será aplicada ainda a modalidade de *acesso à rede*.

A modalidade contratada, constará das respetivas *Condições Especiais* ou *Particulares* e/ou do *Certificado Individual de Seguro*.

3.1. Regime de Prestações na Rede

Nesta modalidade, o Segurador garante à *Pessoa Segura* o acesso a um conjunto de serviços de cuidados de saúde integrados na Rede Médica, cujas condições de utilização se encontram previstas nestas *Condições Gerais* e nas *Condições Especiais* aplicáveis, nos termos e limites fixados nas *Condições Particulares* ou no *Certificado Individual de Seguro*.

O acesso a determinados serviços da Rede pode necessitar de *autorização*. Quando a *Pessoa Segura* recorra aos referidos serviços, sem que tenha sido concedida a *autorização* necessária, ou quando recorra a qualquer outro serviço sem se identificar com o seu cartão Multicare, aplicar-se-á às despesas o regime de *prestações por reembolso*. No regime de *prestações na rede*, a *Pessoa Segura* suporta o pagamento da(s) *franquia(s)* e/ou do *pagamento(s)* indicado(s) nas *Condições Particulares*. Quando por indisponibilidade do sistema informático ou outro motivo devidamente fundamentado e não imputável à *Pessoa Segura*, não for possível o processamento do valor da(s) *franquia(s)* e/ou *copagamento(s)*, a *Pessoa Segura* suporta a despesa de saúde na totalidade e envia-a, posteriormente, ao Segurador, por forma a ser efetuado o respetivo pagamento, nos termos do regime de *prestações na rede*.

A informação sobre os prestadores que integram a Rede Médica está disponível e permanentemente atualizada em www.multicare.pt.

3.2. Regime de Prestações por Reembolso

Nesta modalidade, o Segurador garante o reembolso de despesas efetuadas pela *Pessoa Segura* com cuidados de saúde, junto de prestadores ou serviços não integrados na Rede Médica, nos termos e limites fixados nestas *Condições Gerais*, nas *Condições Especiais* e nas *Condições Particulares* aplicáveis.

O reembolso efetuar-se-á de acordo com os seguintes critérios:

- a) O reembolso de Honorários Médicos estará sujeito aos parâmetros de valorização dos atos médico-cirúrgicos de acordo com a tabela de valores relativos estabelecidos pela Ordem dos Médicos no Código de Nomenclatura de Valores Relativos de Atos Médicos, até ao montante máximo indicado nas *Condições Particulares* ou no *Certificado Individual de Seguro*.
- b) Relativamente a todas as despesas garantidas pelo contrato e não incluídas na alínea anterior, o *Segurador* reembolsará a *Pessoa Segura* nos termos e limites fixados nas *Condições Particulares* ou no *Certificado Individual de Seguro*.

3.3. Regime de Acesso à Rede

Nesta modalidade, o *Segurador* garante o acesso da *Pessoa Segura* a serviços de cuidados de saúde, realizados em prestadores da *Rede Médica*, suportando a *Pessoa Segura* os respetivos custos na totalidade, nos termos do disposto na *Condição Especial "Acesso à Rede"* e nas *Condições Particulares* ou no *Certificado Individual de Seguro*.

3.4 Regime de Prestações na Rede de Terapêuticas Não Convencionais

Nesta modalidade, o *Segurador* garante à *Pessoa Segura* o acesso a um conjunto de serviços de cuidados de saúde integrados na Rede de Terapêuticas Não Convencionais, cujas condições de utilização se encontram previstas nestas *Condições Gerais* e nas *Condições Especiais* aplicáveis, nos termos e limites fixados nas *Condições Particulares* ou no *Certificado Individual de Seguro*.

