

Seguro de Saúde PME Multicare

PME Multicare Health Insurance

Informações Pré-Contratuais/Nota Informativa

Precontractual Information/Informative Note

A entregar ao Tomador do Seguro

To be submitted to the Policyholder

(Nos termos do Artigo 78.º do Regime Jurídico do Contrato de Seguro, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 72/2008 de 16 de Abril, cabe ao Tomador do Seguro informar os aderentes sobre o âmbito do contrato, em conformidade com o presente espécimen)

(Under the terms of article 78 of the Insurance Contract Legal Framework, approved by Decree-Law no. 72/2008 of 16 April 2008, it is the responsibility of the Policyholder to inform the other insured about the scope of the contract, in accordance with this document)

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

A - SEGURADOR

Fidelidade - Companhia de Seguros, S.A., ("Segurador") é uma empresa de seguros registada junto da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões, sob o número 1011, podendo os seus dados de registo ser pesquisados em www.asf.com.pt.

O Segurador não dá aconselhamento para os efeitos previstos no regime jurídico da distribuição de seguros e de resseguros, sem prejuízo de prestar as informações contratuais e pré-contratuais legalmente obrigatórias e os esclarecimentos que lhe sejam solicitados para que o potencial cliente tome uma decisão informada.

A comercialização deste produto pelos trabalhadores do Segurador não origina qualquer remuneração direta aos mesmos, mas poderá refletir-se, de uma forma global, no prémio de produtividade anual.

B - PRODUTO / MERCADO-ALVO

Produto: Seguro de Saúde Multicare Dental.

Mercado-Alvo: Pessoas coletivas e empresários em nome individual (ENI), que pretendam contratar, para os seus colaboradores e eventualmente respetivos agregados familiares, o acesso a serviços de Medicina Dentária, em prestadores privados da Rede Multicare Dental e o acesso à mesma a preços negociados com cada prestador.

Condições de Subscrição:

- Idade limite de subscrição: Sem idade limite de subscrição ou permanência;
- Limite mínimo de pessoas a incluir: 2 (duas), sendo uma delas Colaborador da PME.

C - COBERTURA

1. O contrato de seguro garante os atos de Medicina Dentária, expressamente indicados no Quadro de Coberturas, podendo integrar as modalidades de Prestação na Rede e Acesso à Rede. Os atos garantidos em Prestações na Rede são exclusivos da Rede Multicare Dental e não estão sujeitos a franquias nem copagamentos. Os restantes atos de Medicina Dentária são garantidos na modalidade de Acesso à Rede Multicare Dental, na qual a Pessoa Segura beneficia de Preços Convencionados com os Prestadores e suporta a totalidade do custo, sendo que esse custo pode variar dependendo do prestador.
2. A cobertura contratada consta das Condições Particulares e no Certificado Individual de Seguro.

A - INSURER

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

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

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

B - PRODUCT / TARGET-MARKET

Product: PME Health Insurance Multicare Dental

Target-Market: Companies and sole traders (STs), that intend to provide to their employees and, possibly, to their Family Households, the access to Dental Medicine services, in private Multicare Dental Network providers at prices agreed with each provider.

Subscription Conditions:

- Age limit for subscription: No subscription or permanence age limit;
- Minimum limit of persons to be included: 2 (two), one of them being an Employee of the SME.

C - COVERAGES

1. The insurance contract guarantees the Dental Medicine acts, expressly indicated on the Table of Coverages, and may include the types of use Benefits in the Network and Access to the Network. The acts guaranteed under Benefits in the Network are exclusive of the Multicare Dental Network and are not subject to excesses or co-payments. The remaining Dental Medicine acts are covered under Access to the Multicare Dental Network, in which the Insured Person benefits from Prices Agreed with the Providers and bears all the costs, which may vary depending on the provider.
2. The underwritten coverage is mentioned in the Schedule of the Policy and in the Individual Insurance Certificate.

