

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

Seguro de Saúde 60+ Activcare CTT.

C - COBERTURA

1. O contrato garante à Pessoa Segura, em caso de sinistro ocorrido durante a sua vigência, um conjunto de coberturas no domínio da saúde que pode integrar acesso à rede, serviços de assistência e capital diário por internamento hospitalar.
2. O contrato de seguro pode garantir, nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Especiais e Particulares, as seguintes coberturas desde que contratadas:
 - 1 Capital Diário por Internamento Hospitalar;
 - 2 Consultas;
 - 3 Acesso à Rede de Ambulatório (Consultas, Exames e Tratamentos);
 - 4 Assistência Médica Domiciliária;
 - 5 Enfermagem Domiciliária;
 - 6 Exames no Domicílio;
 - 7 Transporte não Urgente;
 - 8 Acesso à Rede de Estomatologia;
 - 9 Acesso à Rede de Terapêuticas não Convencionais;
 - 10 Acesso à Rede de Óticas;
 - 11 Medicina Online.
3. As coberturas contratadas constam das Condições Particulares e do Certificado Individual de Seguro.
4. O seguro de saúde 60+ Activcare CTT é comercializado em 2 modalidades, conforme o seguinte quadro:

COBERTURAS	60+ ACTIVCARE CTT 1	60+ ACTIVCARE CTT 2	FRANQUIAS E COPAGAMENTOS	
			REDE	REEMBOLSO
CAPITAL DIÁRIO POR INTERNAMENTO HOSPITALAR ¹	25 €	25 €	EXCLUSIVO DE REEMBOLSO	7 DIAS
CONSULTAS	—	6 CONSULTAS ²	15 €	EXCLUSIVO DE REDE
ACESSO À REDE DE AMBULATÓRIO	✓	✓	PREÇOS MULTICARE ³	EXCLUSIVO DE REDE
ASSISTÊNCIA MÉDICA DOMICILIÁRIA	—	✓	25 €	EXCLUSIVO DE REDE
ENFERMAGEM DOMICILIÁRIA	—	●	PREÇOS MULTICARE ³	EXCLUSIVO DE REDE
EXAMES NO DOMICÍLIO	—	●	PREÇOS MULTICARE ³	EXCLUSIVO DE REDE
TRANSPORTE NÃO URGENTE	—	●	PREÇOS MULTICARE ³	EXCLUSIVO DE REDE
ACESSO À REDE DE ESTOMATOLOGIA - OPCIONAL	✓	✓	PREÇOS MULTICARE ³	EXCLUSIVO DE REDE
ACESSO À REDE DE TERAPÊUTICAS NÃO CONVENCIONAIS	—	✓	PREÇOS MULTICARE ³	EXCLUSIVO DE REDE
ACESSO À REDE DE ÓTICAS	—	✓	PREÇOS MULTICARE ³	EXCLUSIVO DE REDE
MEDICINA ONLINE	—	✓	SEM FRANQUIA	EXCLUSIVO DE REDE

✓ COBERTURA INCLUÍDA ● ACESSO À REDE MULTICARE — COBERTURA NÃO INCLUÍDA

¹ MÁXIMO DE 40 DIAS, POR ANUIDADE DE SEGURO, COM PERÍODO DE CARÊNCIA DE 90 DIAS E UMA FRANQUIA DE 7 DIAS POR SINISTRO. CAPITAL DE 50€, SE INTERNAMENTO EM UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS.

² CONSULTAS PROGRAMADAS, EM CONSULTÓRIO, SUJEITAS A COPAGAMENTO DE 15€ CADA.

³ PREÇOS NEGOCIADOS PELA MULTICARE COM CADA PRESTADOR, QUE PODEM VARIAR DE PRESTADOR PARA PRESTADOR.

5. O contrato não garante quaisquer despesas médicas ou medicamentosas reclamadas pelo Serviço Nacional de Saúde ou por outro qualquer seguro ou subsistema de saúde de que a Pessoa Segura seja beneficiária.

Funcionam exclusivamente em regime de Prestação na Rede as seguintes garantias:

- Consultas de consultório (Consultas, no 60+ Activcare CTT 2);
- Consultas Domiciliárias (Assistência Médica Domiciliária, no 60+ Activcare CTT 2)
- Medicina Online.

Para alguns atos médicos poderá ser necessária autorização prévia do Segurador, conforme previsto contratualmente.