No regime de *prestações na rede*, a *Pessoa Segura* suporta o pagamento da(s) *franquia(s)* e/ou *copagamento(s)* indicado(s) nas *Condições Particulares*. Quando por indisponibilidade do sistema informático ou outro motivo devidamente fundamentado e não imputável à *Pessoa Segura*, não for possível o processamento do valor da(s) *franquia(s)* e/ou *copagamento(s)*, a *Pessoa Segura* suporta a despesa de saúde na totalidade e envia-a, posteriormente, ao *Segurador*, por forma a ser efetuado o pagamento do diferencial face ao que seria suportado pela *Pessoa Segura* nos termos do regime de *prestações na rede*.

3.5 Regime de Acesso à Rede de Terapêuticas Não Convencionais

No regime de acesso à *Rede de Terapêuticas Não Convencionais*, o *Segurador* garante o acesso da *Pessoa Segura* a serviços realizados em prestadores da *Rede de Terapêuticas Não Convencionais*, suportando a *Pessoa Segura* os respetivos custos na totalidade, nos termos do disposto na *Condição Especial "Acesso à Rede de Terapêuticas Não Convencionais"* e nas *Condições Particulares* ou no *Certificado Individual de Seguro*.

A informação sobre os prestadores que integram a Rede de Terapêuticas Não Convencionais está disponível e permanentemente atualizada em www.multicare.pt.

ARTIGO 13º

Início e Duração das Garantias

1. Só poderão ser admitidos os candidatos a *Pessoas Seguras* cuja idade respeite o limite definido para a subscrição e que hajam preenchido o respetivo *Questionário Individual de Saúde*.
2. As garantias do contrato entram em vigor após o decurso dos *períodos de carência*, indicados para cada cobertura nas *Condições Especiais*, nas *Condições Particulares* ou no *Certificado Individual de Seguro*, sendo os mesmos contados a partir da data de adesão de cada *Pessoa Segura*.
3. Em caso de *acidente* ou *doença súbita*, que implique tratamento hospitalar urgente em regime de internamento ou ambulatório, não são aplicáveis os *períodos de carência*.

ARTIGO 14º

Cartão Multicare

1. Para recorrer aos serviços garantidos pelo contrato na *Rede Médica* e na *Rede de Terapêuticas Não Convencionais*, a *Pessoa Segura* deve apresentar o seu *cartão Multicare* e um documento de identificação com fotografia. Em caso de extravio do *cartão Multicare*, a *Pessoa Segura* ou o *Tomador do Seguro*, devem comunicá-lo ao *Segurador* através do *Serviço de Apoio ao Cliente Multicare*, no prazo máximo de 48 horas, a fim de o mesmo ser anulado e proceder-se à emissão de um novo *Cartão*.
2. O *cartão Multicare* é propriedade do *Segurador* e só pode ser utilizado pelo seu titular, nos termos e para os efeitos previstos no presente contrato.

ARTIGO 15º Âmbito Territorial

Salvo convenção em contrário, expressa nas *Condições Especiais* ou nas *Condições Particulares*, o seguro só tem validade para os cuidados de saúde prestados em Portugal, bem como para os cuidados de saúde prestados no estrangeiro no âmbito da *Rede Médica*.

Ficam, no entanto, garantidas as despesas com cuidados de saúde prestados no território europeu se a deslocação não exceder o período de tempo definido nas *Condições Particulares* e desde que sejam consequência de acidente ou urgência, devidamente comprovados por relatório médico circunstanciado.

ARTIGO 16º Exclusões

Ficam excluídas do âmbito da cobertura do seguro as situações indicadas nas *Condições Especiais e Particulares* e bem assim, tratando-se de Seguro de Grupo, do Certificado Individual de Adesão.

ARTIGO 17º Valores Seguros, Franquias e Copagamentos

1. Os valores máximos garantidos por esta *Apólice*, assim como as *franquias* e *copagamentos* contratados, constam das *Condições Particulares* e/ou do *Certificado Individual de Seguro* e vigoram em cada anuidade do contrato.
2. Para cálculo dos limites dos *capitais* garantidos concorrem os valores de despesas suportadas pelo *Segurador*, quer na modalidade de *Prestações na Rede*, quer na modalidade de *Prestações por Reembolso*.
3. O *Segurador* garante o financiamento, em moeda Euro, das despesas efetuadas, até ao limite contratado, em cada período de vigência do contrato.
4. Salvo convenção em contrário, expressa nas *Condições Particulares* ou no *Certificado Individual de Seguro*, nas situações de acerto de vencimento, os valores garantidos são proporcionais ao tempo em risco.