3. O Seguro de Saúde Individual Multicare Dental garante os seguintes atos:
The Individual Health Insurance Multicare Dental guarantees the following acts:

ATOS GARANTIDOS GUARANTEED ACTS	LIMITES POR ANUIDADE E PESSOA SEGURA LIMITS PER ANNUITY AND INSURED PERSON	VALOR A CARGO DA PESSOA SEGURA AMOUNTS PAYABLE BY THE INSURED PERSON
MEDICINA DENTÁRIA - MULTICARE DENTAL DENTAL MEDICINE - MULTICARE DENTAL CONSULTAS DE AVALIAÇÃO (SEM TRATAMENTOS) ¹ EVALUATION APPOINTMENTS (WITHOUT TREATMENTS) ¹ DESTARTARIZAÇÃO COM JATO DE BICARBONATO ² TARTAR REMOVAL WITH BICARBONATE JET ² EXTRAÇÃO DE DENTES DE LEITE (DECÍDUOS) EXTRACTION OF PRIMARY TEETH (DECIDUOUS) RADIOGRAFIA PANORÂMICA (ORTOPANTOMOGRAFIA) PANORAMIC X-RAY (ORTHOPANTOMOGRAPHY) ESTUDO DE ORTODONTIA ³ ORTHODONTICS STUDY ³ ESTUDO DE IMPLANTOLOGIA ⁴ IMPLANTOLOGY STUDY ⁴ APLICAÇÃO DE FLUORETOS ⁵ FLUORIDE APPLICATION ⁵ APLICAÇÃO DE SELANTES ^{5,6} SEALANT APPLICATION ^{5,6}	SEM LIMITE NO LIMIT SEM LIMITE NO LIMIT SEM LIMITE NO LIMIT 1 1 1 1 1 A CADA 3 1 PER EACH 3	EXCLUSIVO DE REDE E SEM VALORES A CARGO DA PESSOA SEGURA NETWORK EXCLUSIVE AND WITH NO AMOUNTS PAYABLE BY THE INSURED PERSON

¹ INCLUI RADIOGRAFIAS PERIAPICAIS E PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS, EXAMES E TRATAMENTOS.
INCLUDES PERIAPICAL X-RAYS AND THE PRESCRIPTION OF MEDICATION, EXAMS AND TREATMENTS.

² INCLUI A APLICAÇÃO DE FLUORETOS CASO CLINICAMENTE NECESSÁRIO.
INCLUDES THE APPLICATION OF FLUORIDES IF CLINICALLY REQUIRED.

³ INCLUI CONSULTA DE MEDICINA DENTÁRIA, ANÁLISE CEFALOMÉTRICA, MODELOS DE ESTUDO ORTODÔNTICOS E TELERRADIOGRAFIA.
INCLUDES DENTAL MEDICINE APPOINTMENT, CEPHALOMETRIC ANALYSIS, ORTHODONTIC STUDY MODELS AND TELERRADIOGRAPHY.

⁴ INCLUI CONSULTA DE MEDICINA DENTÁRIA, ESTUDO DE REABILITAÇÃO COM IMPLANTES, MODELOS DE ESTUDO E TELERRADIOGRAFIA.
INCLUDES DENTAL MEDICINE APPOINTMENT, IMPLANT REHABILITATION STUDY, STUDY MODELS AND TELERRADIOGRAPHY.

⁵ ATÉ AOS 15 ANOS DE IDADE.
UP TO THE AGE OF 15.

⁶ APLICAÇÃO BIMAXILAR.
FOR BIMAXILLARY APPLICATION.