Funciona exclusivamente em regime de Prestação por Reembolso (fora da rede) a seguinte garantia:

- Capital Diário por Internamento Hospitalar.

Funcionam exclusivamente em regime de Acesso à Rede, suportando a Pessoa Segura a totalidade dos custos, as seguintes garantias:

- Acesso à Rede de Ambulatório (Consultas, Exames e Tratamentos);
- Enfermagem Domiciliária;
- Exames no Domicílio;
- Transporte Não Urgente;
- Acesso à Rede de Estomatologia;
- Acesso à Rede de Terapêuticas Não Convencionais;
- Acesso à Rede de Óticas.

D - EXCLUSÕES APLICÁVEIS A TODAS AS COBERTURAS

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

1. Atos realizados ou prescritos 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 enquanto Médico ou profissional de saúde;
2. Consequências de atraso injustificado ou negligência imputáveis ao prestador de cuidados de saúde ou à Pessoa Segura no recurso a assistência médica, ou da recusa ou inobservância de tratamentos que lhe tenham sido prescritos;
3. Consultas ou exames médicos que sejam necessários para a emissão de atestados, declarações, certificados ou informação de qualquer tipo de documento que não tenha fins assistenciais ou terapêuticos;
4. Assistência hospitalar por razões de caráter meramente 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 do seguro;
7. Utilização abusiva de medicamentos;
8. Alcoolismo e Doenças resultantes do consumo de bebidas alcoólicas;
9. Utilização de estupefacientes e narcóticos quando não prescritos por Médico;
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 os resultantes da hepatite A;
13. Acidentes ou Doenças provenientes de tentativa de suicídio ou automutilação, de participação em apostas ou desafios, intervenção em duelos e rixas ou da prática de atos dolosos ou gravemente culposos ou ilícitos por parte da Pessoa Segura;
14. Perturbações do foro da saúde mental, consequentes ou não de outra Doença, psicomotricidade, sessões de psicologia, psicanálise, psicoterapia, hipnose e terapia do sono;
15. Disfunções sexuais, exceto em consequência de Doença garantida pela Apólice;
16. Tratamentos e/ou cirurgia para mudança de sexo;
17. Infertilidade e atos médicos praticados no âmbito da reprodução medicamente assistida nomeada, mas não exclusivamente, consultas, testes, tratamentos de infertilidade, métodos de fecundação artificial, fertilização in vitro ou procedimentos de transferência embrionária, bem como as consequências da aplicação dos mesmos;

18. Métodos anticoncepcionais e de planeamento familiar bem como despesas efetuadas para reverter os efeitos de uma cirurgia de esterilização voluntariamente realizada;
19. Interrupção voluntária da gravidez, incluindo situações clínicas dela decorrentes;
20. Consultas, tratamentos e/ou 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;
21. Tratamentos ou cirurgias do foro estético, plástico ou reconstrutivo, bem como as situações clínicas destes decorrentes, desde que não tenham origem em Acidente coberto pelo seguro ou não decorram de Doença manifestada durante a vigência do contrato que os justifiquem;
22. Tratamentos de hemodiálise para patologia crónica;
23. Tratamentos cirúrgicos ou laser para correção de erros de refração da visão, bem como as situações clínicas destes decorrentes, nomeada, mas não exclusivamente, em caso de miopia, astigmatismo e hipermetropia;
24. Intervenções cirúrgicas para correção da roncopatia, exceto em caso de apneia;
25. Transplantes e implantes incluindo todos os atos clínicos, atos laboratoriais e materiais necessários;
26. Consultas e tratamentos em áreas não reconhecidas pela Ordem dos Médicos, assim como em áreas não enquadradas na Legislação sobre Terapêuticas Não Convencionais;
27. Tratamentos experimentais ou que necessitem de comprovação médica;
28. Acidentes e doenças com cobertura em seguros obrigatórios;
29. Acidentes de trabalho, acidentes em serviço e doenças profissionais;
30. Doenças infetocontagiosas, quando em situação de epidemia declarada pelas autoridades competentes;
31. Doenças ou sequelas resultantes de radioatividade não terapêutica, incluindo as consequências da utilização de armas bacteriológicas e/ou de agentes químicos;
32. Acidentes emergentes de:
 - a. Participação em competições desportivas e respetivos treinos, quer como profissional quer como amador;
 - b. Prática de desportos terrestres motorizados; BTT; Artes marciais, luta e boxe; Paraquedismo, incluindo a prática de queda livre, parapente e asa delta, 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); Tauromaquia e largadas de touros ou reses; Caça de animais ferozes ou que reconhecidamente sejam considerados perigosos; Hipismo; 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, coastrunning); slide e rappel; espeleologia;
 - c. Cataclismos da natureza, atos de guerra, declarada ou não, de terrorismo, de sabotagem e de perturbações da ordem pública;
33. Tratamentos de enfermagem privados e/ou prestados no domicílio, bem como a realização domiciliária de quaisquer exames ou tratamentos (incluindo a fisioterapia);
34. Tratamentos termais e estadias em termas, sanatórios, lares, residências assistidas, casas de repouso, convalescença e cuidados continuados, centros de tratamento de toxicodependência e/ou alcoolismo e outros estabelecimentos similares;
35. Ginástica, natação, massagens e outros similares, ainda que prescritos pelo médico, exceto os que resultem de doença ou acidente enquadráveis nas garantias do contrato;
36. Tratamentos realizados em estabelecimentos não autorizados a prestar cuidados de saúde;
37. Tratamentos realizados em ginásios, centros de beleza e bem-estar e outros estabelecimentos semelhantes;
38. 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;
39. Deslocações e/ou alojamento;
40. Serviços que não sejam clinicamente necessários, face ao quadro clínico da Pessoa Segura e de acordo com os protocolos e padrões reconhecidos pela comunidade médica.

