



SEGURO DE SAÚDE MULTICARE

CONDIÇÕES GERAIS 96

ÍNDICE

CONDIÇÕES GERAIS

- .03** Cláusula 1^a Definições
- .04** Cláusula 2^a Objeto do Contrato
- .04** Cláusula 3^a Âmbito das Garantias
- .05** Cláusula 4^a Exclusões
- .06** Cláusula 5^a Âmbito Territorial
- .06** Cláusula 6^a Declaração Inicial do Risco
- .06** Cláusula 7^a Início e Duração do Contrato
- .06** Cláusula 8^a Início e Duração das Garantias
- .06** Cláusula 9^a Alterações ao Contrato
- .07** Cláusula 10^a Pagamento do Prémio
- .07** Cláusula 11^a Alteração do Prémio
- .07** Cláusula 12^a Direito de Livre Resolução
- .07** Cláusula 13^a Resolução do Contrato e Exclusão da Pessoa Segura
- .07** Cláusula 14^a Estorno do Prémio
- .07** Cláusula 15^a Caducidade do Contrato
- .08** Cláusula 16^a Responsabilidade do Segurador em Caso de Não Renovação do Contrato
- .08** Cláusula 17^a Obrigações do Segurador
- .08** Cláusula 18^a Obrigações do Tomador do Seguro e da Pessoa Segura
- .08** Cláusula 19^a Valores Seguros, Franquias e Copagamentos
- .08** Cláusula 20^a Coexistência de Contratos
- .08** Cláusula 21^a Sub-Rogação
- .08** Cláusula 22^a Eficácia em Relação a Terceiros
- .09** Cláusula 23^a Compensação de Créditos
- .09** Cláusula 24^a Comunicações e Notificações
- .09** Cláusula 25^a Lei Aplicável
- .09** Cláusula 26^a Reclamações
- .09** Cláusula 27^a Arbitragem e Foro Competente

CLÁUSULA 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 ou Boletins de Adesão*, que lhe serviu de base e com a documentação de caráter clínico necessária à aceitação dos riscos por parte do *Segurador*, que dele fazem parte integrante.

CLÁUSULA 1ª

DEFINIÇÕES

Para efeitos do contrato entende-se por:

Acesso à Rede Multicare: Disponibilização de serviços garantidos pelo contrato de seguro, executados por prestadores da *Rede Multicare*, aos quais a *Pessoa Segura* tem acesso, suportando na totalidade os respetivos custos, nos termos do disposto na *Apólice*.

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 *Titular* e as seguintes pessoas que com ele coabitem em economia comum:

- o cônjuge ou a pessoa com quem aquele viva em condições análogas às dos cônjuges;
- os ascendentes, os filhos, enteado 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 equivalentes.

Apólice: Documento que titula o contrato de seguro, constituído pelas respetivas *Condições Gerais, Especiais e Particulares* ou *Certificado Individual de Seguro*, a *Proposta de Seguro* ou *Boletim de Adesão*, no caso de *Seguro de Grupo*, o *Questionário Individual de Saúde* e a documentação de caráter clínico necessária à aceitação dos riscos por parte do *Segurador*, bem como as *Atas Adicionais* posteriores.

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 pagamento da prestação de cuidados de saúde, solicitada aos serviços clínicos da Multicare.

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 *participação* de despesas de saúde por *Pessoa Segura* ou por *Agregado Familiar*, definido para cada uma das coberturas contratadas na *Apólice*.

Cartão Multicare: Cartão pessoal e intransmissível, que identifica a *Pessoa Segura* e permite o acesso aos serviços prestados nas *Redes*, devendo ser apresentado juntamente com um documento de identificação com fotografia, para utilização das garantias do contrato.

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

Cirurgia em Ambiente Hospitalar sem Internamento: 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, cuja valorização relativa dos atos médicos seja inferior a 100 K, de acordo com as valorizações estabelecidas pelo Código de Nomenclatura e Valor Relativo de Atos Médicos, publicado pela Ordem dos Médicos.

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

Comparticipação: Valor a cargo do *Segurador*, em cada despesa de saúde garantida pela *Apólice*, cuja forma de cálculo está definida 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 o seu enquadramento.