D - EXCLUSÕES APLICÁVEIS A TODAS AS COBERTURAS

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

- Serviços realizados 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;
- Consultas ou exames médicos que sejam necessários para a emissão de atestados, declarações, certificados ou qualquer tipo de documento que não tenha fins terapêuticos;
- Acidentes ou Doenças provenientes de tentativa de suicídio ou automutilação, de participação em apostas ou desafios, de intervenção em duelos e rixas ou da prática de atos dolosos ou gravemente culposos ou ilícitos por parte da Pessoa Segura;
- Acidentes e Doenças que tenham ou devam ter cobertura em seguros obrigatórios, até aos limites garantidos pelos mesmos;
- Acidentes em serviço e Doenças profissionais, até aos limites garantidos pelo Estado;
- Doenças em situação de epidemia ou pandemia declarada pelas autoridades competentes;
- Doenças ou sequelas resultantes de radioatividade não terapêutica, incluindo consequências de utilização de armas bacteriológicas ou de agentes químicos;
- Acidentes emergentes de:
 - Participação em competições desportivas e respetivos treinos, quer como profissional quer como amator;
 - Prática de desportos perigosos ou radicais, tais como: desportos terrestres motorizados; BTT; Paraquedismo, incluindo a prática de queda livre, parapente, asa delta, voo utilizando fatos planadores, com ou sem paraquedas (wingsuit); Saltos ou saltos invertidos com mecanismo de suspensão corporal (bungee jumping), salto de penhascos, rochedos, montanhas, precipícios, prédios, torres, antenas, barragens, pontes ou outras plataformas físicas, com ou sem paraquedas (base jumping); Motonáutica, esqui aquático e quaisquer desportos aquáticos em que o praticante é impulsionado por meio motorizado, paraquedas ou papagaio (kitesurf); Desportos náuticos praticados sobre prancha; Descida de torrentes ou correntes originadas por desníveis nos cursos de água; Prática desportiva de mergulho; Caça submarina; Desportos praticados sobre a neve e o gelo; Alpinismo, alta montanha, escalada, corrida em penhascos, serra ou montanha (skyrunning, coast running); Slide e rappel; Outros desportos de perigosidade análoga; Artes marciais, luta e boxe; Tauromaquia e largadas de touros ou reses; Caça de animais ferozes ou que reconhecidamente sejam considerados perigosos; Hipismo; Espeleologia;

D - EXCLUSIONS APPLICABLE TO ALL COVERAGES

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

- Services performed by Physicians and other healthcare professionals who are spouse, parents, children or siblings of the Insured Person and well as by the Insured Person to himself;
- Medical appointments or exams that may be necessary for the issuing of reports, statements, certificates or any kind of document that does not have therapeutic purposes;
- Accidents or Illnesses caused by attempted suicide or self-mutilation, participation in bets or challenges, involvement in duels and fights or practice of intentional or seriously guilty or illicit acts by the Insured Person;
- Accidents and Illnesses covered or that should be covered by compulsory insurances, up to the limits guaranteed by them;
- Occupational Accidents and Illnesses, up to the limits guaranteed by the State;
- Diseases, where there is an epidemic or pandemic declared by the competent authorities;
- Illnesses or sequelae arising from non-therapeutic radiation exposure, including consequences of the use of bacteriological weapons or chemical agents;
- Accidents arising from:
 - Participation in sports competitions and respective trainings, whether as a professional or amateur;
 - Practice of dangerous or radical sports such as: land motor sports; Mountain-biking; Parachuting, including the practice of free fall, paragliding, hand-gliding and wingsuit flying with or without a parachute; Jumps or inverted jumps with the use of body suspension mechanisms (bungee jumping), jump off cliffs, rocks, mountains, precipices, buildings, towers, antennae, dams, bridges or other physical platforms with or without a parachute (base jumping); Water motor sports, water-skiing and any water sports where the person is driven by a motor, parachute or kite (kitesurfing); Water board sports; Rafting; Sport diving; Submarine hunting; Winter sports; Alpine climbing, mountaineering, climbing, skyrunning and coast running; Slide and rappel; Other sports of similar danger; Martial arts, fighting and boxing; Bullfighting and release of bulls or any type of livestock; Hunt of ferocious animals or those which are commonly considered dangerous; Equestrianism; Speleology;

- 3) Cataclismos da natureza, atos de guerra, declarada ou não, de terrorismo, de sabotagem e perturbações da ordem pública;
- i) 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 - ÂMBITO DAS COBERTURAS

MEDICINA DENTÁRIA - MULTICARE DENTAL

O QUE ESTÁ SEGURO

A cobertura garante, nos termos e limites fixados nas Condições Particulares:

- a) Os atos de medicina dentária expressamente indicados no Quadro de Coberturas.
- b) Esgotados os limites previstos para os atos referidos na alínea a), o Acesso à Rede Multicare Dental para os mesmos.
- c) Para os restantes atos de medicina dentária, o Acesso à Rede Multicare Dental.