E - PERÍODOS DE CARÊNCIA

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

Em caso de acidente ou doença súbita que implique tratamento hospitalar urgente em regime de internamento ou ambulatório, não são aplicáveis os períodos de carência.

Os períodos de carência aplicáveis a este contrato constam do seguinte quadro:

PERÍODOS DE CARÊNCIA	DIAS
CAPITAL DIÁRIO POR INTERNAMENTO HOSPITALAR	90
ASSISTÊNCIA MÉDICA DOMICILIÁRIA	60

F - ÂMBITO DAS COBERTURAS

1. CAPITAL DIÁRIO POR INTERNAMENTO HOSPITALAR

ÂMBITO

Esta cobertura garante, nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Particulares, o pagamento de um capital em caso de internamento da Pessoa Segura em unidade hospitalar sita em Portugal, resultante de doença ou acidente que ocorram durante a vigência do contrato.

EXCLUSÕES ESPECÍFICAS (para além das indicadas no ponto D - EXCLUSÕES)

Para efeitos desta cobertura, não estão contempladas as hospitalizações em consequência de tratamentos não reconhecidos oficialmente pela medicina convencional.

2. CONSULTAS

ÂMBITO

Esta cobertura garante, nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Particulares, o pagamento de despesas efetuadas com Honorários de consultas médicas, conforme definido nas Condições Particulares, mediante o copagamento de 15€ por consulta.

Esgotado o número de consultas previsto nas Condições Particulares a cobertura passa a funcionar em regime de acesso à rede também para consultas.

EXCLUSÕES

Para além das exclusões previstas nas Condições Gerais, a cobertura não garante:

- a) Honorários médicos e de enfermagem relativos a outros atos médicos realizados em regime Ambulatório, incluindo a Pequena Cirurgia;
- b) Materiais e produtos associados aos atos médicos realizados em regime Ambulatório;
- c) Exames Auxiliares de Diagnóstico;
- d) Tratamentos do foro da Medicina Física e de Reabilitação, incluindo terapia da fala, ainda que prescritos por médico.
- e) Despesas decorrentes de cirurgia realizada em ambiente hospitalar;
- f) Consultas, tratamentos, cirurgia e próteses e ortóteses do foro estomatológico;
- g) Exercícios de Ortótica;
- h) Consultas domiciliárias e consultas de urgência.

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

ÂMBITO

Esta cobertura garante, nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Particulares, o direito de acesso a 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.

Fica abrangido por esta cobertura o direito de acesso aos atos acima referidos que originem despesas efetuadas com:

- a) Honorários de consultas médicas;
- b) Honorários médicos e de enfermagem relativos a outros atos médicos realizados em regime Ambulatório;
- c) Materiais e produtos associados aos atos médicos realizados em regime Ambulatório;
- d) Exames Auxiliares de Diagnóstico;
- e) Tratamentos do foro da Medicina Física e de Reabilitação;
- f) Terapia da Fala.