Condições Particulares: Cláusulas que complementam as *Condições Gerais e Especiais* de um contrato e expressam os respetivos elementos específicos, identificando, entre outros, o seu início e duração, os períodos de carência, os riscos cobertos, os capitais seguros, as *franquias*, os *copagamentos*, o *prémio*, o *Tomador do Seguro* e as *Pessoas Seguras*.

Copagamento: Valor que fica a cargo da *Pessoa Segura* por cada utilização nas *Redes*.

Declaração de Pré-Adesão: Documento de pedido de pré-adesão do bebé, entregue até à 26.ª semana de gravidez.

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 na *Apólice*.

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 congéneres 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 na *Apólice*.

Pessoa Segura: Pessoa cuja saúde se segura, identificada na *Apólice*.

Prémio: Valor pago ao *Segurador* pelo *Tomador do Seguro* ou pelas *Pessoas Seguras*, (no caso de um *Seguro de Grupo Contributivo*) como contrapartida da cobertura acordada.

Prestações na Rede: Serviços garantidos pelo contrato de seguro, realizados em prestadores da Rede Multicare, nos quais a *comparticipação* das despesas é garantida diretamente pelo *Segurador* e a *Pessoa Segura* suporta o pagamento das *franquias* e/ou *copagamentos*, estando o respetivo acesso sujeito aos critérios de utilização definidos pelo *Segurador*, incluindo a *autorização* para atos e procedimentos nos termos do disposto na *Apólice*.

Prestações Por Reembolso: Despesas com cuidados de saúde garantidas pelo contrato de seguro e pagas pela *Pessoa Segura*, sendo posteriormente reembolsadas pelo *Segurador*, nos termos constantes na *Apólice*.

Profissionais de Terapêuticas Não Convencionais: Prestadores de cuidados de saúde com recurso a terapêuticas não convencionais, cuja atividade está subordinada ao respetivo enquadramento legal em vigor.

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 Multicare: Conjunto de prestadores com os quais existe um acordo para a prestação de serviços às *Pessoas Seguras*. Compreende os seguintes serviços:

- Rede Médica - *Médicos/Médicos Dentistas*, centros de diagnóstico, clínicas, *unidades hospitalares* e outras *unidades de saúde*;
- Rede de Óticas - Fornecedores de óculos e lentes de contacto;
- Rede de Terapêuticas Não Convencionais.

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

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

Seguro de Grupo Contributivo: *Seguro de Grupo* em que as *Pessoas Seguras* contribuem no todo ou em parte para o pagamento do *prémio*.

Seguro de Grupo Não Contributivo: *Seguro de Grupo* em que o *Tomador do Seguro* suporta a totalidade do *prémio*.

Seguro Individual: Contrato celebrado para uma pessoa singular ou para um *agregado familiar*.

Serviço de Apoio ao Cliente Multicare: Serviço de apoio telefónico, 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 Clínicos 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 suscetível de acionar as garantias do contrato.

Titular: Pessoa no interesse da qual é feito o contrato de seguro e em relação à qual se estabelecem as relações familiares.

Tomador do Seguro: A pessoa singular ou coletiva que celebra o contrato de seguro com o *Segurador*, sendo responsável pelo pagamento do *prémio*.

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 generalistas ou especializadas, com internamento, consultas, exames e tratamentos independentemente da designação. Inclui Hospitais, Clínicas e Centros de meios complementares de diagnóstico e terapêutica.

Unidade Hospitalar: *Unidade de saúde*, que dispõe de assistência médica, cirúrgica e de enfermagem permanente. Abrange entidades com internamento, bloco operatório e sala de recobro.

CLÁUSULA 2ª

OBJETO DO CONTRATO

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 dos cuidados de saúde que pode integrar, conjunta ou isoladamente, *prestações na rede*, *prestações por reembolso*, *acesso à rede Multicare* e *serviços de assistência*, conforme definido nestas *Condições Gerais*, nas *Condições Especiais* e nas *Condições Particulares* aplicáveis.
2. O contrato de seguro não garante quaisquer despesas médicas ou de medicamentos reclamadas pelo Serviço Nacional de Saúde ou por outro qualquer seguro ou subsistema de saúde de que a *Pessoa Segura* seja beneficiária.
3. Sem prejuízo do disposto no número anterior, e desde que acordado e mencionado na *Apólice*, poderá ser garantido o reembolso das seguintes despesas médicas ou de medicamentos:
 - a) *Taxas moderadoras*;
 - b) *Parte remanescente e não participada pelas entidades referidas no número 2 desta cláusula, não podendo, em caso algum, este valor ser superior ao montante global da despesa incorrida, ou a incorrer, pela Pessoa Segura.*