O QUE NÃO ESTÁ SEGURO

Na modalidade de Acesso à Rede não se aplicam quaisquer exclusões.

MODALIDADE DE UTILIZAÇÃO

A utilização desta cobertura é exclusiva na modalidade de Prestação na Rede para os atos indicados no Quadro de Coberturas e em Acesso à Rede no âmbito dos atos previstos nas alíneas b) e c).

F - DURAÇÃO, RENOVAÇÃO E DENÚNCIA DO CONTRATO

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

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

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

H - DIREITO DE LIVRE RESOLUÇÃO DO CONTRATO

1. O Tomador do Seguro que seja pessoa singular dispõe de um prazo de 30 dias, a contar da receção da Apólice, para resolver, nos termos da lei, o contrato, sem necessidade de indicação do motivo, mediante comunicação por escrito, em suporte de papel ou outro meio duradouro disponível e acessível ao Segurador.
2. O prazo referido no nº 1 conta-se a partir da data da celebração do contrato, desde que o Tomador do Seguro nessa data disponha, em papel ou noutro suporte duradouro, de todas as informações relevantes sobre o seguro que tenham de constar da Apólice.
3. O exercício do direito de livre resolução deve fazer-se através de:
 - Carta dirigida para o seguinte endereço postal:
Multicare - Seguros de Saúde, S.A.
Apartado 24213
EC CAMPO DE OURIQUE (LISBOA)
1251-997 LISBOA
 - E-mail para o seguinte endereço:
atendimento@multicare.pt
4. O exercício do direito de livre resolução extingue as obrigações e direitos decorrentes do contrato, com efeitos a partir da data da sua celebração, estando ambas as partes obrigadas a restituir quaisquer

- 3) Natural cataclysms, acts of war, declared or not, of terrorism, of sabotage and public order disturbances;
- i) Services that are not clinically necessary, given the clinical situation of the Insured Person and according to the protocols and standards acknowledged by the medical community.

E - SCOPE OF THE COVERAGES

DENTAL MEDICINE - MULTICARE DENTAL

WHAT IS INSURED

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

- a) The Dental Medicine acts expressly indicated on the Table of Coverages;
- b) When the limits provided for the acts referred to in subparagraph a) have been reached, Access to the Multicare Dental Network for those acts;
- c) For the remaining dental medicine acts, Access to the Multicare Dental Network.

WHAT IS NOT INSURED

Under Access to the Network, no exclusions apply.

TYPE OF USE

The use of this coverage is exclusive under Benefits in the Network for the acts indicated on the Table of Coverages and under Access to the Network within the scope of the acts set out in subparagraphs b) and c).

F - DURATION, RENEWAL AND TERMINATION OF THE CONTRACT

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

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

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

H - RIGHT OF WITHDRAWAL FROM THE CONTRACT

1. The Policyholder who is a natural person has a period of 30 days from the receipt of the Policy to legally withdraw from the contract, without justification, upon communication in writing on paper or by other means that provide a durable record available and accessible to the Insurance Company.
2. The period referred to in par. 1 above is counted from the date of conclusion of the contract, provided that the Policyholder possesses at that date on paper or in another means providing a durable record, all the relevant information about the insurance that must be mentioned in the Policy.
3. The exercise of the right of withdrawal must be made by means of:
 - Letter addressed to:
Multicare - Seguros de Saúde, S.A.
Apartado 24213
EC CAMPO DE OURIQUE (LISBOA)
1251-997 LISBOA
 - E-mail to the following address:
atendimento@multicare.pt
4. The exercise of the right of withdrawal results in the termination of the obligations and rights arising from the contract, as of the date of conclusion thereof, and both parties are obligated to return any

quantias que tenham recebido, no prazo de 30 dias, a contar, respetivamente, da receção da notificação pelo Segurador, ou a contar do seu envio pelo Tomador do Seguro. Porém, no caso do seguro ter início, a pedido do Tomador do Seguro, antes do termo do prazo de livre resolução do contrato, o segurador terá direito:

- a) Ao valor do Prémio calculado proporcionalmente ao tempo já decorrido, na medida em que tenha suportado o risco até à resolução do contrato;
- b) Ao montante das despesas razoáveis que tenha efetuado com exames médicos anteriores à contratação ou inclusão da Pessoa Segura no contrato, sempre que esse valor seja imputado contratualmente ao Tomador do Seguro.