EXCLUSÕES

Para efeitos desta cobertura, não são aplicáveis as exclusões constantes da cláusula 4ª das Condições Gerais.

4. ASSISTÊNCIA MÉDICA DOMICILIÁRIA

ÂMBITO

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

5. ENFERMAGEM DOMICILIÁRIA

ÂMBITO

Esta cobertura garante, sempre que o estado de saúde da Pessoa Segura o justifique e nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Particulares, serviços de enfermagem ao domicílio, desde que prescritos por médico.

O Segurador disponibiliza o serviço, efetuando a respetiva organização e marcação, sendo os custos inerentes à realização do serviço da responsabilidade da Pessoa Segura.

6. EXAMES NO DOMICÍLIO

ÂMBITO

Esta cobertura garante, nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Particulares, a realização de exames e/ou colheitas para análises clínicas, desde que prescritos por Médicos e cuja realização seja possível no domicílio.

O Segurador disponibiliza o serviço, efetuando a respetiva organização e marcação, sendo todos os custos inerentes à realização do serviço da responsabilidade da Pessoa Segura, incluindo o custo da deslocação.

7. TRANSPORTE NÃO URGENTE

ÂMBITO

Esta cobertura garante, nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Particulares, 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 organização e marcação, sendo todos os custos inerentes à realização do serviço da responsabilidade da Pessoa Segura.

8. ACESSO À REDE DE ESTOMATOLOGIA

ÂMBITO

Esta cobertura garante, nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Particulares, o direito de acesso a atos de diagnóstico ou terapêutica do foro estomatológico, suportando a Pessoa Segura a totalidade do respetivo custo.

Fica abrangido por esta cobertura o direito de acesso aos atos suprarreferidos que originem despesas efetuadas com:

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

EXCLUSÕES

Para efeitos desta cobertura, não são aplicáveis as exclusões constantes da cláusula 4ª das Condições Gerais.

9. ACESSO À REDE DE TERAPÊUTICAS NÃO CONVENCIONAIS

ÂMBITO

Esta cobertura garante à Pessoa Segura, nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Particulares, o direito de acesso à Rede de Terapêuticas Não Convencionais em Portugal, suportando a Pessoa Segura a totalidade dos custos, nos seguintes serviços:

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

EXCLUSÕES

Para efeitos desta cobertura, não são aplicáveis as exclusões constantes da cláusula 4ª das Condições Gerais.

10. ACESSO À REDE DE ÓTICAS

ÂMBITO

Esta cobertura garante à Pessoa Segura, nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Particulares, o direito de acesso à Rede de Óticas, suportando a Pessoa Segura a totalidade dos custos, nas despesas efetuadas no âmbito dos modelos contratados para Aros e Lentes.

EXCLUSÕES

Para efeitos desta cobertura, não são aplicáveis as exclusões constantes da cláusula 4ª das Condições Gerais.

11. MEDICINA ONLINE

ÂMBITO

Esta cobertura garante à Pessoa Segura, através de pedido online ou telefónico, a possibilidade de obter apoio e aconselhamento para adoção de medidas que visem a melhoria da sua saúde.

A resposta poderá ser, conforme opção da Pessoa Segura:

- por contacto telefónico - um especialista entrará em contacto para dar resposta à consulta;
- para o endereço de correio eletrónico;
- através de uma aplicação móvel (APP).

Este serviço é prestado por uma equipa de especialistas (médicos e nutricionistas). O aconselhamento e apoio concedido ao abrigo desta cobertura, visa a identificação dos 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, com indicação da eventualidade de a mesma carecer de cuidados médicos presenciais ou de outro tipo de ações. A responsabilidade desta cobertura fica, pois, limitada à responsabilidade decorrente deste tipo de ato médico nas circunstâncias não presenciais em que é praticado.

Os serviços que integram a presente cobertura são os seguintes:

a) CONSULTA POR TELEFONE OU POR E-MAIL

A consulta por telefone ou por e-mail permite à Pessoa Segura consultar uma equipa médica especializada em medicina geral e familiar.