ARTIGO 18º Ónus da Prova

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.

ARTIGO 19º 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, ou tratando-se de *Seguro de Grupo*, em caso de não renovação da adesão da *Pessoa Segura*, o *Segurador* fica, pelo período de 2 anos e até que se mostre esgotado o *capital seguro* disponível na anuidade em que o contrato ou a adesão, tratando-se de *Seguro de Grupo*, 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. Para efeitos do disposto no número anterior 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 estabelecido nos números anteriores do presente artigo.

CAPÍTULO III - OBRIGAÇÕES E DIREITOS

ARTIGO 20º

Obrigações do Segurador

Constitui obrigação do *Segurador* o cumprimento pontual dos seus compromissos perante o *Tomador do Seguro* e as *Pessoas Seguras*, nomeadamente:

- a) Fornecer o *cartão Multicare* referido no Artigo 14º, bem como disponibilizar informações sobre os serviços da *Rede Médica* e da *Rede de Terapêuticas Não Convencionais*;
- b) Analisar com prontidão e diligência os pedidos de *autorização*, decidindo sobre os mesmos em prazo não superior a 5 dias úteis, contados desde a data em que forem recebidos todos os elementos necessários à sua apreciação;
- c) Proceder ao reembolso das despesas garantidas, no prazo máximo de 30 dias úteis a contar da data em que foi firmada a sua responsabilidade e efetuado o apuramento das *comparticipações* a pagar, de acordo com o estipulado nas *Condições Particulares*. Se decorrido este prazo, o *Segurador*, na posse de todos os elementos indispensáveis ao reembolso das prestações, não tiver realizado essa obrigação, por causa não justificada ou que lhe seja imputável, incorrerá em mora, vencendo a indemnização juros à taxa legal em vigor.

ARTIGO 21º

Obrigações do Tomador do Seguro e da Pessoa Segura

1. **Em caso de sinistro coberto pelo presente contrato, o Tomador do Seguro e a Pessoa Segura, sob pena de responderem por perdas e danos, obrigam-se a:**
 - a) Tomar as medidas ao seu alcance para evitar o agravamento do *sinistro*;
 - b) Participar o *sinistro* ao *Segurador*, por escrito, nos 8 dias imediatos à sua ocorrência;
 - c) Realizar, sempre que solicitados, exames que serão suportados pelo *Segurador* em *Médicos* por ele designados, cessando a responsabilidade do mesmo se o não fizer;
 - d) Autorizar, no âmbito de *sinistro* que motive um pedido de prestação ou de reembolso por cuidados de saúde ao abrigo do contrato de seguro, os *Médicos* e outros profissionais ou instituições de saúde a que tenha recorrido, a prestar ao *Médico* que o *Segurador* designar, as informações por este solicitadas relativas ao seu estado de saúde e aos serviços clínicos prestados.
2. **No regime de prestações por reembolso, o Tomador do Seguro e a Pessoa Segura obrigam-se ainda a apresentar ao Segurador os recibos originais das despesas, no prazo máximo de 120 dias a contar da data da sua realização.** Sempre que os originais tenham sido utilizados pela *Pessoa Segura* para pedido de reembolso de despesas a outra entidade, podem ser apresentadas fotocópias dos mesmos, desde que acompanhados 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 fotocópias dos mesmos, acompanhadas de declaração emitida pelo *Segurador*, por forma a fazer prova do valor total da despesa e do valor do reembolso.
3. O *Segurador* não assume a responsabilidade pelas consequências de atraso ou negligência imputáveis à *Pessoa Segura* no recurso à assistência, o mesmo acontecendo se ela se recusar a seguir os tratamentos prescritos.
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.