I - DIREITO DE RESOLUÇÃO

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

J - DECLARAÇÃO INICIAL DO RISCO

1. Antes da celebração do contrato o Tomador do Seguro e as Pessoas Seguras estão obrigados a declarar com exatidão todas as circunstâncias que conheçam e razoavelmente devam ter por significativas para a apreciação do risco pelo Segurador.
2. O disposto no número anterior é igualmente aplicável a circunstâncias cuja menção não seja solicitada em questionário fornecido pelo Segurador.
3. O contrato é anulável, nos termos e com as consequências previstas na Lei, em caso de incumprimento doloso do disposto no n.º 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 n.º 1.

K - PRÉMIO

1. O Prémio a pagar ao Segurador será calculado por aplicação das taxas de tarifa ou de referência do Segurador ao módulo de cobertura, indicado na proposta pelo Tomador do Seguro. A taxa de tarifa pode variar em função da idade.
2. O pagamento do Prémio anual de seguro pode, por acordo entre o Segurador e o Tomador do Seguro, ser repartido em frações mensais, trimestrais ou semestrais.
3. O pagamento do Prémio é efetuado de acordo com a modalidade escolhida ou disponível na proposta de seguro.
4. O Prémio ou fração inicial é devido na data da celebração do contrato. A falta do seu pagamento na data indicada no aviso determina a resolução automática do contrato a partir da data da sua celebração.
5. Os Prémios ou frações seguintes são devidos com a periodicidade estabelecida na Apólice e nas datas informadas nos avisos de pagamento.
6. Os avisos para pagamento dos Prémios ou frações são enviados pelo Segurador ao Tomador do Seguro, por escrito, até 30 dias antes da data em que são devidos. Se tiver sido acordado o pagamento do Prémio em frações com periodicidade igual ou inferior a três meses, o Segurador pode optar por enviar apenas um aviso anual com as datas de vencimento das frações, os seus montantes e as consequências da falta de pagamento.
7. A falta de pagamento do Prémio de uma anuidade subsequente ou da 1ª fração deste, na data em que é devido, impede a prorrogação do contrato, pelo que este não se renova. A falta de pagamento de qualquer outra fração do Prémio, na data em que é devida, determina a resolução automática e imediata do contrato nessa mesma data.
8. A falta de pagamento de um Prémio adicional na data indicada no aviso, desde que este decorra de um pedido do Tomador do Seguro para alteração da garantia, determinará que a alteração fique sem efeito. Nesse caso, repor-se-ão as condições contratuais em vigor anteriormente àquele pedido, a menos que a manutenção do contrato

amounts they have received, within 30 days from the receipt of the notification by the Insurer or from the sending thereof by the Policyholder, respectively. However, in case the insurance commenced, at the request of the Policyholder, before the end of the period of withdrawal from the contract, the Insurer shall be entitled to:

- a) The amount of the Premium calculated on a pro rata basis, insofar as the Insurer has borne the risk up to the termination of the contract;
- b) The amount of reasonable costs the Insurer has incurred with medical exams prior to the conclusion of the contract or the inclusion of the Insured Person in the latter, whenever this amount is contractually ascribed to the Policyholder.