Na consulta por e-mail a pessoa segura poderá fazer o envio de imagens e de exames médicos para que os médicos possam avaliar a respetiva situação clínica.

b) VÍDEO CONSULTA

O serviço visa disponibilizar à Pessoa Segura, através do acesso a 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 upload de imagens e de exames médicos para que os médicos possam estudar, antes da vídeo consulta, a situação clínica do cliente;
- 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) CONFIRMAÇÃO DE DIAGNÓSTICO

O serviço de Confirmação de Diagnóstico 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 de tempo, um relatório escrito que inclui a opinião de um ou vários especialistas, com base na informação médica anteriormente facultada, a qual será imprescindível para acionar esta cobertura.

A cobertura inclui a assistência por um médico que ajude a Pessoa Segura na elaboração da história clínica. Após o pedido, a equipa médica entra em contacto com a Pessoa Segura, para explicar o processo e enviar-lhe um formulário que a Pessoa Segura deverá assinar e devolver.

Este serviço, sequencialmente, engloba o seguinte:

- Recolha da Informação

A partir do momento em que a Pessoa Segura dá acordo e o serviço é autorizado, a equipa médica inicia os trâmites para reunir toda a informação clínica necessária sobre o caso.

- Revisão de Relatórios Médicos

Um Comité Clínico realizará a análise inicial dos relatórios médicos e das evidências que foram disponibilizadas pelo paciente.

- Seleção dos Médicos Especialistas

O Comité Clínico iniciará o processo de seleção dos médicos especialistas com sólida experiência na patologia a nível internacional.

- Avaliação do Caso

A Equipa Médica enviará o caso aos especialistas selecionados e manterá contacto telefónico para comentar as particularidades do caso com a Pessoa Segura.

- Elaboração do Relatório Médico

A Equipa Médica realizará o relatório final, incluindo a opinião dos especialistas que foram consultados.

- Apresentação do Relatório

A Equipa Médica enviará o relatório à Pessoa Segura e entrará em contacto com a mesma, para explicar o conteúdo do relatório médico, dar resposta às questões e às dúvidas que a Pessoa Segura ou o seu Médico assistente possam apresentar.

d) ORIENTAÇÃO NUTRICIONAL

O serviço de orientação nutricional tem por objeto a realização de consultas relacionadas com alimentação ou dieta, efetuadas por uma equipa de especialistas em nutrição e dietética, à qual poderá ser solicitada análise de exames auxiliares de diagnóstico, relatórios médicos, ementas, etc..

e) TESTE DE HÁBITOS SAUDÁVEIS

O serviço de Teste de Hábitos Saudáveis é um teste online que permite à Pessoa Segura obter:

- Relatório sobre o seu estado de saúde com recomendações personalizadas;
- Avaliação do risco cardiovascular;
- Recomendações dietéticas personalizadas sobre o estilo de vida.

O serviço inclui a possibilidade de parecer médico sobre o relatório, quando a Pessoa Segura considere necessário, o qual poderá ser solicitado online ou telefonicamente.

f) PROGRAMA "PÔE-TE EM FORMA"

O Programa "PÔE-TE EM FORMA" disponibiliza à Pessoa Segura que o pretenda, um plano alimentar online, com base numa dieta hipocalórica e equilibrada, combinada com tabelas de exercício físico diário.

Para o efeito:

- i. A Pessoa Segura deve fazer o Teste online, respondendo a todas as perguntas;

- ii. Após a realização do Teste, a Pessoa Segura receberá, por correio eletrónico (e-mail), as recomendações, com menus semanais e tabelas de exercício físico personalizadas. Semanalmente, a Pessoa Segura receberá um e-mail para acompanhamento do Programa, podendo, sempre que necessitar, contactar com os especialistas para esclarecer dúvidas.

- g) Outros serviços disponibilizados através do seu sítio da internet ou outros meios disponíveis.

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

A cobertura não garante:

- a) Eventuais danos por atrasos ou dificuldades no acesso a este serviço, em consequência de anomalias nas redes de telecomunicações;
- b) Eventuais consequências de atraso ou negligência imputáveis à Pessoa Segura no recurso à assistência médica, bem como as consequências de informação deficiente, incorreta ou inexacta por ela prestada ou por terceiros sob as suas instruções;
- c) Eventuais consequências do não cumprimento, por parte da Pessoa Segura, das indicações fornecidas através do serviço.