CLÁUSULA 3ª

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 respetivas *Condições Especiais* e *Condições Particulares* e, tratando-se de *Seguro de Grupo*, no *Certificado Individual de Seguro*. As coberturas efetivamente 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*. Será ainda aplicável a modalidade de *Acesso à Rede Multicare* quando contratadas as respetivas *Condições Especiais*. A modalidade contratada, constará na *Apólice*.

O acesso a determinados serviços da Rede pode necessitar de *autorização*.

3.1. Prestações na Rede

- a) 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*.

- b) Quando a *Pessoa Segura* recorra aos serviços da *Rede Multicare*, 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* nos termos e limites fixados na *Apólice*;

3.2. Prestações por Reembolso

O reembolso efetuar-se-á, nos termos e limites fixados na *Apólice*, 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 na *Apólice*.
- 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 na *Apólice*.

CLÁUSULA 4ª

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 Seguro*.

CLÁUSULA 5ª

ÂMBITO TERRITORIAL

1. 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 Multicare*.
2. Podem, ainda, ficar garantidas as despesas com cuidados de saúde prestados no território europeu se a deslocação não exceder o período de tempo definido na *Apólice* e desde que sejam consequência de acidente ou urgência, devidamente comprovados por relatório médico circunstanciado.

CLÁUSULA 6ª

DECLARAÇÃO INICIAL DO RISCO

1. Antes da celebração do contrato o *Tomador do Seguro* e a *Pessoa Segura* 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.

CLÁUSULA 7ª

INÍCIO E DURAÇÃO DO CONTRATO

1. Desde que o *prémio* ou fração inicial seja pago, o contrato produz os seus efeitos a partir das zero horas do dia imediato ao da aceitação da *Proposta* pelo *Segurador* e no *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*. Por acordo das partes pode ser estabelecida outra data para a produção de efeitos, a qual terá que ser igual ou posterior à data da receção da *Proposta* pelo *Segurador*.
2. Tratando-se de *seguro individual* em que o *Tomador do Seguro* seja uma pessoa singular, o contrato 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 coberturas contratadas, os respetivos períodos de carência, franquias, copagamentos e os valores máximos indemnizáveis, de acordo com o previsto nas presentes *Condições Gerais* e nas *Condições Especiais*, estão identificados nas *Condições Particulares* ou *Certificado Individual de Seguro*.
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* ou no *Certificado Individual de Seguro*.
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 nos termos legais, com a antecedência mínima de 30 dias em relação ao termo da anuidade, ou se não for pago o *prémio* da anuidade seguinte ou da primeira fração deste.
7. 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, salvo o disposto nas Cláusulas 13ª e 16ª.

CLÁUSULA 8ª

INÍCIO E DURAÇÃO DAS GARANTIAS

1. Só podem ser admitidos os candidatos a *Pessoas Seguras* cuja idade respeite o limite definido para a subscrição e que tenham 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 na *Apólice*, 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.

CLÁUSULA 9ª

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* dependem dos seguintes procedimentos:
 - 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 do bebê, retroagindo à data do seu nascimento e mediante o preenchimento da respectiva *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 prêmio 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. Esta comunicação deve incluir 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 um 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.

CLÁUSULA 10ª

PAGAMENTO DO PRÊMIO

1. A cobertura dos riscos depende do prévio pagamento do prêmio.
2. O pagamento do prêmio anual de seguro pode, por acordo entre o *Segurador* e o *Tomador do Seguro*, ser repartido em frações mensais, trimestrais ou semestrais.
3. O prêmio ou fração inicial é devido na data da celebração do contrato. A falta de pagamento do prêmio inicial ou da primeira fração deste, na data de vencimento, determina a resolução automática do contrato a partir da data da sua celebração.
4. Os prêmios ou frações seguintes são devidos nas datas estabelecidas na *Apólice*.
5. Nos termos da Lei, o *Segurador* avisará o *Tomador do Seguro*, por escrito, até 30 dias antes da data em que os prêmios ou frações seguintes são devidos. Se, porém, tiver sido acordado o pagamento do prêmio 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.
6. 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 renova. 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.
7. A falta de pagamento, na data indicada no aviso, de um prêmio 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 prêmio não pago.
8. As disposições dos números anteriores são aplicáveis ao pagamento dos prêmios 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 respectivo pagamento seja efetuado ao *Segurador* pelo aderente.