I - RIGHT OF RESCISSION

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

J - INITIAL RISK STATEMENT

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

K - PREMIUM

1. The premium to be paid to the Insurer shall be calculated through the application of the tariff or reference rates of the Insurer to the coverage module indicated in the subscription form by the Policyholder. The tariff rate may vary according to age.
2. The payment of the annual insurance Premium may, upon agreement between the Insurer and the Policyholder, be divided into monthly, quarterly or half-yearly instalments.
3. The payment of the Premium is made according to the payment method chosen or available in the insurance subscription form.
4. The Premium or initial instalment thereof is due at the date of conclusion of the contract. Failure to pay at the date indicated in the notice shall result in the automatic termination of the contract from the date of its conclusion.
5. The following Premiums or instalments are due with the periodicity defined in the Policy and at the dates indicated in the respective payment notices.
6. The Insurer shall send the written payment notices of the following premiums or instalments to the Policyholder up to 30 days before the date on which they are due. If, however, the payment of the Premium has been agreed to be made in instalments with a periodicity equal to or less than every three months, the Insurer may choose to send only an annual notice with the due dates of the instalments, the amounts thereof and the consequences of lack of payment.
7. The lack of payment of the Premium of a subsequent annuity or of the 1st instalment thereof until the date where it is due, prevents the extension of the contract, and it shall not be renewed. The lack of payment of any other instalment of the Premium at the date where it is due results in the automatic and immediate termination of the contract at that same date.
8. The lack of payment of an additional Premium at the date indicated in the notice, if related to a request by the Policyholder for the amendment of the guarantee will determine that the amendment will be without effect. In this case, the contractual conditions in force prior to said request shall continue to apply, unless the subsistence of the contract

se revele impossível, caso em que se considera resolvido na data do vencimento do Prémio não pago.

9. A revogação do débito em conta referente ao pagamento do Prémio ou fração produz efeitos retroativos à data em que este é devido, equivalendo ao seu não pagamento.

L - SUB-ROGAÇÃO

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

M - 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.

N - PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

1. Em caso de Sinistro coberto pelo contrato, o Tomador do Seguro e a Pessoa Segura, sob pena de responderem por perdas e danos, obrigam-se a:
 - a) Tomar as medidas ao seu alcance para evitar o agravamento do seu estado de saúde;
 - b) Participar o Sinistro ao Segurador, por escrito, nos 8 dias imediatos à sua ocorrência;
 - c) Apresentar todos os elementos clínicos relativos ao seu estado de saúde e aos serviços prestados, cessando a responsabilidade do Segurador enquanto não o fizer;
 - d) Realizar, sempre que solicitados, exames que serão suportados pelo Segurador em Médicos por ele designados, cessando a responsabilidade do mesmo se não o fizer;
 - e) Autorizar, no âmbito de Sinistro que motive um pedido de prestação ou de reembolso ao abrigo do contrato de seguro, os Médicos e outros profissionais ou instituições de saúde a que tenha recorrido, a prestar ao Médico que o Segurador designar, as informações por este solicitadas relativas ao seu estado de saúde e aos serviços clínicos prestados.
2. Na modalidade de Prestação por Reembolso, o Tomador do Seguro e a Pessoa Segura obrigam-se ainda a apresentar ao Segurador os recibos originais das despesas, no prazo máximo de 120 dias a contar da data da sua realização. Sempre que os originais tenham sido utilizados pela Pessoa Segura para pedido de reembolso de despesas a outra entidade, podem ser apresentadas cópias dos mesmos, desde que acompanhadas de declaração emitida pela mesma entidade que faça prova do valor total da despesa e do valor do reembolso; de igual modo, sempre que a Pessoa Segura necessite de apresentar os originais para efeitos de pedido de reembolso posterior a outra entidade, apresentará para o efeito cópias dos mesmos, acompanhadas de declaração emitida pelo Segurador, por forma a fazer prova do valor total da despesa e do valor do reembolso.
Os pedidos podem ser apresentados através dos meios digitais disponibilizados pelo Segurador.
3. A Pessoa Segura obriga-se a recorrer atempadamente a assistência médica e a seguir os tratamentos prescritos, sob pena de cessar ou ser reduzida a responsabilidade do Segurador.
4. O Tomador do Seguro e a Pessoa Segura respondem nos termos legais por perdas e danos, nos casos de fraude, simulação e falsidade para justificar despesas de saúde ou em qualquer outro uso de meios dolosos, que visem uma utilização abusiva do contrato para obter um benefício ilegítimo.

proves to be impossible, in which case it will be considered terminated at the due date of the unpaid Premium.