G - DURAÇÃO, RENOVAÇÃO E DENÚNCIA DO CONTRATO

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

H - 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. O Segurador deve ser informado da doença nos trinta dias imediatos ao termo do contrato, salvo justo impedimento.
3. Em caso de não renovação do contrato ou da cobertura, as autorizações emitidas e ainda não utilizadas caducam automaticamente na data do termo do mesmo, sem prejuízo do referido nos números anteriores.

I - DIREITO DE LIVRE RESOLUÇÃO DO CONTRATO

1. O Tomador do Seguro que seja pessoa singular dispõe de um prazo de 30 dias, a contar da receção da Apólice, para resolver, nos termos da lei, o contrato, sem necessidade de indicação do motivo, mediante comunicação por escrito, em suporte de papel ou outro meio duradouro disponível e acessível ao Segurador.
2. O prazo referido no nº 1 conta-se a partir da data da celebração do contrato, desde que o Tomador do Seguro nessa data disponha, em papel ou noutro suporte duradouro, de todas as informações relevantes sobre o seguro que tenham de constar da Apólice.
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 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.

J - DIREITO DE RESOLUÇÃO

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

K - 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. 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. Quando acordado entre o Segurador e o Tomador do Seguro, o prémio poderá ser pago fracionadamente, com uma periodicidade mensal, trimestral ou semestral.
3. O 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, pelo que a eficácia deste depende do pagamento respetivo.
5. Os prémios ou frações seguintes são devidos na data indicada no aviso para pagamento respetivo.
6. Nos termos da lei, na falta de pagamento do prémio ou fração inicial o contrato considera-se resolvido desde o início, não produzindo quaisquer efeitos.
7. 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.
8. 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.
9. 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.
10. As disposições dos números anteriores são aplicáveis ao pagamento dos Prémios ou frações devidos por cada um dos aderentes ao seguro de grupo que seja contratado, 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.

M - SUB-ROGAÇÃO

O Segurador, uma vez paga a prestação decorrente de um sinistro, 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.

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

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

O - PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

1. Em caso de sinistro coberto pelo 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 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 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 procede ao reembolso das prestações, no prazo máximo de 30 dias úteis 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 juros à taxa legal em vigor.
4. 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.
5. 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.

P - DADOS PESSOAIS DE SAÚDE

O Segurador poderá ter necessidade, quer para efeitos de aceitação do contrato, quer para efeitos de regularização de sinistro, de aceder a dados pessoais de saúde da pessoa segura.

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

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

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

A recusa de consentimento nos termos e para os efeitos acima referidos, poderá determinar, no caso de existirem indícios que evidenciem ter havido omissões ou 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 lei 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.

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 60+ Activcare CTT

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?

- ✓ Capital Diário por Internamento Hospitalar – capital 25€ por dia (ou 50€ em caso de internamento em unidade de cuidados intensivos) e máximo de 40 dias por ano;
- ✓ Acesso à Rede de Ambulatório, mediante pagamento dos preços convencionados e sem aplicação das exclusões gerais do contrato;
- ✓ **No 60+ Activcare CTT 2:**
 - ✓ 6 consultas programadas de consultório;
 - ✓ Acesso às Redes de Terapêuticas não Convencionais e Óticas, mediante pagamento dos preços convencionados e sem aplicação das exclusões gerais do contrato;
 - ✓ Coberturas de Assistência (pedidas através do Serviço de Apoio ao Cliente):
 - Assistência Médica Domiciliária;
 - Enfermagem Domiciliária;
 - Exames no Domicílio;
 - Transporte não Urgente
 - ✓ Medicina Online - serviços de assistência prestados através de telefone ou de canais digitais, incluindo vídeo-consulta.

Cobertura opcional:

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



Que riscos não são segurados?

- ✗ Assistência hospitalar por razões de carácter meramente social;
- ✗ Doenças ou lesões preexistentes ou congénitas;
- ✗ Hospitalizações em consequência de tratamentos não reconhecidos oficialmente pela medicina convencional;
- ✗ Doenças que decorram do consumo de bebidas alcoólicas, da utilização abusiva de medicamentos, da utilização de estupefacientes e de narcóticos não prescritos;
- ✗ VIH e Hepatite;
- ✗ 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;
- ✗ Interrupção voluntária da gravidez;
- ✗ Serviços que não sejam clinicamente necessários ou que não tenham finalidade terapêutica;
- ✗ Perturbações do foro da saúde mental;
- ✗ Disfunções sexuais, infertilidade e métodos anticoncepcionais;
- ✗ Tratamentos para regularização de peso, do foro estético, plástico ou reconstrutivo;
- ✗ Transplantes e implantes;
- ✗ Doenças resultantes de epidemia;
- ✗ Tratamentos experimentais;
- ✗ Tratamentos termais;
- ✗ 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 inexactidões dolosas ou negligentes do Tomador do Seguro ou da Pessoa Segura na declaração inicial do risco;
- ! As resultantes dos limites de capital seguro que sejam aplicáveis;

- ! A cobertura de Capital Diário por Internamento Hospitalar só pode ser acionada após período de carência de 90 dias e tem uma franquia de 7 dias;
- ! 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.