CLÁUSULA 11ª

ALTERAÇÃO DO PRÊMIO

1. Não havendo alteração no risco, qualquer alteração do prêmio aplicável ao contrato apenas poderá realizar-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 prêmio 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.

CLÁUSULA 12ª

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 sem necessidade de invocar justa causa, 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 prêmio calculado *pro rata temporis*, ou seja, 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, sempre que esse valor seja imputado contratualmente ao *Tomador do Seguro*.

CLÁUSULA 13ª

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 prêmio 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. No Seguro de Grupo contributivo a *Pessoa Segura* poderá 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 prêmio, aplicando-se, com as devidas adaptações, as regras sobre a falta de pagamento de prêmios no que respeita à adesão.
5. A *Pessoa Segura* poderá ainda ser excluída quando 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 pelo *Segurador*, com aviso prévio de 8 dias, por declaração escrita.

CLÁUSULA 14ª

ESTORNO DO PRÊMIO

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

- a) Se a iniciativa for do *Segurador*, este devolverá ao *Tomador do Seguro* uma parte do prêmio, 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 prêmio, 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 prêmio a devolver, atender-se-á apenas à parte do capital seguro que exceda o valor global das despesas a cargo do *Segurador*.

CLÁUSULA 15ª

CADUCIDADE DO CONTRATO

1. Tratando-se de seguro celebrado por um período de tempo certo e determinado o contrato de seguro caduca automaticamente na data do seu termo.
2. Tratando-se de seguro celebrado por um ano a continuar pelos anos seguintes, cada uma das adesões caduca automaticamente:

- a) Para todas as pessoas do *agregado familiar* na data em que o *Titular* 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*.

CLÁUSULA 16ª

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. Tratando-se de *Seguro de Grupo*, a não renovação da adesão da *Pessoa Segura* equivale à não renovação do contrato, aplicando-se o regime correspondente.
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 da presente cláusula.

CLÁUSULA 17ª

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 na Cláusula 7ª, bem como disponibilizar informações sobre os serviços das Redes;
- 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 a contar da data em que foi firmada a sua responsabilidade e efetuado o apuramento das participações 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 juro à taxa legal em vigor.

CLÁUSULA 18ª

OBRIGAÇÕES DO TOMADOR DO SEGURO E DA PESSOA SEGURA

1. Em caso de *sinistro* coberto pelo contrato, o *Tomador do Seguro* e a *Pessoa Segura*, sob pena de responderem por perdas e danos, obrigam-se a:
 - a) Tomar as medidas ao seu alcance para evitar o agravamento do *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.
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.
6. 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.

CLÁUSULA 19ª

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 valores máximos referidos no n.º 1 consideram-se todas as despesas suportadas pelo *Segurador*, qualquer que seja a modalidade na qual foi efetuada a prestação.
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.

CLÁUSULA 20ª

COEXISTÊNCIA DE CONTRATOS

Existindo à data do *sinistro* mais do que um contrato de seguro, garantindo os mesmos riscos, assiste à *Pessoa Segura*, 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 3, da cláusula 2.ª.

CLÁUSULA 21ª

SUB-ROGAÇÃO

1. O *Segurador*, uma vez paga a prestação, fica, 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.

CLÁUSULA 22ª**EFICÁCIA EM RELAÇÃO A TERCEIROS**

As exceções, invalidades e demais disposições que, de acordo com o 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.

CLÁUSULA 23ª**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*.

CLÁUSULA 24ª**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. **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.

CLÁUSULA 25ª**LEI APLICÁVEL**

A Lei aplicável ao contrato é a Portuguesa.

CLÁUSULA 26ª**RECLAMAÇÕES**

A apresentação de qualquer reclamação relacionada com o 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.

CLÁUSULA 27ª**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.