9. The revocation of the debit on the account regarding the payment of the Premium or instalment thereof has a retroactive effect as of the date at which it is due, and shall be equivalent to its non-payment.

L - SUBROGATION

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

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

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

N - PROCEDURES IN CASE OF A CLAIM

1. In case of a Claim covered by the contract, the Policyholder and the Insured Person, under penalty of becoming liable for losses and damages, undertake to:
 - a) Take all the measures in their power to avoid the aggravation of their state of health;
 - b) Report the Claim to the Insurer in writing within 8 days following the occurrence thereof;
 - c) Submit all the clinical elements regarding their state of health and the services provided, the Insurer having no liability until they do so;
 - d) Whenever these are requested, submit to exams that shall be borne by the Insurer performed by Physicians appointed by it, the Insurer having no liability until they do so;
 - e) Authorise, within the scope of a Claim that gives rise to a request for benefits or reimbursement under the insurance contract, the Physicians and other healthcare professionals or institutions that have treated the Insured Person to provide to the Physician appointed by the Insurer any information requested by the latter regarding their state of health and the clinical services provided.
2. Under Benefits by Reimbursement, the Policyholder and the Insured Person also undertake to submit to the Insurer the original receipts of the costs within 120 days after they are incurred.
Whenever the originals have been used by the Insured Person to request for reimbursements to another entity, copies thereof may be submitted provided they are accompanied by a statement issued by said entity confirming the total value of the cost and the amount of the reimbursement; equally, whenever the Insured Person needs to submit the originals for the purposes of requesting a subsequent reimbursement to another entity, they shall submit copies thereof, along with a statement issued by the Insurer confirming the total value of the costs and the amount of the reimbursement.
The requests may be submitted through the digital channels provided by the Insurer.
3. The Insured Person undertakes to resort to medical assistance and to follow the treatments prescribed in a timely manner, under penalty of the Insurer's liability terminating or being reduced.
4. The Policyholder and the Insured Person are legally liable for losses and damages in cases of fraud, simulation and falsehood to justify health costs or by any other fraudulent means seeking the abusive use of the contract in order to obtain an illegitimate benefit.

5. Impendese 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.

5. It is the Insured Person's responsibility to prove the truthfulness of their statements, and the Insurer may require from the Insured Person adequate means of evidence within their power.

O - DADOS PESSOAIS DE SAÚDE

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

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

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

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

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

O - HEALTH PERSONAL DATA

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

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

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

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

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

P - 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.

P - COMPLAINTS

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

General information regarding complaint management and alternative dispute resolution instances is available at www.fidelidade.pt

Q - AUTORIDADE DE SUPERVISÃO

Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões.

Q - SUPERVISORY AUTHORITY

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

R - LEI APLICÁVEL

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

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

R - APPLICABLE LEGISLATION

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

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

Documento de informação sobre o produto de seguros

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

Produto: Seguro de Saúde PME Multicare Dental

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

Qual é o tipo de seguro?

Seguro de Saúde (ramo de seguro Doença).



Que riscos são segurados?

Coberturas

- ✓ Atos de Medicina Dentária identificados no quadro de coberturas previstos nas informações Pré-Contratuais.
- ✓ Os restantes atos, ou esgotados os limites previstos, são garantidos na modalidade de Acesso à Rede, na Rede Multicare Dental, na qual a Pessoa Segura beneficia dos Preços Convencionados e suporta a totalidade do custo.

Capitais

Existem atos sem limite de utilização e outros sujeitos a limites, conforme previsto nas Informações Pré-Contratuais.



Que riscos não são segurados?