Onde estou coberto?

- ✓ Em Portugal.



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 imediatos ao termo do contrato, salvo justo impedimento, de qualquer doença então existente;
- Em caso de extravio do Cartão Multicare, comunicá-lo no prazo máximo de 48 horas.
- Comunicar à Fidelidade alterações importantes, tais como, composição do agregado familiar, morada, contactos.

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;
- Realizar, sempre que solicitados, pelo Segurador, os exames por ele suportados, em Médicos por ele designados, cessando a responsabilidade do mesmo se a pessoa segura o não fizer;
- Atuar com boa-fé na utilização dos serviços em rede e não fazer uma utilização abusiva do contrato para obter um benefício ilegítimo.



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 é pago por débito em conta.



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 mínima de subscrição são 61 anos. 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.



INFORMAÇÃO PRÉ-CONTRATUAL

Prestação de Informação nos termos e para os efeitos do artigo 31º do Regime Jurídico da Distribuição de Seguros e de Resseguros, aprovado pela Lei n.º 7/2019, de 16 de janeiro, (o “RJDS”) e por referência aos contratos de seguro da Fidelidade – Companhia de Seguros, S.A.

ATIVIDADE DE DISTRIBUIÇÃO DE SEGUROS DESENVOLVIDA PELOS CTT - Correios de Portugal, S.A. - Sociedade Aberta

Os CTT - Correios de Portugal, S.A. - Sociedade Aberta, com sede social em Lisboa, Edifício CTT, Avenida D. João II, 13, 1999-001, Lisboa, solicitaram, em 27 de dezembro de 2007, a sua inscrição na Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões, na categoria de Agente de Seguros nos ramos de Seguros de Vida e Não Vida, encontrando-se registado sob o n.º 407261271. Os dados dos CTT, enquanto Agente de seguros, estão disponíveis em www.asf.com.pt.

Os CTT não detêm, direta nem indiretamente, qualquer participação no capital social ou dos direitos de voto de qualquer segurador. Não existe qualquer participação nos direitos de voto ou no capital social dos CTT que seja detida por qualquer empresa de seguros ou por empresa mãe de qualquer empresa de seguros.

A intervenção dos CTT, enquanto mediador de seguros, envolverá a prestação de assistência ao longo do período de vigência dos contratos do seguro, estando autorizado a receber prémios de seguro para a entrega a empresa de seguros.

Os CTT recebem uma comissão pela distribuição, que incide sobre o prémio do contrato de seguro.

O Cliente tem o direito de solicitar informação sobre a remuneração dos CTT, enquanto Mediador, pela prestação do serviço de distribuição, pelo que, sempre que solicitada, ser-lhe-á prestada tal informação.

As reclamações dos Tomadores dos Seguros ou outras partes interessadas relativas à atividade de distribuição de seguros desenvolvida pelos CTT podem ser apresentadas junto da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões. Em caso de litígio emergente da atividade de distribuição, os consumidores podem recorrer aos tribunais judiciais ou aos organismos de resolução extrajudicial de conflitos.

Os CTT, enquanto agente de seguros, não têm a obrigação contratual de exercer a atividade de distribuição exclusivamente para uma ou mais empresas de seguros ou outros mediadores de seguros. Os CTT atuam em nome e por conta da empresa de seguros e não prestam aconselhamento, pelo que as informações prestadas na celebração dos contratos de seguro não podem ser entendidas como aconselhamento e não se baseiam numa análise imparcial, cabendo aos Clientes a responsabilidade de efetuar a comparação das respetivas condições com outro ou outros contratos de seguro existentes no mercado.

Nos contratos de seguro em que os CTT figurarem como mediador, estes poderão receber a colaboração de outros mediadores de seguro.