ARTIGO 22º

Sub-Rogação

1. O *Segurador*, uma vez paga a prestação, fica, nos termos da Lei, sub-rogado, até à concorrência do valor da mesma, em todos os direitos da *Pessoa Segura* contra terceiro responsável pelos prejuízos, obrigando-se aquela a praticar o que necessário for para efetivar esses direitos.
2. A *Pessoa Segura* responderá por perdas e danos por qualquer ato ou omissão voluntária que possa impedir ou prejudicar o exercício desses direitos.

ARTIGO 23º Eficácia em Relação a Terceiros

As exceções, invalidades e demais disposições que, de acordo com o presente contrato ou com a Lei, sejam invocáveis face ao *Tomador do Seguro* ou à *Pessoa Segura*, sê-lo-ão igualmente em relação a Terceiros que dele beneficiem.

ARTIGO 24º Compensação de Créditos

No ato de pagamento de qualquer importância ao abrigo deste contrato, o *Segurador*, sempre que a Lei o permita, poderá proceder ao desconto de quaisquer quantias que lhe sejam devidas pelo *Tomador do Seguro* ou pela *Pessoa Segura*.

CAPÍTULO IV - PRÉMIO

ARTIGO 25º Pagamento do Prémio

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

ARTIGO 26º Fracionamento do Prémio

O pagamento do *prémio* anual de seguro, por acordo entre o *Segurador* e o *Tomador do Seguro*, pode ser repartido em frações mensais, trimestrais ou semestrais.

ARTIGO 27º Alteração do Prémio

1. Não havendo alteração no risco, qualquer alteração do *prémio* aplicável ao contrato apenas poderá efetivar-se no vencimento anual seguinte, mediante aviso do *Segurador* ao *Tomador do Seguro*, com uma antecedência mínima de 30 dias sobre a data da renovação do contrato.

2. No entanto, haverá lugar a alteração automática do *prémio* do contrato, sem necessidade de qualquer comunicação prévia, sempre que se verifique mudança de escalão etário da *Pessoa Segura*, sendo para este efeito considerada a idade da mesma no primeiro dia de cada anuidade.

ARTIGO 28º Estorno do Prémio

Quando, por força de alteração ou resolução do contrato, houver lugar, nos termos da Lei, a *estorno* ou reembolso do *prémio*, este será calculado nos seguintes termos:

- a) Se a iniciativa for do *Segurador*, este devolverá ao *Tomador do Seguro* uma parte do *prémio*, calculado proporcionalmente ao período de tempo não decorrido até à data do vencimento;
- b) Se a iniciativa for do *Tomador do Seguro*, o *Segurador* devolverá ao *Tomador do Seguro* uma parte do *prémio*, calculado proporcionalmente ao período de tempo não decorrido até à data do vencimento, deduzida do custo de emissão da *Apólice*;
- c) Quando, no decurso de uma mesma anuidade, ocorrer um ou mais *sinistros*, para efeito de cálculo do *prémio* a devolver, atender-se-á apenas à parte do *capital seguro* que exceda o valor global das despesas a cargo do *Segurador*.

CAPÍTULO V - LEGISLAÇÃO E RESOLUÇÃO DE LITÍGIOS

ARTIGO 29º Lei Aplicável

A Lei aplicável ao presente contrato é a Portuguesa.

ARTIGO 30º Reclamações

A apresentação de qualquer reclamação relacionada com o presente contrato ou com as obrigações e direitos dele decorrentes, pode ser efetuada diretamente ao *Segurador* ou através da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões, autoridade de supervisão da atividade Seguradora.

ARTIGO 31º Arbitragem e Foro Competente

1. Todas as divergências que possam surgir em relação à validade, interpretação, execução e incumprimento deste contrato de seguro, podem ser resolvidas por meio de arbitragem, nos termos da respetiva Lei em vigor.
2. O foro competente para dirimir qualquer litígio emergente deste contrato é o fixado na lei civil.

