



CENTRO DE CULTURA E DESPORTO DOS TRABALHADORES DE VILA NOVA DE GAIA

Proposta Individual de Seguro Multicare

As Pessoas Seguras, com seguro saúde válido, ficam dispensadas de preenchimento de Questionário Individual de Saúde Multicare, sendo o mesmo obrigatório apenas para as novas inclusões, ou seja, só é preciso para novos aderentes sem seguro.

As pessoas com seguro saúde válido que transitem para a Multicare (mudança das atuais apólices com ADSE e sem ADSE), beneficiam de novas coberturas sem franquias, sem limite de idade e sem pré-existências, o que segundo a direcção do CCD, torna este seguro mais vantajoso.

- Apólice com ADSE: mensalmente passa a pagar 16,00 €
- Apólice sem ADSE: mensalmente passa a pagar 21,00 €

No novo contrato, todas as despesas que entrem na Multicare até ao dia 10 de cada mês, o reembolso será efectuado até ao fim desse mês.

Independentemente do apoio prestado pelos Serviços Administrativos do CCD (SAdCCD) na recepção de documentos, informações, etc, haverá um gestor de apólices Multicare.

Vila Nova de Gaia, 05 de Dezembro de 2013

Jorge Luís Filipe

(Presidente da direcção)

A - SEGURADOR

Fidelidade - Companhia de Seguros, S.A., entidade legalmente autorizada para a exploração do seguro de saúde.

B - PRODUTO

Seguro de Saúde Individual Multicare – Protocolo com o Centro de Cultura e Desporto dos Trabalhadores de Vila Nova de Gaia.

É condição de subscrição do Seguro de Saúde Individual Multicare ao abrigo do Protocolo com o Centro de Cultura e Desporto dos Trabalhadores de Vila Nova de Gaia que qualquer alteração acordada, com o CCD dos Trabalhadores de Vila Nova de Gaia, às condições do referido Protocolo sejam automaticamente incorporadas nos Planos em vigor a partir da data de vencimento subsequente à da alteração.

Cessando o Protocolo celebrado com o CCD dos Trabalhadores de Vila Nova de Gaia, por qualquer motivo que seja, os contratos de seguro que no quadro do mesmo hajam sido subscritos deixarão de estar abrangidos pelas condições aplicáveis ao abrigo do referido Protocolo a partir da data de vencimento subsequente à data de cessação do mesmo.

C - COBERTURA

- O contrato garante à Pessoa Segura, em caso de sinistro ocorrido durante a sua vigência, um conjunto de coberturas no domínio dos cuidados de saúde que pode integrar prestações na rede, prestações por reembolso e serviços de assistência.
- 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:
 - 441 Internamento Hospitalar;
 - 442 Transporte de Urgência;
 - 443 Assistência Telefónica em Caso de Urgência;
 - 445 Cirurgia de Ambulatório em Ambiente Hospitalar;
 - 446 Parto Normal, Cesariana e Interrupção Involuntária da Gravidez;
 - 447 Ambulatório;
 - 448 Assistência Médica Domiciliária;
 - 450 Estomatologia;
 - 452 Próteses e Ortóteses;
 - 453 Medicamentos;
 - 455 Segunda Opinião - Best Doctors.
- As coberturas efetivamente contratadas constam das Condições Particulares.
- O seguro de saúde é comercializado em módulos de coberturas e capitais conforme o seguinte quadro:

Coberturas	Plano 1 ^(a)	Plano 2
441 Internamento Hospitalar	25.000 €	25.000 €
442 Transporte de Urgência	✓	✓
443 Assistência Telefónica em Caso de Urgência	✓	✓
445 Cirurgia de Ambulatório em Ambiente Hospitalar (1)	1.500 €	1.500 €
446 Parto Normal, Cesariana e Interrupção Involuntária da Gravidez (1)	1.500 €	1.500 €
447 Ambulatório	1.500 €	1.500 €
448 Assistência Médica Domiciliária	✓	✓
450 Estomatologia	250 €	250 €
452 Próteses e Ortóteses	2.500 €	2.500 €
Ortóteses Oftalmológicas	250 €	250 €
453 Medicamentos	150 €	150 €
455 Segunda Opinião - Best Doctors	✓	✓

(1) Capital incluído em Internamento Hospitalar.