- ✗ Atos que não estão expressamente indicados no Quadro de Coberturas;
- ✗ Serviços prestados por familiares da Pessoa Segura ou pela Pessoa Segura a si própria;
- ✗ Acidentes de viação, de trabalho, em serviço, Doenças profissionais e Acidentes ou Doenças com cobertura em seguros obrigatórios;
- ✗ Desportos de alto risco e competições desportivas;
- ✗ Serviços que não sejam clinicamente necessários ou que não tenham finalidade terapêutica;
- ✗ Doenças resultantes de epidemia ou pandemia;
- ✗ Todos os riscos não enquadráveis na cobertura contratada.



Há alguma restrição da cobertura?

- ! Não estão garantidas despesas fora da rede de Prestadores Convencionados - Multicare Dental;
- ! A aplicação de Fluoretos e de Selantes só está garantida até aos 15 anos de idade;
- ! As resultantes dos limites de número de atos que sejam aplicáveis.



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;
- Fazer a participação ao Segurador nos 8 dias subsequentes a Acidente ou Doença suscetível de acionar as garantias do contrato;
- 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;
- Autorizar, no âmbito de sinistro que motive um pedido de prestação, os Médicos e outros profissionais ou instituições de saúde a que tenha recorrido, a prestar ao Médico que o Segurador designar, as informações por este solicitadas relativas ao seu estado de saúde e aos serviços clínicos prestados;
- Atuar com boa-fé na utilização dos serviços 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?

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.

O seguro Multicare Dental não tem qualquer limite de idade de subscrição e funciona sem idade limite de permanência.



Como posso rescindir o contrato?

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

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

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

Insurance product information document

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

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

What type of insurance is it?

Health Insurance (Sickness insurance branch).



What risks are covered?

Coverages

- ✓ Dental Medicine acts identified on the table of coverages provided for in the Pre-Contractual Information.
- ✓ The remaining acts, or if the limits provided for are reached, are guaranteed under Access to the Network, in the Multicare Dental Network, in which the Insured Person benefits from Agreed Prices and bears the full costs.

Capitals

There are acts with no use limit and others subject to limits, as provided for in the Pre-Contractual Information.



What risks are not covered?

- ✗ Acts that are not expressly indicated on the Table of Coverages;
- ✗ Services provided by relatives of the Insured Person or by the Insured Person to themselves;
- ✗ Road and occupational accidents, as well as Occupational Illnesses and Accidents or Illnesses covered by compulsory insurances;
- ✗ High-risk sports and sports competitions;
- ✗ Services that are not clinically necessary or do not have a therapeutic purpose;
- ✗ Illnesses arising from epidemics or pandemics;
- ✗ All risks that do not fit into the underwritten coverages.



Does the coverage have any restrictions?

- ! Costs incurred outside the network of Agreed Providers - Multicare Dental are not guaranteed;
- ! Fluoride and Sealant application is guaranteed only up to the age of 15;
- ! Those arising from the applicable limit of the number of acts.



Where am I covered?

- ✓ In Portugal.



What are my obligations?

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

In case of a Claim I must:

- Take measures to avoid the aggravation of the state of health of the insured Person;
- Report to the Insurer within 8 days following an Accident or Illness susceptible of activating the guarantees of the contract;
- Inform the Insurer of all the facts about the Claim and allow it to access the clinical information;

- Whenever requested by the Insurer, submit to exams that shall be borne by the Insurer, performed by Physicians appointed by it, the Insurer having no liability if the Insured Person does not do so;
- Authorise, within the scope of a Claim that gives rise to a request for benefits, the Physicians and other healthcare professionals or institutions that have treated the Insured Person to provide to the Physician appointed by the Insurer any information requested by the latter regarding their state of health and the clinical services provided;
- Act in good faith when using the services in the network and not to make an abusive use of the contract in order to obtain an illegitimate benefit.



When and how should I pay?

The initial Premium is paid at the date of conclusion of the contract. Subsequent Premiums or instalments are due at the date indicated in the respective payment notice. The Premium is paid by debit on the account.



When does the coverage start and end?

The contract takes effect as of the payment of the initial Premium and until a subsequent Premium or instalment is no longer paid, unless in the meantime any other cause for termination of the contract has arisen.

The Multicare Dental insurance has no subscription age limit and operates without permanence age limit.



How can I terminate the contract?

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

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