(a) O Plano 1 destina-se a pessoas beneficiárias de sub-sistemas (ex: ADSE)

✓ Cobertura Incluída

- O contrato não garante quaisquer despesas médicas ou medicamentosas reclamadas pelo Serviço Nacional de Saúde ou por outro qualquer seguro ou sub-sistema de saúde de que a Pessoa Segura seja beneficiária.
- Sem prejuízo do disposto no número anterior, e desde que a respetiva cobertura seja contratada, poderá ser garantido o reembolso das seguintes despesas médicas ou medicamentosas:
 - a) Taxas moderadoras;
 - b) Parte remanescente e não comparticipada pelas entidades referidas no número 5, não podendo, em caso algum, este valor ser superior ao montante global da despesa incorrida, ou a incorrer, pela Pessoa Segura.

7. A este contrato aplicam-se as seguintes franquias e copagamentos:

Franquias	Rede	Reembolso	
		Plano1 (Com participação prévia da ADSE / Sem participação prévia da ADSE)	Plano 2
INTERNAMENTO HOSPITALAR			
Despesas Hospitalares e Honorários Médicos	250 €	15% / 30%	30%
Valor máximo de K	-	-	6,75 €
CIRURGIA DE AMBULATÓRIO EM AMBIENTE HOSPITALAR			
Despesas Hospitalares e Honorários Médicos	250 €	15% / 30%	30%
Valor máximo de K	-	-	6,75 €
PARTO NORMAL, CESARIANA E INTERRUÇÃO INVOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ			
Despesas Hospitalares e Honorários Médicos	250 €	15% / 30%	30%
Valor máximo de K	-	-	6,75 €
AMBULATÓRIO	20%	15% / 50%	30%
Consultas		15% / 50%	30%
Consultório	15 € (1)		
Domiciliárias	25 € (1)		
Serviço Atendimento permanente	40 € (1)		
Exames Auxiliares Diagnóstico e Tratamentos	20%	15% / 50%	30%
ESTOMATOLOGIA	30%	15% / 30%	30%
Franquia por sinistro em Rede	15 € (1)	não aplicável	não aplicável
Aparelhos e Próteses	30%	15% / 30%	30%
PRÓTESES E ORTÓTESES	não aplicável	15% / 30%	30%
Franquia Anual	-	-	50 €
Ortóteses Oftalmológicas	30%	15% / 30%	30%
MEDICAMENTOS		15% / 30%	30%
Franquia por Receita	-	-	5 €

(1) Remanescente a cargo do Segurador.

Funcionam exclusivamente em regime de Prestação na Rede:

- Transporte de Urgência;
- Assistência Telefónica em Caso de Urgência;
- Ambulatório (Consultas ao Domicílio – Assistência Médica Domiciliária – e Serviço de Atendimento Permanente).
- Segunda Opinião - Best Doctors.

Funcionam exclusivamente em regime de Prestação por Reembolso (fora da rede):

- Próteses e Ortóteses (à excepção das Ortóteses Oftalmológicas);
- Medicamentos.

Todos os restantes Serviços funcionam no regime de Prestação na Rede e regime de Prestação por Reembolso (fora da rede), conforme opção do Cliente e de acordo com as Coberturas e Garantias disponíveis.

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 por médicos e outros profissionais de saúde que sejam cônjuge, pais, filhos ou irmãos da Pessoa Segura;
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 carácter meramente social;
5. Correção de doenças ou malformações congénitas, exceto para recém-nascidos cuja pré-adesão for efetuada nos termos da alínea a) do n.º2 do Artigo 6º 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, conseqüentes ou não de outra doença que careça de internamento, 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, exceto em caso de risco de vida;
18. Métodos anticoncepcionais e de planeamento familiar bem como despesas efetuadas para reverter os efeitos de uma cirurgia de esterilização voluntariamente realizada;